

chorus

n°92 | janvier 2010

le magazine du
CHU de Limoges

mieux connaître
**LE STANDARD
TELEPHONIQUE DU CHU**

rencontres
**JENNIFER ALEXANDRE
Pr ELISABETH CORNU
MAYLIS PICQUET**

dossier

La prise en charge du cancer

ailleurs
**LE CHU DE STRASBOURG INNOVE
AVEC LES TLIF MINI OPEN**



sommaire



04 | actualités

09 | à venir

10 | travaux

11 | mieux connaître

- 11 | Le standard téléphonique du CHU
- 12 | Hommage au Pr Descottes
- 13 | " Autonome ", la dernière invention du Pr Descottes
- 14 | Un consensus international pour le dépistage de l'artériopathie des membres inférieurs par la mesure de l'Index de Pression Systolique : pari réussi !
- 16 | Le nouveau logo du CHU

18 | dossier

La prise en charge du cancer

27 | rencontres

- 27 | Jennifer Alexandre
- 28 | Pr Elisabeth Cornu
- 29 | Maylis Picquet

30 | ailleurs

Le CHU de Strasbourg innove avec les TLIF mini open

31 | ressources humaines

- 31 | Concours - Mouvements - Promotions
- 33 | Carnet
- 35 | Médailles d'honneur départementales et communales

l'image

dernière page | Exercice Plan rouge au lycée Darnet de St-Yrieix-la-Perche



CHU de Limoges
2 avenue Martin-Luther-King
87042 Limoges cedex
Tél. : 05 55 05 55 55
www.chu-limoges.fr

Publication du service
de la communication

service.communication@chu-limoges.fr

Directeur de la publication
Hamid Siahmed
Rédacteurs en chef
Maïté Belacel, Philippe Frugier
Secrétaire de rédaction
Maïté Belacel
Photographies
Jacques Ragot, Phanie Presse,
Christophe Chamoulaud
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Illustrations
Frédéric Coiffe
Imprimeur
GDS, Limoges (87)
Tirage
10 000 exemplaires
Dépôt légal
4^{ème} trimestre 2009
ISSN 0986-2099

éditorial



par Hamid Siahmed,
Directeur général

Ponctuation

Nous allons mettre le point final à l'année 2009. Une année terminée dans le deuil puisque deux grands hommes de notre CHU nous ont quitté : le Pr Caix et le Pr Descottes (voir page 12).

Un millésime aussi très rythmé, dont les principales décisions, nationales et locales, vont réellement trouver leur application concrète en 2010. Optimisation de nos investissements et de nos organisations, restructuration et modernisation de nos hôpitaux, choix stratégiques pour la recherche et le développement des coopérations... Voyez comme les virgules entre chaque action ne sont que de courtes respirations. Et constatez que j'ai dû conclure avec « ... » tant cet exercice a été dense. Mais vous le savez puisque nous l'avons traversé ensemble.

2010 ne sera pas moins rythmée. Voici une année intéressante qui va permettre de voir concrètement l'apport des réflexions et décisions d'hier.

Je le sais, certains pensent que certaines initiatives devront être mises entre parenthèses, que d'autres s'accompagnent de points d'interrogation.

Je veux être plus positif et préfère donc ponctuer nos projets de points d'exclamation, sans astérisque, sans réserve. Nos nouveaux pôles hospitalo-universitaires vont permettre une synergie entre les services et unités fonctionnelles les constituant ! Nos équipes sauront mettre en place les organisations pour que notre CHU soit en capacité d'investir afin que le patient soit toujours mieux accueilli et soigné et attractif pour les professionnels de santé.

Très bonne année à tous ! ■



Changement de présidence à la CME

Le Pr Dominique Mouliès a été désigné nouveau président de la commission médicale d'établissement à l'issue des élections qui ont été organisées en CME du 19 octobre 2009. Il prend la suite du Pr Bernard Descottes, qui nous a récemment quitté.

Hôpital Dupuytren : changement de la sortie de nuit

Depuis le lundi 23 novembre 2009, la sortie de nuit de l'hôpital Dupuytren s'effectue par la porte automatique située au niveau des vestiaires du personnel, au 1^{er} sous-sol, et non plus par le service des urgences. Il est important que chacun respecte cette consigne, pour des raisons de sécurité.



Equipes médicales 2009 : 14 départs, 28 recrutements

On ne soigne pas sans médecins ni soignants... Malgré les difficultés auxquelles nous sommes parfois confrontés pour recruter des médecins dans certaines spécialités (pénurie dans certaines disciplines, offres attractives du secteur privé...), nous avons su offrir des opportunités de carrière à de jeunes praticiens, dès le post-internat, et attirer des médecins exerçant préalablement dans d'autres établissements, y compris au niveau extra-régional. La preuve : en 2009, si 14 médecins ont quitté l'hôpital (1 décès, 3 départs à la retraite, 9 changements d'établissement), le double a rejoint notre CHU ! Voir les derniers recrutements p 31 dans la rubrique « mouvements du personnel médical ».

LE CHU DE LIMOGES AUGMENTE LA SECURITE DE PRISE EN CHARGE DE SES PATIENTS OPERES

Si les vérifications croisées de standards sécurisés aux blocs opératoires étaient déjà en place au CHU de Limoges, leur formalisation via la check-list publiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) va augmenter les chances des patients opérés d'éviter la survenue d'événements indésirables graves. Cette démarche, adoptée prématurément par notre CHU, sera obligatoire en 2010 pour tous les établissements de santé dans le cadre de la nouvelle procédure de certification V2010 de l'HAS. Suite à la publication en janvier 2009, dans le New England Journal of Medicine, d'une étude démontrant l'impact très positif de l'introduction d'une check-list opératoire, la HAS a finalisé avec les professionnels travaillant au bloc opératoire et les représentants des patients, une adaptation française de cette check-list. Elle permet la réalisation avant, pendant et juste après l'intervention, de vérifications croisées de standards de sécurité devant être mis en œuvre pour prévenir une part importante (jusqu'à 50 %) des événements indésirables graves survenant en période péri-opératoire. Une telle check-list est aussi un vecteur puissant d'amélioration de la communication entre les membres de l'équipe opératoire et est de nature à renforcer la culture sécurité au bloc opératoire. Cette procédure de contrôle et cette coordination des vigilances qui vont bénéficier directement aux patients du CHU de Limoges, ont été rendues possibles grâce à la création d'un groupe de travail « organisation du bloc opératoire » composé des équipes chirurgicales et anesthésiques, avec la participation du service de coordination des vigilances et gestion des risques.



Départ de Marie-Josée Cantournet



Directeur des soins depuis septembre 2005 au CHU de Limoges, plus spécifiquement pour les secteurs médico-technique et de rééducation et à ce titre chargée d'organiser les interfaces entre services prestataires et services de soins, Marie-Josée Cantournet quitte notre hôpital pour le centre hospitalier d'Arcachon. Elle a occupé plusieurs fonctions au sein de notre CHU, notamment, celle de directeur référent du pôle imagerie chargée des relations avec l'ASN (Agence de Sécurité Nucléaire) ; directeur référent du pôle biologie-hygiène et de fait co-pilote du projet de restructuration de la biologie ; coordonnateur de la fédération de rééducation visant à améliorer la visibilité des métiers de la rééducation et le partenariat rééducateurs/soignants. Elle a aussi assuré le suivi des conventions liant le CHU avec l'EFS-AL (Etablissement Français du Sang Aquitaine Limousin). Depuis deux ans, elle était aussi l'interlocuteur privilégié de l'encadrement du pôle mère-enfant, pour la direction des soins.

CREATION DU CENTRE NATIONAL DE REFERENCE « SANTE A DOMICILE ET AUTONOMIE »

Le lundi 5 octobre à Nice, s'est tenue l'assemblée générale constitutive du Centre national de référence « Santé à domicile et autonomie » en présence des membres fondateurs : les quatre pôles d'activités Solutions Communicantes Sécurisées (SCS), Minalogic, Cancer Bio-Santé, Elopsys et les quatre CHU de Nice, Grenoble, Toulouse, Limoges, et de Astrid Southon, chargée de mission TIC & santé à la DGCLIS. Le Centre national de référence « Santé à domicile et autonomie » est issu d'un appel à projet lancé par le Ministère de l'industrie en 2008 et a pour mission de valoriser les technologies, compétences, savoir-faire et activités afin de répondre aux enjeux humains, sociétaux et économiques de la thématique « Santé à domicile et autonomie ». Il s'agit de favoriser le développement économique de la filière santé à domicile en France.

Il sera organisé en réseau de centres experts et de centres relais répartis sur l'ensemble du territoire et animés par le centre national de référence « Santé à domicile et autonomie » constitué des quatre territoires fédérés de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées et Limousin. Contact : Martine Rajzman - Directeur de la communication et des actions culturelles - CHU de Nice Tél. : 04 92 03 41 04 - rajzman.m@chu-nice.fr

Ouverture du rétinographe à l'hôpital Le Cluzeau

Le service de médecine interne B - endocrinologie réalise en consultations externes des examens de dépistage de la rétinopathie diabétique. Les clichés sont lus par le service d'ophtalmologie. Pour l'obtention d'un rendez-vous, il est nécessaire que le médecin prescripteur renseigne au préalable une feuille, à retourner à la consultation du service de médecine interne B - endocrinologie.



L'ARH Limousin et le CHU de Limoges accueillent une délégation chinoise



Dans le cadre de la mise en œuvre de l'« Accord de coopération portant sur la santé et les sciences médicales » signé le 15 mai 1997 entre le gouvernement de la République Française et le gouvernement de la République Populaire de Chine, et de la « Déclaration d'intention portant sur la coopération en matière de prévention et de traitement de l'infection humaine de la grippe aviaire hautement pathogène » signée le 2 avril 2007 entre les ministères de la santé des deux pays, le Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports de la République Française et le Ministre de la santé de la République Populaire de Chine, l'ARH et le CHU de Limoges ont accueilli une délégation de 25 directeurs d'hôpitaux et de gestionnaires des administrations de santé chinois les 5 et 6 novembre 2009.

Un succès pour la 1^{ère} journée des associations !



Le 4 décembre dernier, notre CHU a organisé sa première journée des associations qui s'est déroulée en deux temps. Le matin, les associations ont tenu des stands de rencontre avec le public, les patients, les proches de patients, ou simplement les personnes à la recherche d'information sur le bénévolat. Chacun a pu avoir des réponses à ses questions en rencontrant les représentants de ces associations. L'après-midi, des conférences sur l'éthique, l'hygiène et la lutte contre les infections nosocomiales, les droits et devoirs du patient hospitalisé ont été animées par différents professionnels

de notre hôpital. Des échanges sur le bénévolat au CHU ont clôturé cette journée. Au total, une vingtaine d'associations étaient présentes !

Bientôt une consultation clinique polyvalente de médecine du sport

Début 2010, des consultations cliniques polyvalentes de médecine du sport ouvriront sur l'hôpital Dupuytren. Cette consultation sera tenue par des médecins du sport de ville réputés dans cette spécialité et habitués à suivre les formations professionnelles liées à leur expertise. Il s'agira de la seule consultation clinique de médecine du sport polyvalente en milieu hospitalier pour la région Limousin. Elle complète et optimise la prise en charge des sportifs réalisée par l'UF d'évaluation de la condition physique, mais aussi la cardiologie, la radiologie, la biologie, la chirurgie orthopédique et traumatologique, l'antenne de lutte contre le dopage.

Ça bouge côté pôle investissements et fonctions supports



Catherine Maze a été nommée responsable du pôle Investissements et fonctions supports. Par ailleurs, le secteur biomédical précédemment rattaché au service « Achats, logistique et biomédical » relève maintenant de la fonction « Patrimoine immobilier, sécurité et infrastructures techniques » qui va être rebaptisée en conséquence. Ceci permettra d'optimiser la coordination des projets d'acquisition d'équipements biomédicaux nécessitant des restructurations de locaux et/ou d'installations techniques.

Savez-vous porter correctement votre masque ?



Si votre masque jetable est mal ajusté, vous limitez votre protection, ou celle de ceux qui vous entourent. Voici un lien utile pour savoir comment mettre et ajuster un masque jetable.

Une animation vous permettra de façon ludique d'éviter les erreurs et d'acquérir les bonnes habitudes pour porter correctement un masque jetable.

www.inrs.fr/dossiers/DangerRespiratoire.html

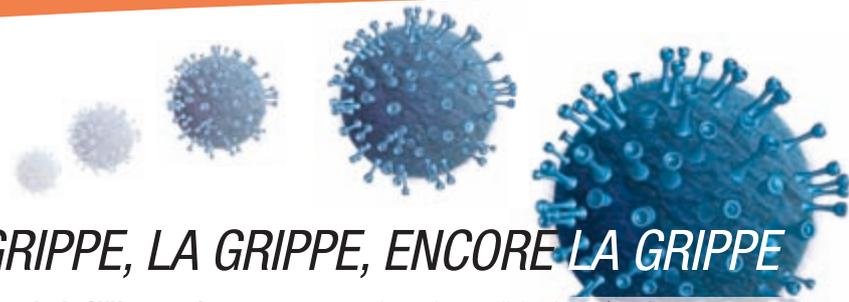
Retrait d'AMM

L'Afssaps suspend l'autorisation de mise sur le marché des médicaments contenant du benfluorex. Mediator 150 mg[®], Benfluorex Mylan[®] et Benfluorex Qualimed[®] ne seront plus disponibles à compter du 30 novembre 2009. Leur Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est suspendue en raison d'une balance bénéfice-risque jugée défavorable par la commission d'AMM compte-tenu du risque avéré de valvulopathie et de l'efficacité modeste dans la prise en charge du diabète de type 2. L'Afssaps recommande par mesure de précaution de procéder à un interrogatoire et un examen clinique de tous les patients ayant eu un traitement par benfluorex dans le passé à l'occasion de leur prochaine consultation médicale. Les patients qui sont, à ce jour, traités par benfluorex doivent arrêter leur traitement et consulter, sans urgence, leur médecin traitant.

La lettre destinée aux professionnels de santé est disponible sur le site de l'Afssaps : www.afssaps.fr

Hématolim se distingue aux 5^{èmes} assises nationales des réseaux de cancérologie

Les 1^{er} et 2 octobre se tenaient les 5^{èmes} assises nationales des réseaux de cancérologie. Le réseau Hématolim a participé activement à cet événement via une communication orale et 3 publications, et en remportant le second prix du poster 2009 pour le poster « GERHEMATOLIM : Partage d'un outil commun Réseau Hématolim et gériatres du Limousin ».



Qui sont les visiteurs du site web du CHU ?

<http://www.chu-limoges.fr/>

Lorsque le nouveau site de notre CHU a été mis en ligne cet été, un outil de mesure statistique de sa fréquentation a été déployé en même temps. Voici donc des données qui nous permettent enfin de mieux connaître nos internautes, de mesurer leurs centres d'intérêt et de mieux piloter notre site. Fréquentation de notre site web du 16 juillet au 1^{er} décembre :

Les visiteurs

- 39 000 visiteurs uniques
- en provenance de 105 pays : 95 % d'internautes se connectent depuis la France. Angleterre, Belgique, Allemagne, Etats-Unis, Algérie sont les 5 autres principaux pays d'origine de nos internautes.
- en provenance de 1 142 villes françaises : 35 % de nos internautes se connectent de Limoges, 16 % de Paris. Poitiers, La Rochelle et Bordeaux contribuent chacun à 5 % des visites
- 2 300 à 2 800 visiteurs surfent chaque jour sur notre site

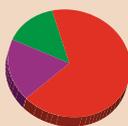
Les visites

- (un visiteur peut faire plusieurs visites sur notre site)
- 57 000 visites
 - 5 pages vues en moyenne par visite
 - 3,16 minutes par visite

Les pages les plus vues

- 271 000 pages de notre site ont été vues
- Les plus consultées : page d'accueil, page « Nos services », page « Nos hôpitaux », page « Notre CHU », page « Hôpital Dupuytren », la page du moteur de recherche, la page liste des emplois, étudiants

Les sources de trafic



- moteurs de recherche : 67 % (Google, Yahoo, Bing...)
- site référents : 18,5 % (Pages Jaunes, Hermès, CHU Rouen, 118 000, infirmiers.com...)
- accès directs : 14,5 % (accès réalisés par des personnes tapant directement l'adresse www.chu-limoges.fr dans leur navigateur ou ayant enregistré ce site dans leurs favoris)

réalisés par des personnes tapant directement l'adresse www.chu-limoges.fr dans leur navigateur ou ayant enregistré ce site dans leurs favoris)

Les mots clés

Les mots les plus tapés dans les moteurs pour accéder à notre site sont : « CHU », « Limoges » et « Dupuytren » dans toutes les orthographes et combinaisons de mots. En dehors de ce type de requête, les premières expressions tapées sont « Dr Chastaingt », « Le Cluzeau », « IFSI » ou sont en rapport avec des données pratiques (plan, téléphone...).

Les données fournies par notre outil statistique sont très riches et il est impossible de tout détailler ici. Mais Chorus vous présentera de prochains résultats et les commentera au regard de l'historique, des actions portées sur le site (nouvelles fonctions, référencement...) et des statistiques recueillies auprès d'autres CHU aux sites équipés d'outil de mesure d'audience.

LA GRIPPE, LA GRIPPE, ENCORE LA GRIPPE

Les personnels du CHU se vaccinent

Au 14 décembre, xx % des personnels du CHU de Limoges étaient vaccinés AH1N1. Au fil du temps les demandes de vaccination de personnels ont été de plus en plus nombreuses.

Nos équipes font face

Exemples des investissements et organisations de quelques unes de nos équipes :

► **Les urgences de Dupuytren et de l'hôpital de la mère et de l'enfant** ont été en première ligne avec des consultations si nombreuses que les deux services d'urgences ont dû adapter leurs organisations. Le premier a sollicité le service des travaux pour monter un Algeco dédié à l'accueil des patients présentant des symptômes grippaux, sur certaines tranches horaires, par les internes de médecine générale et des étudiants en médecine. Le second a créé une salle d'attente temporaire accessible pour les enfants présentant ces mêmes signes et leurs parents. Ceux-ci contournent ainsi tout le secteur des urgences chirurgicales et médicales simples pour être accueillis dans les chambres spécifiques. L'unité d'hospitalisation de courte durée a donc été fermée et transformée en chambres d'examen pour les suspicions de grippe. Point commun aux deux services : port du masque obligatoire pour toute personne y entrant à l'exception des personnes vaccinées AH1N1 depuis plus de 10 jours.

► **En pédiatrie et en maternité**, la visite aux personnes hospitalisées était limitée dès septembre à une seule et même personne pendant la durée du séjour. Une mesure parfois mal comprise et qui a nécessité beaucoup d'explications par les équipes. La pédiatrie, dès réception des vaccins, a contacté tous les patients les plus vulnérables, en particulier les enfants porteurs d'un déficit immunitaire, et les enfants traités pour maladie sanguine ou tumeur pour prendre rendez-vous avec ceux d'accord pour se faire vacciner. Une vaccination spécifique de ces patients au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant a donc été réalisée en mutualisant infirmières et médecins des services de l'hôpital. Quant aux personnels, tous ceux non vaccinés depuis plus de 10 jours et travaillant aux contact des femmes enceintes et des enfants devaient obligatoirement porter un masque.

► **Dans le service de pathologies respiratoires**, l'épidémie de grippe AH1N1 a demandé une mobilisation des soignants pour prendre en charge les patients fragiles ; notamment par un renfort des mesures d'hygiène, tel le lavage des mains régulier et le port de masque au contact des patients infectés. Ces mesures étaient nécessaires au sein des unités de ce service étant donné la prise en charge d'infections respiratoires basses sévères bactériennes et à mycobactéries (BK et mycobactéries atypiques). La pandémie a permis le renfort de la couverture vaccinale de ses patients également vis-à-vis du pneumocoque et du virus grippal saisonnier. Cette pandémie a d'ailleurs sûrement augmenté la proportion de vaccination de notre personnel soignant vis-à-vis des virus grippaux.

► **En hématologie clinique**, tous les médecins

du service ont d'abord tenu à se faire vacciner, bientôt suivis par de nombreux soignants. Ensuite, l'application des instructions ministérielles concernant la vaccination antigrippale contre le virus AH1N1 chez les patients adultes atteints d'hémopathies, d'immunodépression acquise ou héréditaire, ayant bénéficié d'auto ou d'allogreffes, et atteints d'hémopathies auto-immunes au CHU de Limoges a pu être organisée très rapidement par une démarche en plusieurs étapes :

- la diffusion des recommandations ministérielles à presque 1 500 médecins correspondants du service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire pour qu'ils prescrivent la vaccination à leurs patients à risque grâce à la mobilisation concertée.
- la diffusion à l'échelon régional de la procédure et des documents d'information :
→ à la coordinatrice du plan de lutte contre la grippe AH1N1, la directrice de la DRASS pour envoi aux centres de vaccination de la région pour l'accueil prioritaire des patients à risque.
→ aux médecins, biologistes et soignants du réseau HEMATOLIM
- la création d'un point de vaccination pour les patients d'hématologie les plus fragiles pris en charge en hospitalisation, hospitalisation de jour ou consultation afin de leur éviter un risque de contamination dans les files d'attente des centres de vaccination.

A noter qu'en hématologie clinique, le temps des consultations médicales a doublé car il a fallu expliquer aux patients l'importance de suivre la recommandation ministérielle sur la vaccination.

► **Dans le service de réanimation polyvalente**, entre le 15 novembre et le 2 décembre, cinq patients ont été admis pour une grippe grave de type A (H1N1) 2009. Pour quatre d'entre eux, des techniques de ventilation artificielle ont été employées. Les mesures d'isolement strictes et la gravité de l'insuffisance respiratoire ont entraîné pour ces patients une charge en soins particulièrement importante.

Le laboratoire de bactériologie-virologie-hygiène qui analyse les prélèvements des suspects grippe, le service de maladies infectieuses et tropicales qui prend en charge les patients AH1N1, le service de réanimation polyvalente, le service de santé au travail qui a réalisé des milliers de vaccinations et la pharmacie centrale ont évidemment aussi été en première ligne pour soigner nos patients et lutter contre la propagation du virus.

Dans tous ces services, et dans tous ceux qui ont dû mettre en place des procédures spécifiques pour protéger leurs patients et ralentir la propagation du virus, l'efficacité de ces actions n'a été possible que grâce à une collaboration et une réactivité de tous : équipes médicales, soignantes, direction générale, présidence de la CME, services informatiques, de la communication, de la reprographie, des secrétaires, des vagemestres, des externes... Pour autant, rien n'est fini et il reste encore des milliers de nos patients à vacciner ou à qui réaliser la deuxième injection.

Deuxième naissance française après autogreffe de tissu ovarien cryopréservé

Une patiente a été prélevée au CHU de Limoges en 1999. Elle était atteinte de vascularite particulièrement grave nécessitant une chimiothérapie à haute dose et sur une longue durée. Il lui a été proposé une congélation de son cortex ovarien en vue de préserver sa fertilité. Le prélèvement fut réalisé par le Pr Aubard, et la congélation par le Dr Piver. C'est en 2007, alors que la patiente était ménopausée qu'elle désira une grossesse. La greffe fut réalisée en deux temps par le Dr Piver début 2008 afin de permettre la revascularisation du tissu ovarien. Après 4 mois, la fonction hormonale fut rétablie. Des fécondations in vitro furent réalisées au centre de Procréation Médicale Assistée (PMA) du CHU de Limoges permettant d'obtenir de nombreux ovocytes et, de nombreux embryons de bonne qualité qui furent à l'origine d'une grossesse extra-utérine en juillet 2008 et d'une grossesse intra utérine en février 2009. Cette dernière grossesse a abouti à la naissance d'Ophélie. C'est la première fois qu'il existe un délai aussi important entre la congélation du tissu ovarien et l'obtention d'une grossesse.



Le Dr Piver et son équipe avec Ophélie et ses parents



Prix qualité santé social 2009

Deux services du CHU ont été nommés par les membres du jury. Il s'agit de l'unité de préparation des anticancéreux de la pharmacie centrale avec le projet " améliorer l'information des patients sur le circuit des chimiothérapies " et du service de gynécologie-obstétrique avec son projet sur " le toucher bien-être en gynécologie ". Les deux services ont reçu le 3^{ème} prix financé par l'ARH à hauteur de 20 000 €.

Exercice « plan rouge » au lycée Darnet

Le 1^{er} octobre de 18h à minuit, un exercice « plan rouge » était réalisé sur le lycée Darnet à St-Yrieix-la-Perche. Une simulation qui a associé 31 personnels hospitaliers (Samu, Smur...), 7 vecteurs engagés : 3 véhicules légers SMUR, 1 ambulance de réanimation PSM SAMU, 1 camion PSM SAMU, 2 véhicules de transport du STAM et des lycéens de St-Yrieix-la-Perche qui jouaient les victimes (voir « La photo de Chorus » en dernière page).



JOURNÉE D'ACCUEIL DES NOUVEAUX INTERNES

Le 18 novembre notre CHU invitait à sa journée d'accueil les internes évoluant dans nos services et dans les établissements périphériques de la région. Une soixantaine de ces jeunes médecins ont pu écouter et échanger avec les différents intervenants de notre hôpital mais aussi d'autres établissements (Drass, Assurance maladie...).

SEMAINE DU GOÛT

Comme chaque année dans le cadre de la semaine du goût, les cuisines se sont surpassées pour offrir une dégustation de produits régionaux aux résidents des EHPAD des hôpitaux Dr Chastaingt et Jean Rebeyrol. Tous les résidents remercient le personnel des cuisines ainsi que toutes les personnes qui ont contribué à leur offrir ces délicieux moments.



Découverte du multimédia et de la Wii !

La société Synopsis est venue avec ses ordinateurs à écrans tactiles et une Wii, la célèbre console de jeu, dans le cadre de la semaine bleue. Les résidents des hôpitaux Dr Chastaingt et Jean Rebeyrol ont donc eu tout le loisir de découvrir ou de redécouvrir ces nouvelles technologies, ainsi qu'un téléphone à grosses touches équipé de visioconférence. Ces technologies ont suscité une vive curiosité auprès de nos personnes âgées qui ont pu surfer sur le web, voir leurs hôpitaux photographiés du ciel, communiquer en images avec leurs proches... La Wii a permis également de se distraire et de jouer au golf et au bowling, sous les applaudissements du public !



DON EN PÉDIATRIE

Une habitante de Dordogne, madame Gilardie-Boutin, avait lancé un appel à la radio pour collecter des vêtements et des jouets pour le secteur pédiatrie de l'hôpital de la mère et de l'enfant. Elle est venue remettre les cadeaux récoltés le 19 octobre.



« Victor Sauvage » : tournage d'un téléfilm au CHU



Le 8 octobre, l'hôpital Dupuytren louait ponctuellement des locaux inoccupés (travaux programmés) et des équipements (blouses, brancard...), à la société de production tournant le téléfilm « Victor Sauvage ». Un téléfilm dont Jean-Luc Reichmann est l'acteur principal et qui sera diffusé en 2010 sur TF1 à une date restant à préciser.



Journée départementale de la gérontologie



La journée départementale de la gérontologie s'est déroulée le 25 septembre dernier à la Faculté de droit et de sciences économiques de Limoges, organisée par le CHU et le Conseil général de la Haute-

Vienne. Le thème de cette année était " L'accompagnement 24 heures sur 24 ". Plusieurs intervenants ont animé cette journée suivie par un nombreux public.

Le CAMSP inaugure ses nouveaux locaux



Le 19 octobre, l'équipe médico-sociale et les partenaires du Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) inaugurerait officiellement ses locaux situés au rez-de-chaussée de l'hôpital de la mère et de l'enfant.

Une fresque pour l'Institut du cancer



Pour habiller les murs de l'Institut du cancer qui porte son nom, le Pr Bernard Descottes avait été séduit par l'idée d'une fresque. Elle a été réalisée par le service communication, sous la forme d'un trait vert ininterrompu symbolisant le soutien, l'accompagnement, l'écoute, le soin.



Présentation de l'URSG du CHU

Le 17 novembre, une réunion a eu lieu à l'hôpital Jean Rebeyrol afin de présenter l'Unité de Recours et de Soins Gériatriques (URSG) aux médecins des EHPAD de la Haute-Vienne.

REMISE DE MÉDAILLES

Une délégation de l'hôpital universitaire Viet Duc d'Hanoi a été mandatée par le Ministère de la santé vietnamien pour décorer 3 professionnels du CHU de Limoges qui se sont distingués par leur engagement au sein de l'Association pour le Développement de la Chirurgie au Vietnam (ADCV). Le Pr Gilbert Catanzano, Ghislaine Pautard et le Pr Bernard Descottes, à titre posthume, ont été décorés le lundi 16 novembre 2009.



GRAINES D'HOSTO : Ha1loweeN 1



PÔLES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DU CHU : VOICI LES NOUVEAUX ACTEURS

Voici la liste des pôles hospitalo-universitaires et l'identité des chefs de pôle, cadres supérieurs de pôle et contrôleurs de gestion nommés par le directeur général.

Pôles	Chefs de pôle	Cadres supérieurs de pôle	Contrôleurs de gestion	Directeurs référents
 PÔLE biologie-hygiène	Pr François Denis	Christiane Vigneron	David Bernard	Marie Sengelen
 PÔLE onco-hématologie	Dr Alain Roussanne	Joëlle Guillout	Sylvie Legastelois	Damien Dumont
 PÔLE mère-enfant	Pr Dominique Mouliès	C. Boutang-Tréber F. Villefayaud	Karine Mutel	Maylis Picquet
 PÔLE santé publique	Pr Alain Vergnenègre	Sandra Juge	Karine Mutel	Marie Sengelen
 PÔLE viscéral et orthopédie	Pr Alain Gainant	Fanny Durand	Elodie Dechambe	Damien Dumont
 PÔLE neurosciences - tête et cou	Pr Jean-Yves Salle	Sylvie Bonnin (FF)	Sylvie Legastelois	Pascal Bellon
 PÔLE cœur - rein	Pr Elisabeth Cornu	Marcelle Faye	Valérie Richard	Catherine Maze
 PÔLE clinique médicale	Pr Elisabeth Vidal	Mireille Perrier	Elodie Dechambe	Pascal Frucquet
 PÔLE personnes âgées et soins à domicile	Dr Bernard Eichler	Véronique Weber	Mauricette Lacouchie	Philippe Verger
 PÔLE plateau technique	Pr Nathalie Nathan-Denizot	Odile Frugier M-C Léger	Stéphane Chatton	Muriel Pournéroulie
 PÔLE urgences - réanimation	Pr Philippe Vignon	Michèle Berthouin	David Bernard	Valérie Arsouze-Fadat

Création d'une unité de chirurgie maxillo-faciale, réparatrice et stomatologie

Un des axes du projet médical consiste en l'identification d'une unité regroupant les activités de chirurgie maxillo-faciale, réparatrice et stomatologie. La responsabilité médicale de cette unité qui sera rattachée au pôle neurosciences - tête et cou incombera au docteur Joël Brie. Le secteur d'hospitalisation sera situé au 2^{ème} étage de Dupuytren entre les services d'ORL et d'ophtalmologie, et l'unité proposera des consultations au rez-de-chaussée.



Nadira Saïdi, nouvelle radiothérapeute du CHU

En février, notre service de radiothérapie accueillera un nouveau praticien. Le Dr Nadira Saïdi qui exerçait depuis 4 ans au CHU de Fort de France.

DON DU SANG

Judi 14 janvier 2010
Judi 11 mars 2010
1^{er} niveau du hall d'accueil
Hôpital Dupuytren

EN SAVOIR  www.dondusang.net



journées de la santé...

JANVIER

08 : Journée nationale de dépistage de l'obésité infantile
www.afpa.org
du 18 au 24 : Semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus
www.ecca.info/webECCA/en/
19 : Journée nationale hépatites
www.journee-hepatites.com
24-25 : Journées mondiales de la lèpre
www.raoul-follereau.org

FEVRIER

04 : Journée mondiale contre le cancer www.who.int
05 : Journée nationale de prévention du suicide
www.infosucide.org
14 : Journée de sensibilisation aux cardiopathies congénitales www.heartandcoeur.com/index1280.php
28 : Journée européenne des maladies rares
www.rarediseaseday.org

MARS

du 3 au 9 : Semaine européenne de lutte contre l'endométriose www.endofrance.org
du 6 mars au 12 avril : Campagne de dépistage du glaucome www.preservezotrevue.f
du 10 au 16 : Semaine nationale des personnes handicapées physiques www.apf.asso.fr
11 : Journée nationale de l'audition
www.audition-infos.org
12 : Journée mondiale du rein www.fnair.asso.fr
du 16 au 22 : Semaine d'information sur la santé mentale
www.unafam.org
du 16 au 22 : Semaine nationale de lutte contre le cancer
www.ligue-cancer.asso.fr
du 16 au 22 : Semaine du cerveau
www.semaineducerveau.fr
18 : Journée nationale du sommeil
www.institut-sommeil-vigilance.org
du 20 au 22 : Sidaction www.sidaction.org
du 20 au 30 : Semaine sans pesticides
www.semaine-sans-pesticides.fr
du 21 au 28 : Journées nationales de la sclérose en plaques
www.unisep.org/home.php
22 : Journée mondiale de l'eau www.unesco.org
du 23 au 28 : Semaine nationale de l'incontinence
www.urofrance.org
24 : Journée mondiale de la tuberculose www.who.int
24 : Journée française de l'allergie
www.asthme-allergies.org
du 24 au 30 : Semaine nationale contre le cancer colorectal
www.e-cancer.fr
du 26 au 31 : Semaine de prévention des troubles musculo-squelettiques
du 28 au 29 : Parcours du cœur
www.fedecardio.com/parcours
du 31 mars au 4 avril : Semaine nationale d'information et de prévention des maladies veineuses
www.semaine-maladiesveineuses.org

Permanences MACSF assurances

Restaurant du personnel - Hôpital Dupuytren
Mercredis 20 janvier, 17 février et 17 mars 2010.



Permanences GMF

Restaurant du personnel - Hôpital Dupuytren
Mardis 5 janvier, 2 février et 2 mars 2010.



PÔLE DE BIOLOGIE ①

Le bâtiment qui hébergera le pôle biologie santé (inauguration prévue au 1^{er} trimestre 2013) sera réalisé par IOSIS centre ouest (mandataire). Parmi les trois finalistes, ce projet a été retenu pour sa qualité d'organisation fonctionnelle, sa qualité des prestations techniques, sa qualité architecturale et son respect des critères financiers.



SCHÉMA DIRECTEUR DES TRAVAUX

Le schéma a été modifié : l'organisation de Dupuytren va rester sur la configuration actuelle. Les ailes C et D continueront d'héberger l'activité d'hospitalisation et la barre les bureaux. Les installations techniques seront reprises afin d'être mises aux normes.



CRÉATION DU SERVICE AMBULATOIRE ②

Des travaux ont lieu au 4^{ème} étage, aile D afin d'accueillir provisoirement l'unité d'explorations fonctionnelles respiratoires. Les locaux ainsi libérés au 1^{er} sous-sol permettront de démarrer le projet de création d'un service ambulatoire de 15/20 places. Les travaux seront achevés en mai 2010.

CRÉATION DU BUNKER DE RADIOTHERAPIE ③

Les travaux de création du bunker de radiothérapie viennent de démarrer. Les locaux actuels de radiothérapie seront légèrement restructurés. Au total un an de travaux est prévu. A terme, un nouvel accélérateur sera installé dans ce bunker.



STERILISATION CENTRALE ④

Des travaux sont en cours afin de modifier les équipements de traitement des eaux. Cette opération permet de sécuriser les installations.

TRAVAUX A JEAN REBEYROL ⑤

Depuis le début du mois de décembre, des travaux permettant la création d'un vestiaire central ont démarré au 1^{er} sous sol de l'hôpital Jean Rebeyrol. Ceci permettra de libérer de la place dans les services. Le local à déchets sera également réaménagé.

MEDECINE DE SUITE D'AIGU

Des travaux de restructuration sont en cours au 2^{ème} étage, secteur 4 - soins palliatifs du service de MSA à Jean Rebeyrol. Ces travaux s'achèvent en décembre et clôtureront la restructuration complète du 4^{ème} niveau.



Le standard téléphonique du CHU

« CHU bonjour », « CHU bonjour »... les opérateurs du standard téléphonique du CHU de Limoges ne chôment pas. Public voulant un rendez-vous, proche d'un malade voulant rejoindre une chambre ou un médecin, personnel du CHU cherchant à en joindre un autre... 24h/24 et 7j/7 l'équipe du standard téléphonique accueille et oriente les appels entrants.



Oubliez l'image d'Epinal avec des hôtesse devant des murs de câbles entremêlés et connectés à un panneau de dispatch téléphonique. Aujourd'hui, le standard téléphonique ressemble plus à un call center : les opérateurs ont des casques, font face à des écrans plats qui leur permettent d'effectuer des recherches dans des annuaires électroniques et de composer/raccrocher des numéros sans toucher leur téléphone... « *Nous possédons même une fonction qui nous permet d'appeler tous les postes d'une catégorie de personnels (chefs de service, cadres...) en même temps pour diffuser un message préenregistré* », précise Anne-Marie Gensac, responsable du standard du CHU. Une fonction prévue en cas de plan blanc ou d'urgence majeure que n'a pas encore eu à déclencher le directeur de garde.

Le quotidien des personnes du service est plutôt de gérer, assurer la réception, la régulation et la transmission des appels entrants dans les services et aux patients. Car le standard situé sur Dupuytren accueille tous les appels composés à destination du 05 55 05 55 55. Contrairement à ce qui est souvent imaginé, ce ne sont donc pas les hôtesses d'accueil qui reçoivent –heureusement–, tous ces appels.

Un service clé qui doit faire face à toutes les situations

La nature des appels diffère selon les heures :

► de 6h à 9h, et entre 12h et 14h,

et passé 17h, les personnes appellent pour « avoir une chambre » ou demandent une infirmière pour prendre des nouvelles d'un patient ► de 9h à 12h, puis de 14 à 17h, ce sont principalement des appels de personnes souhaitant prendre rendez-vous dans les services

Grâce à un annuaire des personnels que le standard met lui-même à jour avec l'aide des services et un annuaire patients alimenté par une passerelle avec le logiciel GAM, les opérateurs peuvent orienter au mieux les appels entrants. Il arrive pourtant que ce soit plus difficile : « *Parfois des services oublient de nous communiquer une information sur un départ ou une arrivée d'un collaborateur. Dans ces cas, là on cherche... et la personne qui appelle doit attendre* ». L'attente, justement, peut parfois être source de mécontentements : 5 à 10 personnes par jour et par opérateurs, essentiellement des médecins de ville ou des patients qui n'arrivent pas à joindre un service.

Il faut dire qu'au-delà d'une minute d'attente sur un poste dans un service, l'appel est systématiquement réorienté vers le standard, qui propose alors à la personne d'attendre à nouveau ou d'être orientée vers un autre poste...

Centre d'accueil de nos patients et partenaires de santé, parfois premier point de contact pour eux avec notre CHU, le standard téléphonique est un service clé de l'hôpital en termes de fonctionnement et d'image. ■

Marie Gensac, responsable du standard du CHU



Y a-t-il des pics d'appels identifiés à des moments précis ?
Oui, les lundis et lendemains de ponts. Et dans la journée pendant les horaires d'ouverture des secrétariats pour les prises de rendez-vous : selon les services à partir de 9h30 ou 10h, jusqu'à 12h ou 12h30 et de 13h30 ou 14h à 16h. Le passage aux 35 heures a renforcé

ce routage vers nos équipes des appels vers les secrétariats des services.

Quel est le service le plus demandé ?
De loin, l'ophtalmologie.

Qu'est-ce qui pourrait aider le standard ?
Que les services aient le réflexe de nous prévenir quand ils connaissent des mouvements de personnels susceptibles d'être appelés. Il suffit de nous appeler au 9 ou de nous envoyer un message à standardhud@chulimoges.fr. Un annuaire papier régulièrement mis à jour, rendu facilement accessible et donc consulté par les personnels nous aiderait aussi. Il y a beaucoup d'appels au standard de personnels du CHU qui cherchent d'autres personnels...

Il existe une équipe de jour et une de nuit ?
Oui. Il y a une personne la nuit. A tour de rôle les nuits sont assurées par les personnels volontaires de l'équipe.

La qualité attendue d'un bon opérateur ?
Avoir des compétences pour communiquer, savoir écouter, poser les bonnes questions, faire preuve de patience, de diplomatie, de disponibilité, d'amabilité et de rapidité afin de donner une bonne image du CHU.

Le standard en chiffres

5 000 appels par jour
23 agents (pas tous à plein temps)
6 opérateurs en même temps le jour
1 opérateur la nuit
9 : numéro à composer depuis un poste interne pour joindre notre standard

Hommage au Pr Bernard Descottes...

Le professeur Bernard Descottes, chef du service de chirurgie viscérale et transplantations et président de la commission médicale d'établissement de notre CHU, est décédé le 10 octobre 2009, à Limoges, à l'âge de 66 ans.



Pr Bernard Descottes
1943-2009

1970 : major de sa promotion d'internat.
1986 : créateur de l'unité de chirurgie en transplantation hépatique
1983 : chef du service de chirurgie viscérale et transplantations
1995 : fondateur et président de l'association de développement de la chirurgie au Vietnam
2005 : fondateur et président du Comité d'Organisation Recherche Cancer (CORC)
1999-2009 : président de la commission médicale d'établissement
2009 : initiateur de "l'Institut du cancer Bernard Descottes"

Né en 1943, Bernard Descottes a effectué toute sa carrière au CHU de Limoges où il était entré en 1970 après avoir été major de sa promotion d'internat. Il crée l'unité de chirurgie en transplantation hépatique de l'hôpital en 1986, et réalise la même année la première opération française de chirurgie ex-vivo ex-situ du foie. En 1993, il réalise la première œsophagectomie endoscopique française et est nommé chef du service de chirurgie viscérale et transplantations. En 1996, Bernard Descottes réalise la première hépatectomie droite française sous coelioscopie. Président du Comité d'Organisation Recherche Cancer (CORC) qu'il avait créé en 2005, il réalise aussi 3 mandats successifs (de 1999 à 2009) en qualité de président de la commission médicale d'établissement du CHU de Limoges.

Son parcours se distingue par une forte implication dans des actions humanitaires et caritatives. Fondateur et président de l'association de développement de la chirurgie au Vietnam dès 1995, il conduit également de nombreuses missions au Cambodge, au Togo, au Burundi et en Roumanie.

Très sensible au développement de la qualité de vie pour les personnes handicapées, il s'engage activement au sein de l'association « Handicap et qualité de vie ».

Convaincu très tôt de l'apport du miel dans le domaine de la santé (cicatrisation...), Bernard Descottes devient président de l'association francophone d'apithérapie en 2008.

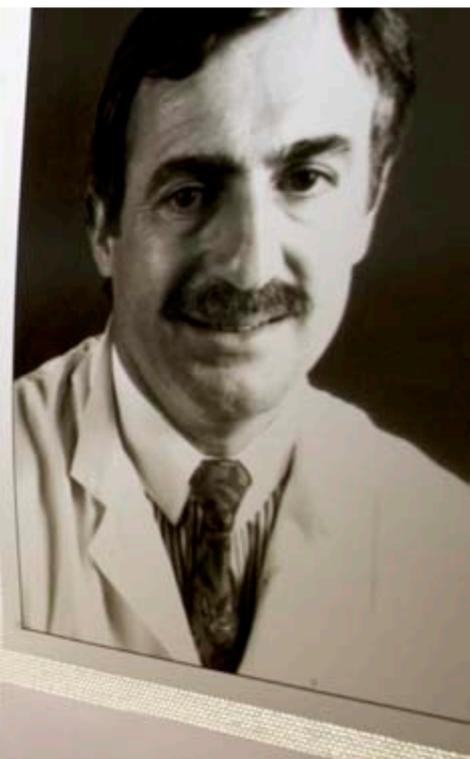
Fin janvier 2010, l'Institut du cancer dont il est à l'initiative, verra le jour au CHU de Limoges ; il portera son nom : « Institut du cancer Bernard Descottes. »

Bernard Descottes était également membre titulaire de l'Académie de chirurgie en 2002, mais aussi des sociétés françaises de chirurgie endoscopique, de chirurgie laparoscopique et de chirurgie digestive. Il était Chevalier de la légion d'honneur, Officier dans l'ordre national du mérite et Commandeur des palmes académiques. Nous saluons tous la mémoire de ce grand chirurgien et de ce grand humaniste, qui a toujours mis son excellence professionnelle et son ouverture d'esprit au service des autres. ■

Une exposition de photographies a été réalisée pour lui rendre hommage au 1^{er} niveau du hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren, du 5 novembre au 3 décembre 2009. Une grande bache à son effigie était également accrochée dans le hall.



Le Pr Caix et le Pr Descottes



« AUTONOME »,

la dernière invention du Pr Descottes

Soucieux du « mieux être » du patient, innovateur... le Pr Descottes l'était. Même sa grave maladie n'était pas de taille à l'empêcher de continuer à chercher des solutions pour atténuer les contraintes du patient pendant sa prise en charge. Sa convalescence lui a au contraire inspiré un projet qu'il a fait breveter l'été dernier : l'« autonome ». Il avait accepté de nous passer le texte ci-après pour que nous le présentions dans ce Chorus.

De longue date, on utilise dans le français courant « *tu seras au piquet si...* » comme menace de punition, de châtement ou de contrainte. Malheureusement depuis des décennies, dans les établissements de santé, les patients perfusés sont indéniablement soumis à la servitude du « piquet » qui prend la forme d'un pied à sérum. Ce pied les maintient au lit, ou leur impose de le « traîner », au cours des déplacements hors de leur lit ou de leur chambre. Avec le développement de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) le déplacement des malades perfusés pris en charge s'avère d'autant plus contraignant s'ils sont âgés, dénutris, affaiblis.

Pourquoi ces contraintes ?

Le pied à sérum formé d'une tige, comprend un système de roulement surmonté d'une tige porte-sérum. Ce système est peu maniable, il roule mal (surtout sur les moquettes et tapis), il est lourd (de par son propre poids plus le poids de la pompe et celui du liquide de la perfusion). Qui plus est, il crée en plus une instabilité lors des déplacements, ce qui engendre des chocs voire des chutes des patients. Surtout, il immobilise le patient.

D'où le concept de l'« autonome » qui peut s'adapter à tout malade perfusé (vieillards, adolescents, jeunes enfants, handicapés) qu'il soit hospitalisé à l'hôpital, en clinique ou qu'il soit chez lui en HAD (technique de prise en charge thérapeutique qui ne fera que se développer dans les années à venir).

Le concept de l'« autonome » est de transformer tout ce montage en un seul élément comprenant :

- la pompe à perfusion,
- la tige avec les différents sérums accrochés, tout cela réuni dans un contenant en carton renforcé permettant sa destruction écologique. Ce contenant sera muni d'un système de bandoulière qui transformera cet ensemble en un véritable sac à dos qui se dégage aisément de la partie inférieure du classique pied à sérum.

Le patient porte alors cet ensemble comme un sac à dos dans lequel tout le système de perfusion est intégré, pompe y compris si nécessaire (on peut avoir des systèmes de perfusion importants ne nécessitant pas de pompe).

Ce sac à dos de perfusion nommé « l'autonome » permet alors au patient valide, invalide, handicapé, quel que soit son âge, de se déplacer tout en étant perfusé. Il n'est plus contraint de rester au lit, il peut sortir, déambuler dans le service hospitalier, voire dehors, tout en étant perfusé. Il peut accéder éventuellement à des endroits qui ne sont pas au même étage que son lit (toilettes). Il peut également l'utiliser, en cas d'invalidité et de déplacement en chaise roulante.

Cet « autonome » permet l'autonomie des patients. En fonction de l'évolution des pompes, des moyens de perfusion, il pourra être réalisé, dans un premier temps, sous forme d'un contenant cartonné totalement destructible après utilisation.

Des profils de contenants individuels sont envisagés également en tissu ou en plastique. L'avantage du système cartonné est la possibilité de l'utiliser à grande échelle par les différents établissements de santé ou par l'HAD. ■



UN CONSENSUS INTERNATIONAL POUR MEMBRES INFÉRIEURS PAR LA MESURE

Du 21 au 24 septembre dernier, sous l'impulsion du Dr Victor Aboyans et du Pr Philippe Lacroix, une conférence internationale sur la standardisation de la mesure de l'index de pression systolique a eu lieu sur nos terres limousines, en présence d'experts de haut rang venant d'Europe et des Etats-Unis. Après 3 jours de travail et d'échanges intensifs, le pari d'obtenir une méthodologie unique pour dépister l'artériopathie des membres inférieurs a été tenu. Les conclusions de cette conférence de consensus seront publiées en 2010 après l'obtention d'endossements de sociétés savantes internationales.

Après plus d'un an de travail préparatoire (revue de littérature médicale de plus de 2 000 titres !), les experts internationaux dans le domaine de l'artériopathie des membres inférieurs se sont mis autour d'une table (limousine) pour confronter leurs expériences et connaissances, afin d'établir un protocole standard de mesure de l'Index de Pression Systolique (IPS).

“ L'artériopathie des membres inférieurs, une maladie sous-estimée. On estime à un million le nombre de patients souffrant d'AOMI... ”

La mesure de la tension artérielle du bras est un geste banal pratiqué des centaines de milliers de fois tous les jours. A l'inverse, la mesure de la pression artérielle au niveau de la cheville paraît encore aux yeux de beaucoup comme un acte inhabituel. Et pourtant, cette technique permet aisément de faire le diagnostic de l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI), cette maladie qui correspond à l'obstruction pro-

gressive des artères des jambes par l'athérosclérose.

L'artériopathie des membres inférieurs, une maladie sous-estimée

On estime à un million le nombre de patients souffrant d'AOMI, et quatre fois plus ceux ayant la forme silencieuse de cette maladie qui présente une longue période infraclinique avant de présenter des symptômes. Ainsi, 10 à 15 % des sujets de plus de 65 ans présentent une AOMI. Dans une étude dans notre CHU, 22 % des patients hospitalisés pour toute autre cause qu'une maladie cardiovasculaire présentaient une AOMI. Grâce aux progrès de l'imagerie et de la chirurgie vasculaire, rares sont heureusement les cas se terminant par une amputation (<1 %). La gravité majeure de cette maladie réside dans la survenue fréquente d'accidents cardiovasculaires fatals ou non (infarctus du myocarde, AVC). Le pronostic d'un patient atteint d'une AOMI est équivalent à celui d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque ou de cancer de colon !

L'IPS : l'outil pour un diagnostic précoce

Recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS), le dépistage de l'AOMI par la mesure de l'IPS permet d'identifier ces sujets à haut risque cardiovasculaire afin d'intervenir à temps par des mesures préventives (hygiène de vie, traitements pharmacologiques) avant même que la maladie devienne symptomatique.

L'IPS consiste tout d'abord à mesurer la pression artérielle de la cheville (à l'aide d'un petit appareil Doppler, ) et celle du bras, et de calculer le rapport cheville/bras. Normalement l'IPS est >1. Lorsque l'AOMI se développe au niveau des jambes (très rare au niveau des bras), l'IPS s'abaisse. L'AOMI est généralement définie par un IPS <0,90.

Le CHU de Limoges fait référence dans le domaine de l'AOMI

Depuis une quinzaine d'années, l'équipe de l'unité vasculaire (Pr Lacroix) a focalisé ses efforts de recherche sur le dépistage de l'AOMI et la stratification du risque cardiovasculaire. A ce titre, de nombreuses collaborations ont été développées, notamment avec l'équipe de médecine préventive de l'Université de Californie à San Diego. Suite à ces collaborations et les publications internationales, le Dr Victor Aboyans a été récemment sollicité par la Société Européenne de Cardiologie pour la rédaction de recommandations de prise en charge de l'AOMI, et par l'OMS, dans le cadre du projet Global Burden Disease 2010, faisant l'état de 140 maladies chroniques dans le monde, dont l'AOMI.

IPS : enfin le consensus

Toujours dans ce même cadre de collaborations internationales, l'équipe de Limoges a proposé d'organiser une conférence internationale afin d'homogénéiser la méthodologie et les normes de la mesure de l'IPS.

LE DÉPISTAGE DE L'ARTÉRIOPATHIE DES DE L'INDEX DE PRESSION SYSTOLIQUE : ▶▶ pari réussi !



En effet cette mesure souffre d'une standardisation, et celle-ci mène à des variations considérables d'estimation et de diagnostic de l'AOMI, ce qui était jusqu'alors un frein pour une diffusion plus large de cette technique simple et peu onéreuse. L'organisation de la conférence a été réalisée par la collaboration entre l'unité vasculaire du CHU et l'équipe de méthodologistes de la faculté de médecine (Pr Preux, Dr Marin). Les participants (2) venaient d'horizons divers, tant par leur domaine d'excellence (médecin ou chirurgien vasculaire, cardiologue, épidémiologiste, physiologiste) que par leurs pays d'origine (Allemagne, Etats-Unis, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suède... et la France !). L'ambiance a été très studieuse et le travail et les échanges très intenses. Le consensus a été obtenu sur tous les aspects méthodologiques.

Un document de référence

Le produit final de ces échanges est le document de recommandations qui sera publié dans des revues internationales. Ce document, en cours de finalisation, est d'ores et déjà soumis aux sociétés savantes internationales telles que la TransAtlantic Inter-Society Consensus et l'American Heart Association pour endossement, avec un travail très actif de l'ensemble des membres participants pour faire avaliser ce document. A l'échelle nationale, ce projet a obtenu les parrainages de la société française de cardiologie et de la société française de médecine vasculaire. ■



Le nouveau LOGO du CHU



Vous l'avez vu en couverture de votre Chorus, voici le nouveau logo du CHU de Limoges. Dans le précédent numéro, nous soumettions à votre choix 6 pistes graphiques. C'est la piste numéro 2, qui présentait le logo ci-dessus qui a été choisie par vos votes. Très nettement puisque la seconde piste préférée a recueilli 3 fois moins d'avis favorables. Nous ne l'avons que légèrement fait évoluer après l'avoir testée dans tous les formats dont nous aurons besoin (voir page de droite), et en écoutant vos remarques, notamment pour que « Limoges » soit écrit plus gros.

Quels sens ?

La partie graphique du logo est composée de 5 formes arrondies. 5 comme le nombre de nos hôpitaux. 5 comme le nombre des doigts d'une main avec la symbolique de solidarité et de l'humain. La forme graphique évoque le rayonnement de notre hôpital sur la région Limousin et au-delà. Ses gouttes, liées, reliées, rappellent aussi la dimension de réseau de soins, de coopérations et d'interdisciplinarité de l'activité hospitalo-universitaire. Les couleurs sont vives, modernes et multiples. Leur diversité fait référence à l'universalité de la prise en charge.

La typographie est sobre. Seul le « H » porte un accident graphique pour

dynamiser l'ensemble. « Centre hospitalier universitaire » est écrit en toutes lettres pour appuyer la dimension universitaire qui distingue notre hôpital. « Limoges » est écrit en gras, entre deux traits pour surligner et mettre en exergue notre ville.

Quels formats ?

Notre logo existe en 2 versions : couleur (pour les documents couleur) et niveaux de gris (pour les documents noir et blanc). Une charte graphique complète précisant les règles d'utilisation a été diffusée à tous les chefs de services et cadres de santé. Elle est disponible pour tous sur Hermès (espace communication > logo CHU) et auprès du service de la communication.

Ce logo est notre signature, notre « photo d'identité »... à ce titre il ne se déforme pas. Quand ce logo vient signer un document, la partie texte ne peut être dissociée de la partie graphique. Les proportions (hauteur/largeur) doivent toujours être respectées ; pour le redimensionner dans Word, Excel ou Powerpoint de façon homothétique (en respectant ses proportions) il suffit de cliquer sur le logo, puis de cliquer sur une des poignées de coin, et, en maintenant le doigt appuyé sur la souris, de faire glisser cette poignée vers le haut ou le bas pour l'agrandir ou

le diminuer. Il ne faut jamais utiliser les poignées situées au milieu.



Quel calendrier de mise en œuvre ?

Ce numéro de Chorus, les agendas 2010 et les cartes de vœux de l'hôpital sont les premiers supports à porter notre nouveau logo (voir ci-contre le calendrier de mise en œuvre pour les autres principaux supports).

Quel coût ?

Le réflexe de chacun quand on évoque un changement de logo est de dire : « ça va coûter une fortune ». Il faut dire que certaines sociétés ou institutions ont parfois payé plusieurs dizaines voire centaines de milliers d'euros... uniquement pour créer un nouveau logo.

La création de notre logo a été réalisée par les infographistes du service communication. Coût : 0 €

L'investissement lié au changement de logo est constitué des éléments suivants :

- changement des étiquettes sur les tenues professionnelles : blouses, parkas...
- changement des signalétiques internes : panneaux directionnels, plaques de porte...
- changement des signalétiques externes : totems, panneaux, autocollants...



LE NOUVEAU LOGO SUR UN FOND NON BLANC

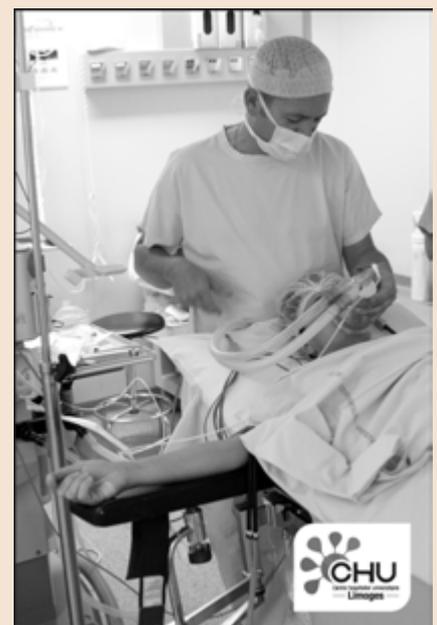
Au total, l'ensemble des investissements sur ces supports (en interne : achat des papiers, adhésifs, rouleaux d'étiquettes, cartouches d'encre, toner, fabrication et pose externalisées...) représente 15 000 €TTC. Ce coût sera entièrement compensé par des économies réalisées grâce à des renégociations de marché avec des prestataires (signalétique...) et de nouvelles recettes (sponsoring, accueil de tournages...).

Pour tous les autres supports (papier, autres tenues...) le changement de logo se fera au moment de leur renouvellement, à épuisement des stocks ou à échéance des marchés les concernant, et dans le même format que précédemment ne créant aucun surcoût. ■



Document couleur

EN SAVOIR Philippe Frugier, responsable communication
Tél. : 56249 - philippe.frugier@chu-limoges.fr



Document noir et blanc

Calendrier de mise en œuvre

SUPPORT	2010								
	JANVIER				FEVRIER				MARS
	sem 1	sem 2	sem 3	sem 4	sem 5	sem 6	sem 7	sem 8	sem 9
Signalétiques extérieures	Pose								
Signalétiques intérieures			Pose						
Sites internet et intranets CHU	Mise en ligne								
Applications	Mise en ligne								
Papeterie			Impression au fil des commandes						
Enveloppes	Impression								
Blouses			Pose						
Supports de communication institutionnels et services : plaquettes, affiches, flyers, Powerpoint...			Actualisation des documents						



La prise en charge du

CANCER

Chaque année, 350 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués en France. Depuis 2004, c'est la première cause de mortalité.

Au vue de ces données, la lutte contre le cancer est donc devenue une cause nationale, et le chef de l'Etat a déclaré lors de l'annonce du Plan Cancer II : « la lutte contre le cancer, c'est un enjeu absolument majeur pour la France ».

Lutter contre le cancer, c'est certes la recherche, qui permettra à terme de trouver de nouveaux traitements, mais c'est aussi la prévention et le dépistage, l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et/ou de son séjour à l'hôpital.

Dans cette optique, notre CHU s'efforce de mettre en œuvre des initiatives pour améliorer la prise en charge de ses malades atteints de cancer : création de l'institut du cancer, suivi du plan cancer, dispositif d'annonce...

PLAN CANCER II : un nouvel élan pour lutter contre le cancer

Le 2 novembre 2009, Nicolas Sarkozy présentait à Marseille les grandes lignes du Plan Cancer II, pour la période 2009-2013. Ce plan, deuxième version, qui s'inscrit dans la continuité du premier s'inspire du rapport remis par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 « Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 ».

Concrètement le Plan Cancer II, c'est un budget de 750 millions d'euros, 5 grands axes, 30 mesures et 118 actions, centrés autour de trois grands objectifs : construire l'excellence des soins, réduire les inégalités face au cancer et améliorer le devenir des patients après le cancer.

« Construire dès aujourd'hui l'excellence des soins de demain »

L'accent est mis ici sur la recherche. 5 sites de recherches pluridisciplinaires vont être sélectionnés afin d'être labellisés par l'institut national du cancer. Leur mission sera d'accélérer la recherche au bénéfice des malades. Ils devront travailler en réseau avec d'autres équipes de recherche françaises, mais aussi concourir au niveau international. Outre la recherche fondamentale, le Plan Cancer veut relancer la recherche clinique et a pour objectif que le nombre de patients participants à des essais cliniques précoces de nouveaux médicaments augmente de 50 %. Enfin, 15 % du budget du plan alloué à la recherche devra être consacré aux études des effets à long terme des expositions aux agents chimiques, biologiques, ou physiques.

Ce premier objectif s'attache aussi à anticiper l'évolution démographique de certaines spécialités médicales en rapport avec le cancer (radiothérapeutes, oncologues, hématologues) qui sont aujourd'hui en nombre insuffisant. A terme, le plan prévoit d'augmenter de 20 % le nombre de ces spécialistes avec une meilleure répartition au niveau des régions les plus touchées par le cancer ou qui connaissent une pénurie de ces spécialités.

Par ailleurs, il est prévu le développement de formations universitaires pour de nouveaux métiers de la prise en charge du cancer. Et, le rôle des infirmiers coordonnateurs sera renforcé.

« Réduire les inégalités »

Le Plan Cancer veut tout d'abord, lutter contre les inégalités sociales face aux cancers. Cela passe notamment par une égalité d'accès au dépistage et aux campagnes de prévention. Le plan prévoit d'augmenter de 15 % la participation de la population au dépistage organisé. Cette augmentation devra être de 50 % dans les territoires qui connaissent le plus de difficultés.

Il prévoit également une étude et une intervention sur les facteurs de risque, tels que le surpoids et l'obésité. Le chef de l'Etat a aussi mis en avant les bénéfices d'une activité physique, et, envisage, des actions qui en favorisent l'ac-

cès à tous, y compris aux plus défavorisés. Ceci se fera notamment par l'aménagement de l'espace urbain.

Concernant le tabac et l'alcool, le Plan Cancer prévoit des actions générales et des actions particulières en faveur des plus démunis. Depuis le 9 novembre 2009, le prix du tabac a augmenté de 6 % afin de dissuader les fumeurs. Le chef de l'Etat a rappelé l'interdiction de la vente de tabac sur internet. Le remboursement des substituts nicotiques passera de 50 à 150 euros en 2010 pour les bénéficiaires de la CMU et les femmes enceintes. En 2011, la quantité d'alcool devra être indiquée sur chaque bouteille. Les centres d'aide aux personnes en difficultés avec l'alcool verront leurs moyens augmentés. L'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs devra strictement être appliquée.

En 2013, 80 % des patients devront bénéficier du dispositif d'annonce et d'un programme personnalisé de soins. Mais lors de son discours, Nicolas Sarkozy a aussi mis en avant des inégalités géographiques, avec une surmortalité liée au cancer dans un croissant nord, nord ouest et sur une diagonale allant du nord est à l'Auvergne. Dans ces régions, la mortalité liée au cancer est 2 fois supérieure à celle d'ailleurs. Afin d'en comprendre l'origine, une analyse environnementale et sociale du cancer sur ces territoires va être menée.

Le diagnostic et les traitements de pointe devront être accessibles au plus grand nombre, quelle que soit la région ; tout comme l'accès au test moléculaire (permettant des traitements adaptés). Pour cela, 74 IRM supplémentaires seront installées sur le territoire, dont 39 dans les 10 régions ayant la mortalité par cancer la plus élevée.

« Comment on vit après le cancer ? »

Le Président de la République a déclaré que « *le cancer ne fait plus partie de l'indicible* », puisque dans 1 cas sur 2, il se solde par une rémission. Le Plan Cancer II se devait donc de s'attacher à « l'après cancer » : mieux préparer la vie après le cancer, accompagner les patients après la maladie. Pour cela, un programme personnalisé de l'après cancer sera proposé au patient, impliquant une infirmière coordinatrice et le médecin traitant. Au moins 50 % des patients devront bénéficier de ce programme.

Le plan évoque également la possibilité de ne pas renouveler le régime d'affectation en affections longue durée, pour le patient guéri, au-delà de la durée initiale de 5 ans.

L'objectif est aussi de favoriser l'accès aux assurances et aux prêts bancaires, ainsi que le retour à l'emploi, après le cancer.

Traitement d'un patient
par chimiothérapie



Consulter le Plan Cancer dans son intégralité sur :
www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/cancer/plan-cancer-2009-2013/plan-cancer-2009-2013.html

Les nouveaux locaux d'oncologie

Depuis le mois de septembre, le service d'oncologie médicale a intégré ses nouveaux locaux au 1^{er} étage de Dupuytren. Ces locaux flambants neufs offrent une vraie valeur ajoutée au séjour du patient, mais également pour les conditions de travail des personnels.

Toutes les chambres sont désormais des chambres individuelles équipées de leurs propres sanitaires et salle de bains. Beaucoup de plantes (artificielles pour des raisons d'hygiène) agrémentent la décoration des espaces communs. Les balcons sont, quant à eux, aménagés avec de vraies plantes vertes.



Un "mur d'eau" (système de fontaine) a également été installé dans le couloir. Tous ces éléments de décoration créent une atmosphère conviviale et apaisante.

Le "mur d'eau" en oncologie

L'INSTITUT DU CANCER : le patient au cœur du soin

L'« Institut du cancer Bernard Descottes » ouvrira prochainement ses portes. Le but est de créer un « guichet unique » pour les patients dans la prise en charge de leur maladie. Cela va permettre d'assurer des soins de qualité, une meilleure prise en charge globale du patient et de ses proches, tout en réduisant les délais de prise en charge.



L'initiative de création d'un institut du cancer revient au Professeur Bernard Descottes. Ce projet, qui est le fruit d'une concertation de plusieurs mois, a été inscrit dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CHU, et répond parfaitement aux mesures phares du Plan Cancer II. L'idée est que « les patients puissent bénéficier de consultations spécia-

lisées de qualité sur un lieu unique, une sorte de guichet commun » de la prise en charge du cancer, nous précise le Pr Melloni, coordonnateur de la fédération de cancérologie au CHU. Ce concept assure une lisibilité au patient, puisque, « celui-ci aura en permanence des interlocuteurs compétents pour faire face à son affection sur ce lieu unique », ajoute le Pr Melloni. Les patients

seront vus à l'institut en consultation initiale, consultation d'annonce ou de rechute, consultation de programmation des soins, mais également de suivi de la maladie. Le centre se chargera également des rendez-vous d'examens complémentaires, en coordination avec les autres services du CHU, pour une optimisation des délais. Mais l'institut va plus loin dans

L'entrée de l'Institut du cancer Bernard Descottes située à côté de l'entrée des vestiaires de Dupuytren



l'amélioration de la prise en charge du patient. L'objectif ambitieux est de réduire au maximum le temps d'attente entre le diagnostic initial et la prise en charge thérapeutique. Ce délai ne devra pas excéder théoriquement 21 jours.

Parallèlement, chaque patient pris en charge par l'institut bénéficiera d'un plan personnalisé de soins, d'un dispositif d'annonce, mais aussi de soins de support (psychologue, esthéticienne, ergothérapeute, diététicienne...), conformément au Plan Cancer. Cette prise en charge informative et psychologique concernera aussi ses proches. L'Institut sera également

un interlocuteur privilégié pour les professionnels de santé de l'extérieur, et principalement les médecins traitants.

La volonté de l'institut est aussi de participer et d'être un acteur majeur dans la construction d'un véritable pôle de cancérologie, par son positionnement, au 1^{er} sous-sol, avec un accès et des locaux propres. Il était primordial que les patients soient reçus à proximité et en relation étroite avec les services d'oncologie médicale, de radiothérapie et d'hématologie clinique, services très impliqués dans la prise en charge du cancer. Ces services, constituant le pôle onco-

hématologie, avec l'Institut du cancer seront géographiquement regroupés, à l'issue du projet de restructuration inscrit dans le schéma directeur des travaux (voir chorus 91, rubrique « Travaux »).

Mais l'institut a bien d'autres projets. Il souhaite, entre autres, participer au développement de la recherche, par le biais des essais cliniques, former les professionnels en interne et de l'extérieur sur la prise en charge du patient, optimiser la prise en charge du sujet âgé ou encore améliorer la prévention, le dépistage et l'information du grand public. Tous ces objectifs rentrent dans les mesures proposées par le nouveau Plan Cancer national 2009-2013.

Une consultation multidisciplinaire

Jusqu'à présent, « l'activité d'oncologie se faisait dans toutes les unités, dans tous les services. Tous ces acteurs assuraient une prise en charge de qualité, mais pour le grand public, il est indispensable d'afficher et d'identifier cette spécificité » précise le Pr Melloni. L'institut du cancer devient cet identifiant. Il est composé d'une partie consultation multidisciplinaire, qui coordonne en

" Les meilleurs hôpitaux traitant le cancer " : un palmarès erroné

Le 16 novembre dernier, le quotidien Le Parisien publiait un classement « ville par ville, des meilleurs hôpitaux soignant le cancer, qui permet aux malades de choisir en toute connaissance de cause le service qui les soignera. ». Dans ce palmarès réalisé sur la base des rapports établis par Santéclair, une société qui travaille pour des complémentaires santé, les établissements sont classés en « pôles d'excellence » (trois étoiles), « très bons » (deux étoiles) et « bons » (une étoile). Ceux qui n'y figurent pas du tout sont « à éviter ». Concernant la Haute-Vienne, notre CHU n'apparaît pas... Nous avons donc été considérés comme « à éviter ».

Le 19 novembre 2009 la Fédération hospitalière de France (FHF) et la Fédération Nationale de Cancérologie des Hôpitaux Publics (FNCHP) ont publié, un communiqué de presse où elles déploieraient que Le Parisien ait rendu public ce palmarès en utilisant des données partielles et donc partiales qui ne reflètent pas l'intégralité des données figurant dans l'étude de Santéclair. Ainsi, **14 CHU (dont le CHU de Limoges) ont été omis alors que ce sont les établissements de ce type qui prennent en charge le plus de patients souffrants des différentes formes de cancers.** En ce qui concerne la qualité, c'est également au sein des CHU

un seul lieu les spécialistes médicaux et non-médicaux impliqués dans la prise en charge de la maladie. Des permanences régulières seront assurées par des médecins spécialistes d'organes, mais aussi oncologues, radiothérapeutes, infirmière, assistante sociale et psychologue. Une consultation spéciale sera réservée aux tumeurs les plus complexes, par leur rareté ou les atteintes multi-organes.

Un lieu d'écoute de soutien et d'information

Cet institut disposera également d'un espace rencontre/information, une interface à la fois entre soigné et soignant. Ce lieu, est ouvert aux patients, mais aussi à leurs proches, car, selon le Pr Melloni, face à un cancer, « les familles sont autant affectées, voire plus. Il est donc important de leur apporter un soutien psychologique ou amical ». Cet espace sera également largement ouvert aux associations, notamment la ligue contre le cancer. Ce lieu sera animé par un accompagnateur en santé. Il aura pour mission d'informer les patients sur le plan médical et social, d'organiser des réunions d'information et des ateliers thématiques (sur le goût, l'olfaction, l'activité physique...).

onné et tendancieux

qu'exercent les équipes référentes têtes de réseaux régionaux pour la prise en charge des cancers. Ces mêmes équipes sont source d'innovation dans leurs traitements. Dans son classement, Le Parisien a même recommandé des établissements pour la prise en charge de pathologies que ces hôpitaux ne pratiquent pas !

LE DISPOSITIF D'ANNONCE : humaniser l'annonce de la maladie

Le dispositif d'annonce est l'annonce d'une maladie grave. Il a été mis en place par le premier plan cancer, afin que cette annonce se fasse dans les meilleures conditions possibles pour la personne malade.

Un dispositif d'annonce, pourquoi ? L'annonce d'une maladie grave est toujours un traumatisme pour le patient. Il est donc nécessaire qu'il bénéficie des meilleures conditions pour l'annonce du diagnostic de sa maladie. Par ailleurs, le patient peut se retrouver dans un état de sidération tel, qu'il est dans l'impossibilité d'entendre ou de comprendre les informations qui lui sont données par le médecin. De nouveaux temps de discussions et d'information seront alors nécessaires afin de l'emmener progressivement à comprendre la maladie, les traitements qui s'offrent à lui, et, l'aider dans sa prise de décision. Ce dispositif d'annonce a été mis en place par le 1^{er} plan cancer, à la demande des patients lors des Etats Généraux des malades atteints de cancer organisés par la Ligue nationale contre le cancer. Malheureusement, aujourd'hui encore, toutes les personnes atteintes de cancer n'y ont pas accès. Un des objectifs du plan cancer II est de généraliser ce dispositif, afin qu'un maximum de patients puissent en bénéficier.

Concrètement, le dispositif d'annonce se déroule en quatre temps. Tout d'abord un temps médical, où le médecin annonce la maladie et présente les propositions de traitements, en présence d'une infirmière. Ensuite, vient un temps soignant, de soutien et d'écoute, voire de réconfort. Durant ce temps, l'infirmière peut si besoin reformuler les explications médicales. Ce dispositif comprend ensuite la possibilité pour le patient d'accéder à des soins de support (assistante-social, psychologue, kinésithérapeute...), si il le souhaite et en fonction de sa situation. Ces soins visent à améliorer la qualité de vie et le confort pendant la maladie. Enfin le dispositif d'annonce doit inclure un travail en réseau avec la médecine de ville. Il est important que le médecin traitant soit associé très tôt au parcours de soins afin d'assurer la meilleure coordination des soins possible dès l'annonce.

LE DISPOSITIF D'ANNONCE EN RÉSUMÉ...

4 étapes :

- ▶ Temps médical
- ▶ Temps d'accompagnement soignant
- ▶ Accès aux soins de support
- ▶ Association de la médecine de ville



Une consultation d'annonce faite par le médecin en présence d'une infirmière

I N T E R V I E W

« Ils osent peut-être plus se livrer à nous »

Sandrine Cléret et Agnès Chabeuf sont infirmières en oncologie. Elles nous expliquent le rôle de l'infirmière lors de la consultation d'annonce en oncologie.



Agnès Chabeuf

La consultation d'annonce existe depuis longtemps en oncologie ?

Le Pr Tubiana avait mis cette consultation en place dès 1998. Mais de nouveaux moyens ont été déployés depuis le Plan Cancer de 2006. Nous sommes aujourd'hui 5 infirmières (3 ETP, 1 à 80 % et 1 à 50 %) à participer à ces consultations.

Faut-il suivre une formation particulière ?

Il y a une formation obligatoire de 3 jours sur l'annonce, qui est dispensée à Toulouse. On peut aussi suivre une formation EFEC de psycho-oncologie et une formation « relation d'aide » proposée par le département formation continue du CHU.

En quoi consiste cette consultation d'annonce ?

Il s'agit en fait d'une annonce thérapeutique. Quand le patient entre pour cette consultation il sait déjà qu'il a un cancer. Ses résultats d'examen ou son chirurgien le lui ont dit. Lors de ce rendez-vous le médecin demande au patient ce qu'il sait de sa maladie, puis lui explique ce qu'est vraiment sa pathologie, quelle va être sa prise en charge. Cela dure une vingtaine de minutes.

Et vous ?

D'abord, l'infirmière écoute et note tout ce qui est dit pendant cette première partie de l'entretien. Ensuite, nous prenons 30 à 45 minutes pour reformuler tout ce qui a été dit au patient. Nous nous assurons que ce qui lui a été expliqué a été bien entendu et compris, et répondons à ses éventuelles questions... ou celles de ses proches puisque le patient peut-être accompagné s'il le souhaite. Puis on leur donne rendez-vous pour leur hospitalisation (de jour ou non) et le programme de soin personnalisé que le médecin a élaboré.

Le médecin pourrait faire tout ça, non ? Quelle est votre valeur ajoutée ?

C'est un plus pour les patients, qui osent peut-être plus se livrer à nous. Ils pleurent d'ailleurs souvent une fois le médecin parti. Nous nous efforçons d'expliquer les choses le plus simplement possible, avec une attention particulière portée à chaque mot. Nous ne parlons par exemple jamais de « guérison » mais plutôt de « rémission », nous préférons parler de « cellules cancéreuses » au lieu de « cancer » : la signification et l'image ne sont pas les mêmes pour le patient.

Notre présence est aussi bénéfique au médecin. Il n'est plus seul au moment de l'annonce. Ce n'est pas anecdotique dans un moment aussi sensible.

Ce doit être dur pour vous aussi...

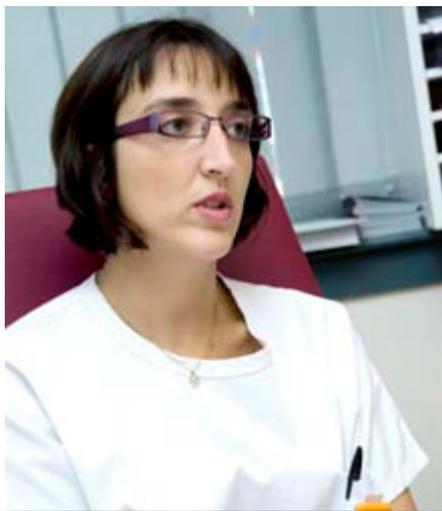
Ça l'est. En particulier lors d'annonce de récurrence. Mais les psychologues du service nous aident à « évacuer ». Et nous ne faisons pas que de l'annonce, nous soignons... et ce sont des respirations bienvenues.

Le nouveau plan cancer va-t-il changer quelque chose dans l'annonce ?

Le dispositif d'annonce est quand même déjà d'un bon niveau dans de nombreux services : oncologie, gynécologie, pédiatrie... et l'Institut du cancer va renforcer encore les annonces pour tous les patients suivis pour cancer. Mais ces dispositifs d'annonce vont sans doute se développer suite à ce nouveau plan dans de plus petites structures que le CHU.

On ne peut rien faire de plus ?

Si bien sûr. Des initiatives telles que celle d'« Info sein » pourraient être déclinées ailleurs. Par exemple, un « Info colon » serait précieux.



Sandrine Cléret

www.lecancer.fr



www.lecancer.fr est un nouveau site d'information grand public sur le cancer. Il offre aux patients et à leur entourage des réponses aux questions qu'ils se posent, sur la maladie, les soins...

Une partie « Pro » est réservée exclusivement aux professionnels de santé. Elle est accessible via l'adresse <http://pro.lecancer.fr>



Le patient face au médecin, avec une infirmière d'annonce à ses côtés

« INFO-SEIN » : le partage de l'expérience comme soutien face à la maladie

Dans la prise en charge du cancer, le service de gynécologie obstétrique a mis en place depuis janvier 2003, une démarche originale, il s'agit des réunions « Info sein ». Le Docteur Joëlle Mollard, Laurence Pascaud, cadre de santé et Marie-Christine Do-Esperito-Santo, infirmière d'annonce nous présentent ce concept.



Une réunion Info-sein

« Info-sein », c'est quoi ?

C'est une réunion d'information sur le cancer du sein et sa prise en charge, qui a lieu une fois par mois dans le service de gynécologie. Sont présents des patientes, anciennes patientes, personnels de santé concernés par la prise en charge du cancer du sein, mais aussi des associations. Différents thèmes sont traités : les techniques chirurgicales, les traitements et leurs effets secondaires. On y parle des possibilités de la reconstruction, les différentes prothèses existantes... Les problèmes financiers et sociaux sont aussi abordés.

Le concept de réunion, qu'est-ce que ça apporte de plus que les entretiens individuels ?

La recherche du vécu. Ça permet aux dames d'échanger, de s'associer à des personnes qui ont vécu ou vivent la maladie. Elles se sentent comprises, rassurées. Ce qui fait la richesse du groupe, c'est que nous avons des dames à différents stades de la maladie. Des patientes expliquent à d'autres patientes, comment ça s'est passé.

« Info-sein », quelle différence avec le dispositif d'annonce ?

C'est complémentaire. L'annonce, c'est le 1^{er} temps, le choc, la catastrophe. La vie s'écroule. Ensuite l'entretien avec l'infirmière permet de passer ce choc de l'annonce. La différence, c'est qu'« Info-sein », ça dure deux heures. Elles ont le temps de réfléchir, d'assimiler. On les met à l'aise. On leur offre un café, un thé. Elles sont assises, peuvent écouter tranquillement. Ça se passe dans une atmosphère conviviale et détendue. On ne parle pas de leur cas à elles. Et, elles savent qu'à tout moment, si elles le souhaitent, elles peuvent partir.

On ne passe pas de l'information à l'émotion des fois ?

Ce n'est pas un groupe de parole, c'est une réunion d'information. A ces réunions, on explique sans alarmer. On ne ment pas, mais on ne les effraye pas. On ne tombe pas dans le dramatique. On reste dans notre rôle éducatif de soignant.

Pourquoi avoir créé ces réunions « Info-sein » ?

A l'époque, il n'y avait pas d'infirmière d'annonce. On annonçait à la patiente qu'elle avait un cancer. Elle rentrait chez elle et revenait pour se faire opérer. Il manquait quelque chose... Lors des réunions « Info-sein », elles sont assises, elles écoutent sans le stress. Elles rencontrent tous les intervenants de la prise en charge. C'est rassurant. Et puis nous avons le ressenti d'une demande des patientes de parler. Notamment de la possible mastectomie, qui est ressentie comme une mutilation physique car ça se voit. Le sein c'est le signe de la féminité...

Les conjoints sont « invités » depuis peu à ces réunions...

Les conjoints n'ont aucune place dans le cancer et ils ne savent pas laquelle prendre. Quoi qu'ils fassent ils sont dans la faute. C'est terrible. Il y a un dialogue qui s'arrête dans les deux sens. Au début, le cancer du sein, on pensait que c'était une histoire de femmes, un moment d'intimité. On pensait que les femmes n'arriveraient pas à s'exprimer en présence d'hommes,

notamment pour parler de sexualité. Alors, ces hommes, ils attendaient dans le couloir... On s'est dit quoi faire ? Et puis, depuis un an, nous avons donc décidé de les intégrer et ça se passe très bien !

Qu'est-ce que ça a apporté la présence de ces hommes ?

Enormément ! Une patiente nous a dit « Mon mari a pu me parler, on a pu communiquer ». Ils arrivent à échanger des mots, tels que « J'ai envie que tu me prennes dans tes bras ». Le fait que les conjoints entendent parler d'autres femmes les fait réfléchir et leur permet ensuite de dialoguer avec leur propre femme.

Après « Info-sein »... vous avez d'autres projets ?

Le suivi de l'après cancer... On a envie de faire quelque chose dans ce sens... On a aussi envie de faire un groupe de parole, rien que pour les hommes avec le psychologue et le sexologue...

NOS PATIENTS TÉMOIGNENT...

Une patiente du service de gynécologie-obstétrique a accepté de témoigner sur le vécu de sa maladie. Frappée par un cancer du sein à 40 ans, elle a subi une mastectomie. Aujourd'hui en rémission, c'est encore timidement et avec humilité qu'elle parle de sa maladie.

Quand vous apprenez que vous êtes atteinte d'un cancer, qu'est-ce qu'il se passe à ce moment là ?

C'est le monde qui s'écroule. La vie qui s'arrête. Et l'issue fatale à laquelle on pense tous : la mort. J'ai appris que j'étais atteinte d'un cancer à l'occasion d'un dépistage. Ma mère a eu un cancer du sein, j'étais suivie tous les 18 mois. Je ne suis pas de la région, mais j'ai téléphoné au CHU de Limoges. J'ai eu un rendez-vous dans la semaine qui a suivi, avec un bilan qui s'est avéré positif. La mastectomie, ça a été le coup de massue, surtout à 40 ans.

La réunion « Info sein », qu'est-ce que ça vous a apporté ?

Cette réunion, je l'ai suivie après la première intervention où j'ai subi l'ablation. J'ai vu différentes personnes, des femmes, qui étaient au début, en cours, en fin de traitement. Le suivi psychologique est excellent. Ça m'a aidé à faire participer mon petit garçon qui avait 7 ans.

Vous êtes en rémission... avec le recul, qu'est-ce que vous amélioreriez dans la prise en charge du cancer ?

Rien ! J'ai eu un super suivi, l'équipe a été très sympa. J'ai des amies qui ont traversé la même épreuve que moi et on été suivies ailleurs... et ce n'était pas la même chose... Ici, c'est excellent !

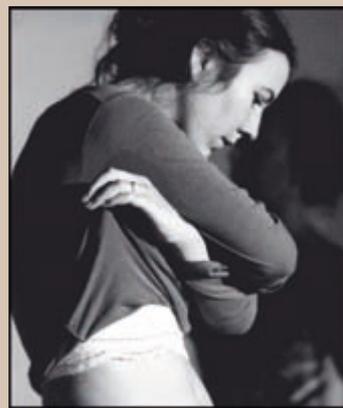
La vie après le cancer ?

Elle est -presque- normale. Quand il y a des choses à prendre, des bons moments, on les prend tels qu'ils viennent. On apprécie la vie et on voit les choses différemment !

« Le Cancre »... ...QUAND LE THÉÂTRE PERMET DE PARLER DE SA MALADIE

Il s'agit de 10 femmes : patientes, anciennes patientes, infirmière qui se sont retrouvées sur scène, accompagnées par une troupe de théâtre professionnelle, pour parler du cancer du sein... Elles témoignent de leur parcours dans la maladie grâce à LEUR spectacle... Elles bousculent les tabous, les non-dits...

Cette pièce de théâtre a vu le jour grâce à une initiative du docteur Joëlle Mollard.



EN
SAVOIR

<http://www.culture-en-limousin.fr/Evenement-le-cancer-dix-femmes-pour-parler-autrement-du-cancer-5099.html>

JENNIFER ALEXANDRE

« C'est purement et simplement un milieu d'hommes ! »

Jennifer Alexandre est ingénieur, responsable des services techniques depuis juin 2008. Elle gère un effectif de 100 agents : 80 dans les ateliers et 20 au bureau d'études. Parmi eux, on trouve seulement 4 femmes... toujours facile de faire sa place ?



« J'ai réussi à ne pas me laisser faire et j'en ai été d'autant plus reconnue par la suite. »

Le bâtiment, pourquoi avoir choisi cette voie ?

Mon père était directeur d'une menuiserie aluminium. C'est lui qui m'a transmis le goût pour le bâtiment. Mes stages durant ma formation d'ingénieur m'ont orientée vers les travaux publics. Ce qui me plaît dans ce milieu, c'est d'aller sur le terrain ; voir concrètement ce qu'on a fait comme travail ; les relations humaines, avec le personnel, les clients, les fournisseurs...

C'est un milieu d'hommes... ?

Oui. C'est purement et simplement un milieu d'hommes ! J'ai commencé ma carrière dans les travaux publics avec des hommes pas très réceptifs à se faire diriger par une femme. Quand on voit une femme dans ce milieu, on pense qu'elle est mauvaise ou qu'elle n'a pas le niveau. C'est compliqué de faire sa place.

Comment avez-vous fait votre place justement ?

Je l'ai faite avec mes connaissances et le bon sens. Grâce à cela, j'ai réussi à ne pas me laisser faire et j'en ai été d'autant plus reconnue par la suite.

A l'hôpital, c'est aussi difficile de diriger une équipe d'hommes ?

Dans la fonction publique, c'est une autre approche. Il y a la notion de service public. Il n'y a pas besoin de « forcer » les gens pour revenir la nuit par exemple, car on a tous la vision du patient. Pour nous, c'est notre priorité.

Etre une femme au quotidien dans ce milieu, vous voyez ça

plutôt comme un atout ?

C'est un atout oui. On appréhende les choses différemment des hommes. On a une autre vision, un autre esprit d'organisation, une autre rigueur. Je n'ai pas les mêmes réflexes. On me dit parfois que je suis « une main de fer dans un gant de velours ». J'ai un caractère pour m'affirmer au milieu des hommes, mais une approche différente au niveau relationnel. Certains ne me parlent pas comme ils parleraient à un homme... Ils me parlent peut-être plus facilement du fait que je suis une femme.

Est-ce que vous avez l'impression d'être moins crédible ?

Parfois, quand je rencontre un nouvel interlocuteur extérieur, surtout un fournisseur, qui ne me connaît pas. Il faut toujours que je refasse mes preuves. Par contre, au niveau des soignants, ils n'ont aucun a priori sur le fait que je sois une femme.

Vous avez une fonction d'encadrement...

Comment les agents perçoivent le fait qu'une femme soit leur supérieur hiérarchique ?

Par la position hiérarchique, les agents savent que je ne suis pas arrivée là par hasard... Mais, quand on est une femme, on se dit qu'il faut tout le temps être à la hauteur. Il faut essayer d'être compétent dans tous les domaines. Avoir tout le temps une réponse aux questions, aux problèmes. Si je ne sais pas répondre, j'ai l'impression qu'ils vont remettre en cause mes compétences pendant un petit laps de temps.

Et l'hôpital, pourquoi l'avoir choisi ?

Il y avait un très beau challenge, avec le projet du schéma directeur des travaux. C'est un beau défi à relever ! L'intérêt de cette équipe polyvalente m'a aussi plu. Je voulais voir des domaines techniques différents de ce qu'on voit classiquement dans le BTP. J'avais envie d'apprendre et de découvrir de nouvelles choses. D'ailleurs cela m'a obligée à me replonger dans mes cours ! (rires)

Qu'est ce qui est différent ici ?

Les fluides médicaux, l'obligation d'alimentation permanente en électricité... Ça nous oblige à avoir nos installations performantes en permanence. Au niveau de l'organisation du travail, il faut tout planifier par rapport au médical. On a beaucoup d'interventions de nuit pour ne pas gêner les activités médicales. Et puis, dans la façon de travailler, c'est différent. Il faut utiliser des protections contre la poussière, limiter les contraintes sonores, ne pas emprunter n'importe quelle circulation... Travailler en milieu occupé... ce n'est pas si simple !

Quels sont les atouts de nos services techniques ?

Avoir des équipes polyvalentes. On a 80 techniciens de maintenance qui sont vraiment compétents dans leur domaine. Au niveau du bureau d'études, les techniciens se mobilisent sur les projets, en intégrant toutes les contraintes (réglementaires, financières, spatiales, architecturales, organisationnelles, techniques...). Toutes ces équipes sont réactives. On peut les mobiliser sur des situations d'urgence. ■

« Le plus beau métier du monde. »

Femme dans un monde d'hommes, la chirurgie, le Pr Elisabeth Cornu est amoureuse de son métier. Ardente défenseur du service public hospitalier, elle nous résume son parcours et sa vision professionnelle.



“ Les patients sont parfois surpris d'apprendre que c'est une femme qui va les opérer ”

Une femme PU-PH en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (CTCV), c'est inhabituel...

Depuis le départ à la retraite du Pr Francine Lecat à l'APHP, je suis la seule PU-PH de la spécialité en France. La misogynie était très présente lors de mon externat : « T'es une fille, tu n'y arriveras pas » entendais-je souvent. Elle n'est heureusement pas de mise dans notre service au CHU. Les patients sont parfois surpris d'apprendre que c'est une femme qui va les opérer. Quand j'entre dans la chambre d'un patient pour la première fois, il croit souvent que je suis l'infirmière. Mais ça ne pose pas de problème.

Auriez-vous pu faire un autre métier ?

Oui, océanographe... c'est ce que j'aurais voulu être si je n'avais pas eu mon internat. Mais depuis que je suis en âge de répondre à la fameuse question « que voudras-tu faire plus tard », j'ai toujours répondu : « chirurgien ». Pas médecin... chirurgien.

En CTCV ?

Non. C'est la chirurgie de la main qui m'attirait. Mais mon premier stage en 1984 dans le service du Pr Constantin Christidès m'a fait découvrir une spécialité excessivement intéressante. Dans d'autres spécialités, malgré tous les actes opérés et les soins prodigués, la pathologie du patient (comme les cancers) va raccourcir ou compliquer sérieuse-

ment la vie du patient, nécessiter des soins et des surveillances avec la crainte de récurrence... En CTCV, nous offrons une deuxième jeunesse. On permet au patient de poursuivre sa vie normalement, sous seule réserve qu'il adopte une hygiène de vie. Quand on greffe un organe ou que l'on installe un dispositif médical « on est un peu le Bon Dieu ».

Vous vous souvenez de toutes les greffes cardiaques que vous avez réalisées ?

J'en ai fait plus de 80. Celles qui se passent bien, c'est la routine, c'est « normal », on oublie. Je me souviens surtout de celles qui n'ont pas marché : une où le cœur n'est pas reparti, d'autres qui ont nécessité des prises en charge prolongées en soins intensifs. A chaque fois je culpabilise... Ce sont des moments difficiles. Et puis, il y a l'annonce aux familles. Le soutien de la cadre de santé, de la psychologue et de toute l'équipe du service est évidemment important.

Quelles sont les évolutions de votre spécialité ?

Les interventions et les techniques évoluent. Quand je suis arrivée il y a 25 ans, on ne faisait pas de transplantation, ni cardiaque, ni rénale. Les assistances cardiaques sont de plus en plus sophistiquées. La chirurgie vasculaire bouge aussi : revascularisation, dilatation avec pose d'endoprothèse... Les incisions sont de plus en plus petites. La chirurgie

cardiaque sous vidéoscopie, les interventions avec robot se développent... de nouvelles interventions avec lesquelles les internes sont très à l'aise, sans doute de par la dextérité développée sur consoles de jeux par cette génération. Moi, elles me frustreront un peu : quand j'opère, je préfère « toucher ».

Les jeunes médecins justement, sont-ils attirés par la CTCV et le CHU de Limoges ?

Pas tant que ça. C'est un métier difficile : il n'existe pas d'horaires, les interventions sont très longues (parfois une nuit entière). C'est une spécialité « noble », mais très prenante. La rémunération n'attire pas vers le service public. On y opère des patients aux pathologies très lourdes, les plus complexes, et c'est très valorisant. Le plateau technique du CHU est aussi de très haut niveau. C'est un atout évident. Je ne connais pas un seul « mauvais service » au CHU de Limoges, ça me paraît gratifiant.

Vous êtes heureuse à Limoges et dans son CHU...

J'ai à Limoges une qualité de vie qui n'a pas de prix... j'ai eu des propositions pour partir, à l'étranger notamment. Je suis restée car je suis bien ici. L'herbe n'est pas plus verte ailleurs. Je fais le métier que j'ai toujours voulu. Le plus beau métier du monde. Que demander de plus ? ■

MAYLIS PICQUET

« Je suis attachée aux valeurs du service public... »

Le 6 avril, Maylis Picquet succédait à Hervé Léon à la direction des ressources humaines non médicales. Une fonction évidemment stratégique puisque les recrutements des personnels non médicaux et les carrières de plus de 6000 d'entre nous sont gérées par ses équipes...



« Le DRH est le gardien de la politique institutionnelle qui doit assurer l'équité de traitement des agents. »

Quel est votre parcours ?

Très classique pour un directeur d'hôpital : j'ai suivi la filière administrative de Sciences Po avant d'être admise au concours de directeur d'hôpital*. J'étais précédemment directrice des affaires médicales au CH de Belfort-Montbéliard.

Le choix de la fonction publique hospitalière n'est donc pas une coïncidence ?

J'ai toujours souhaité travailler au service du public, pour l'Etat. Je suis attachée aux valeurs du service public, accessible à tous les citoyens, sans arbitrage économique décorrélé des besoins. Quant à intégrer l'hôpital, c'est d'abord un concours de circonstances. Une rencontre avec un directeur d'hôpital m'a donné un aperçu de la richesse des problématiques. Associée à la variété des professions présentes à l'hôpital et des interlocuteurs, elle m'a paru offrir des perspectives d'évolution professionnelle intéressantes. Même si je n'ai pas encore de « plan de carrière idéal »...

Quel est le rôle de la DRH du CHU ?

Mes équipes sont en charge des missions classiquement confiées à ce service : paie, recrutement et gestion de carrière, organisation du travail, formation, relations sociales, écoles, service social, crèche... Pour notre CHU, assurer le dialogue social et le lien avec les représentants du personnel sont primordiaux. Que ce soit sur les conditions de travail ou les organisations, je favorise ces échanges et gère aussi toutes les situations professionnelles individuelles des personnels non médicaux. Il s'agit de répondre au mieux aux différentes situations qui se présentent en assurant le maximum d'équité entre les personnels, en considérant notamment

leur statut, leur parcours professionnel et leurs motivations.

Le DRH est le gardien de la politique institutionnelle qui doit assurer l'équité de traitement des agents.

Votre service a intégré le pôle ressources humaines, organisation des soins et qualité. Quel intérêt ?

L'intérêt c'est de décloisonner. La logique d'association de la coordination générale des soins, des ressources médicales, et des ressources humaines non médicales dans un même pôle est une évidence... Ça facilite le dialogue entre ces 3 équipes, qui certes existaient avant, mais qui sont aujourd'hui renforcées et formalisées. L'enjeu est de travailler ensemble dans le respect de la réglementation et avec les objectifs qualité inhérents à la prise en charge hospitalière, d'où l'association avec les affaires juridiques et la qualité.

Quels sont vos interlocuteurs ?

Je privilégie les échanges directs avec l'encadrement, en cohérence avec la nouvelle gouvernance. J'écoute et échange beaucoup avec les cadres de pôle. La direction générale et les syndicats sont des interlocuteurs quotidiens. Il me semble très important d'être en lien direct et permanent avec les services. C'est pourquoi je pense qu'il ne faut pas hésiter à aller visiter les différents services qu'ils soient soignants, logistiques, techniques... afin de mieux comprendre les difficultés et également de saisir les points forts de notre établissement hospitalier.

Si on parlait du sujet clé... celui qui « peut fâcher » : les effectifs...

Pendant 3 ans l'activité générale de notre CHU a augmenté. La direction a accom-

pagné cette hausse d'activité par des recrutements en rapport. Aujourd'hui, les tableaux de bord d'activité montrent que celle-ci se stabilise. Les effectifs aussi. Les effectifs sont, dans certaines disciplines, fixés par décret (néonatalogie, réanimation...), d'autres sont seulement l'objet de recommandations, charge à chaque établissement d'adapter ses ressources à ses besoins. Il est à ce titre toujours intéressant de confronter sa politique à celle d'établissements comparables. Il existe maintenant des référentiels qui le permettent. L'objectif est simple : avoir des effectifs adaptés à la prise en charge de nos patients pour préserver le CHU de Limoges d'un plan de retour à l'équilibre que d'autres CHU connaissent déjà... Dans le cadre d'un tel plan, l'objectif financier est fixé par les tutelles, et vous avez obligation d'adapter les effectifs en conséquence. Je préfère conserver la latitude que notre CHU possède encore, pour gérer ses effectifs.

Qu'est ce qui est perfectible côté équipe des ressources humaines non médicales ?

La réforme impacte toutes les équipes. La nôtre de la même façon : nous devons repenser notre organisation pour être moins bureaucratique, notamment dans notre fonction d'accueil et dans nos réponses aux services. Nous y travaillons et progressons en décloisonnant les échanges intra et inter-services, et en favorisant les échanges directs et simplifiés avec les agents. Les équipes de la DRH sont très mobilisées sur ces objectifs et sont motivées pour accompagner au mieux le changement et faciliter les démarches qui peuvent paraître parfois trop compliquées. ■

Le CHU de Strasbourg innove avec LES TLIF MINI OPEN



Le soir du 12 novembre, le Dr David Fischer-Lokou recevait le trophée des Victoires de la médecine 2009, catégorie « neurologie ». Une distinction qui récompensait le travail conduit avec le Pr Kehrli qui permet aujourd'hui à de nombreux patients de neurochirurgie de Strasbourg de bénéficier d'une technique chirurgicale beaucoup moins invasive.

Lorsque des patients présentent des décalages vertébraux, des vertèbres usées, ou certains types de lombalgies, une arthrodèse circonférentielle était souvent pratiquée pour fusionner les vertèbres. Ce type d'intervention était très douloureux pour les patients. Une fois sur deux une transfusion était d'ailleurs nécessaire et dans tous les cas le patient devait rester au lit 3 jours.

Il y a 5 à 10 ans - selon les établissements -, ont ensuite été pratiquées des TLIF* ou arthrodèses intersomatiques transforaminales lombaires. Le Dr Fisher Lokou explique : « Il s'agit de bloquer les vertèbres par l'arrière et l'avant et de pratiquer une grande incision postérieure en enlevant les muscles et en dégagant le canal et le disque ». Une technique alors novatrice mais qui reste très délabrante, proche de celle utilisée dans le traitement des scolioses.

« Mon idée, explique le Dr David Fisher-Lokou, était de squelettiser l'intervention pour comprendre pourquoi elle était efficace, et trouver

comment la pratiquer sans enlever les muscles. » L'idée paraît d'abord utopique mais une publication américaine prouve sa faisabilité, et certaines équipes engagent le même type de recherche.

Le Dr Fisher-Lokou réalise ses premières tentatives il y a 3 ans : « J'ai d'abord pratiqué une petite incision de chaque côté de la colonne vertébrale, m'inspirant des techniques utilisées en chirurgie tumorale. J'ai ouvert un canal pour traiter le rachis. Je suis passé au travers des muscles, ai travaillé, et suis reparti comme si de rien n'était ». « Imaginez que vous ayez un arbre à traiter au milieu d'une forêt. Jusqu'à présent on écrasait la forêt pour aller le chercher. Maintenant, je passe entre les arbres pour atteindre celui voulu. »

Ce sont aujourd'hui tous les patients du service de neurochirurgie de l'hôpital de Hautepierre du CHU de Strasbourg qui bénéficient de ces interventions. L'un d'eux dont une IRM a révélé un étranglement de 2 vertèbres témoigne : « Avant

l'intervention, j'avais de la peine à marcher, et même seulement à rester debout. » Un handicap que seuls les anti-inflammatoires rendaient supportables. Mais au lendemain de l'intervention : « J'ai tout de suite pu m'asseoir. Je n'ai jamais eu de douleur au contact au niveau du dos. »

Le Dr Fisher-Lokou conclut : « Traiter en passant à travers les tissus presque sans les abîmer, c'est un peu de la magie. Mais c'est ce que j'aimerais arriver à faire aussi pour d'autres pathologies. »

Et demain ? « Je sais qu'un médecin -Le Peintre à Paris (Foch) utilise la même technique. Une dizaine de CHU peuvent maintenant la mettre en oeuvre. Je forme d'ailleurs déjà beaucoup de médecins mais vais continuer à organiser des workshops. » ■

* TLIF signifie « Transforaminal Lumbar Interbody Fusion », c'est-à-dire fusion intervertébrale lombaire par voie transforaminale. Il s'agit d'une arthrodèse ou fusion du dos.



Dr David Fischer-Lokou



www.victoires-medecine.com/palmareslvm09.html



LE DR FISHER-LOKOU, ANCIEN PH EN NEUROCHIRURGIE AU CHU DE LIMOGES

De 2005 et 2006, le Dr Fisher-Lokou était PH à titre provisoire dans le service de neurochirurgie du CHU de Limoges. Il se rappelle : « Le Pr Moreau a été un vrai maître. C'est un expert en neurochirurgie qui est particulièrement dynamique et pousse toujours en avant les innovations. Il m'a beaucoup appris et aidé. Le Pr Moreau a été très innovateur quand il a eu l'idée de se servir d'un tube pour opérer les canaux

lombaires étroits : il avait commencé à aborder le canal et libérer les racines nerveuses. Et cela m'a inspiré pour pratiquer les Tlif mini open. J'ai passé un séjour extrêmement agréable et instructif à Limoges, où j'ai également beaucoup apprécié travailler avec l'ensemble des intervenants du CHU : personnels soignants, direction, médecins... »



Exercice plan rouge - Lycée Darnet,
St-Yrieix-la-Perche - 1^{er} octobre 2009.
photo : Jacques Ragot



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement

Réalisé avec le soutien de
M.A.C.S.F. Assurances