

chorus

n°97
mai 2011

le magazine
du CHU
de Limoges

Mieux connaître

**UN NOUVEAU PLATEAU DE
CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Ailleurs

**QUAND LES PATIENTS INSCRIVENT
LEURS RENDEZ-VOUS SUR
LES AGENDAS DES MEDECINS**

Dossier

L'hôpital à domicile...

Rencontres

**ISABELLE BROUSSELES
Pr ALAIN GAINANT
NATHALIE VIDAL**





14
NOUVELLE CHAÎNE
ROBOTISÉE
(SERVICE DE BIOCHIMIE
ET GÉNÉTIQUE
MOLECULAIRE)

Sommaire

04 | actualités

07 | à venir

09 | mieux connaître

- 09 | Elections CME : présentation des nouveaux membres
- 10 | Cérémonie des vœux
- 11 | Retour sur une année de valorisation du CPRPI
- 12 | Un nouveau plateau de chirurgie ambulatoire
- 13 | Comete France Noth/Limoges : anticiper la réinsertion professionnelle pendant l'hospitalisation
- 14 | Installation d'une chaîne robotisée pour les analyses du service de biochimie et génétique moléculaire
- 15 | Des « ateliers cuisine » aux vertus thérapeutiques
- 16 | Une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)
- 17 | Plus que quelques semaines avant la visite de certification...

20 | dossier

L'hôpital à domicile...

28 | travaux

29 | rencontres

- 29 | Isabelle Broussoles
- 30 | Pr Alain Gainant
- 32 | Nathalie Vidal

33 | ailleurs

CHU de Grenoble : Quand les patients inscrivent leurs rendez-vous sur les agendas des médecins

34 | ressources humaines

Concours - Promotions - Carnet

36 | l'image

Affiches 4x3 à Châteauroux dans le cadre de la campagne de recrutement du CHU

CHU de Limoges
2 av. 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
Maité Belacel, Philippe
Frugier
Secrétaire de rédaction
Maité Belacel
Photographies
Jacques Ragot,
Phanie Presse,
Philippe Frugier,
Christophe Chamoulaud,
Frédéric Coiffe
Maité Belacel
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Illustrations
Frédéric Coiffe
Imprimeur
Fabrègue,
St-Yrieix-la-Perche (87)
Tirage
9 500 exemplaires
Dépôt légal
2^{ème} trimestre 2011
ISSN 0986-2099

éditorial

par Hamid Siahmed,
directeur général



Nous sommes investis comme rarement dans des procédures de certification, accréditation ou évaluation aux sigles et acronymes complexes, mais essentielles pour l'avenir de notre CHU : AERES, Anesm, HAS...

L'Agence de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) était les 14 et 15 avril dans nos murs. Si l'évaluation de l'AERES porte principalement sur l'université, l'analyse de la stratégie

de recherche et formation dans le domaine de la santé et l'appréciation de

Certifications

la dimension hospitalo-universitaire de nos différents pôles impactent nécessairement notre CHU. La capacité des institutions à collaborer, mais aussi à prioriser des axes de recherche et à définir une politique véritablement hospitalo-universitaire donneront lieu à un rapport qui sera rendu public et établi pour... 4 ans. L'HAS... est-il encore nécessaire de rappeler les enjeux du rapport sur notre hôpital que vont rédiger les experts-visiteurs de la Haute

Autorité de Santé (HAS) que nous accueillerons du 21 juin au 24 juin et du 27 juin au 30 juin prochain dans le cadre de la visite de certification V2010 ? Si cela l'était, 3 pages de ce numéro de Chorus y sont consacrées. L'Anesm, Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux, a elle pour objectif d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe. Engagé depuis 2008 dans cette démarche de qualité, l'Ehpad Dr Chastaingt fera l'objet d'une évaluation externe cet automne. Je n'oublie pas l'accréditation COFRAC qui mobilise le pôle Biologie-hygiène, l'accréditation JACIE en préparation en hématologie, la certification des comptes que devra piloter le pôle Activité, finances, contrôle de gestion... Ces procédures sont contraignantes et chronophages, et s'ajoutent aux agendas déjà très remplis de chacun. J'en suis conscient, et salue ici l'investissement de tous les acteurs. Mais je considère aussi ces échéances comme de véritables opportunités de dresser un tableau de nos pratiques, d'avoir un regard expert extérieur et de dessiner de nouvelles voies pour bonifier ensemble nos pratiques.

Nouvelle composition du Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Suite aux élections de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du 19 janvier dernier, le Comité Technique d'Etablissement (CTE) a été modifié et prend effet à compter du 1^{er} février 2011.

Vous pouvez consulter sa composition sur le site intranet Hermès.

Bonne retraite Marcelle Faye



Marcelle Faye, cadre supérieur de santé du pôle cœur-poumons-rein, a quitté le CHU après 40 années passées au service des patients et de l'hôpital public. Son humanité, son ouverture d'esprit, sa rigueur et son souci de l'autre furent les valeurs dont elle ne s'est jamais départie. Son professionnalisme, son sens aigu du service rendu, sa loyauté alliés à son attention à l'autre, sa convivialité et son humour lui ont permis de nouer de solides relations dans notre hôpital. Nous lui souhaitons une très bonne retraite.

UN NOUVEAU DIRECTEUR DE LA LOGISTIQUE ET DU DEVELOPPEMENT DURABLE

Nicolas Lengliné a rejoint notre CHU le 4 avril, en qualité de directeur adjoint, responsable de la logistique et du développement durable au sein du pôle investissement et fonction support. La logistique inclut les fonctions restauration, blanchisserie, magasin, transport (y compris patients), gestion des déchets, nettoyage des locaux et achats hôteliers. Il sera également référent d'un pôle.



De formation initiale juridique, Nicolas Lengliné a eu une première expérience professionnelle au sein du ministère de la défense. De 2000 à 2003, il a été acheteur public au sein de la direction générale de la gendarmerie nationale. Ensuite, il a rejoint l'armée de l'air en tant que responsable de la formation continue et de la préparation aux concours pour la région aérienne sud à Mérignac. En 2006, il a réussi le concours d'entrée au cycle préparatoire à l'ENA et intégré l'Institut d'étude politique de Bordeaux durant deux ans. Admis au concours de Directeur d'hôpital en 2008, il a suivi la scolarité de 27 mois à l'EHESP, dont 12 mois de stage au sein de la communauté hospitalière de territoire réunissant les établissements de Saint-Malo, Dinan et Cancale.

Le CHU se dote d'un accélérateur Variant de type IX 1

Depuis plusieurs années le service de radiothérapie s'est lancé dans un vaste plan de modernisation afin de se doter d'équipements plus performants. Après l'installation de l'accélérateur ONCOR en 2007 et d'un scanner en 2008, le service a poursuivi son extension en regroupant une salle de traitement, des locaux techniques et administratifs. Aujourd'hui après un an de travaux, il vient de recevoir un accélérateur Variant de type IX 1 dont la mise en service est prévue pour juin 2011. Cette opération sera suivie du remplacement de l'accélérateur 2300 par un accélérateur VARIAN de type IX 2 en 2012 et la salle de traitement du Clinac 2100 sera adaptée aux besoins en 2013. Dans les 6 prochaines années, 4 salles de traitements seront réalisées, dont une aura pour fonction de permettre une rotation des équipements en cas de maintenance des appareillages. Il n'y aura donc pas d'interruption de soins pour le patient.

CIC : une visite de conformité positive

Le Centre d'Investigation Clinique (CIC) a fait l'objet d'une visite de conformité par les services de l'ARS le 14 février dernier dans le cadre de sa demande d'autorisation comme lieu de recherches biomédicales. Cette autorisation est nécessaire à l'activité du CIC, amené à accueillir des volontaires dans le cadre de protocoles de recherche, mais aussi pour la conduite d'essais cliniques sophistiqués. Le résultat de la visite est positif, le travail de structuration de la démarche qualité au sein du CIC a été souligné par les inspecteurs, de même que la collaboration entre l'équipe du CIC et l'unité des essais cliniques de la pharmacie, partenaire incontournable. La dynamique de la démarche qualité conduite par le CIC se poursuivra dans un objectif très opérationnel de respect du référentiel des bonnes pratiques professionnelles en cours de validation par l'Inserm et la DGOS ; un audit blanc est prévu à l'automne 2011.

Des nouvelles de la commission des innovations

Cette commission a pour objectif d'évaluer et de classer les demandes d'innovations du CHU (techniques nouvelles ou existantes, bénéfice patient...). Composée de 10 pilotes et de 9 chefs de pôle (ou leurs représentants), elle se réunira deux fois par an. Lors de ces réunions, chaque promoteur qui aura fait parvenir le formulaire de demande aux responsables de cette commission, aura 5 minutes pour argumenter l'intérêt de son projet. A l'issue de cette présentation un comité décisionnel se réunira pour statuer sur les demandes.

La fiche de demande d'innovation est disponible dans la documenthèque de l'intranet Hermès à la rubrique : direction générale /documents

Le CHU de Limoges, le Groupement GIEP et les EHPAD de la région récompensés

Lors de la troisième édition de ses Etats généraux des infections nosocomiales et de la sécurité des patients qui s'est tenue les 27 et 28 janvier à Paris, l'association le Lien a remis au CHU de Limoges, au Groupement GIEP et aux EHPAD environnants le prix « Etablissement - Action remarquable pour la gestion des risques associés aux soins », pour le travail des équipes de l'unité mobile gériatrique (UMG) et du post urgences gériatriques (PUG), « permettant de diminuer le temps d'attente et la souffrance des personnes âgées prises en charge en urgence ». Cette filière a été mise en place à l'initiative de l'équipe du Pr Thierry Dantoine, de la direction du CHU de Limoges et des directions des EHPAD de Couzeix, St-Germain-les-Belles, Panazol, Pierre-Buffière, Ambazac et Nieul. Le Lien, est une association nationale de défense des patients et des usagers de la santé, dont le « cœur de mission est de défendre les victimes d'accidents médicaux. »



Limoges s'engage avec les Veilleurs de vie pour la 6^{ème} semaine nationale de mobilisation pour le don de moelle osseuse



Limoges a accueilli l'opération « Veilleurs de vie » les vendredi 11 et samedi 12 mars 2011, de 10 h à 18 h, place de la Motte. Ce rendez-vous d'information sur le don de moelle osseuse s'inscrivait dans le cadre de la 6^{ème} semaine nationale de mobilisation pour le don de moelle osseuse du 7 au 13 mars, organisée par l'Agence de la biomédecine en collaboration avec l'EFS, les centres hospitaliers et le soutien des associations. L'enjeu ? Recruter de nouveaux donneurs en 2011 et diversifier les profils inscrits sur le registre France Greffe de Moelle. Grâce à la réactivité et l'investissement de l'équipe du Dr Drouet, Limoges a fait partie des 9 grandes

villes de France sélectionnées pour accueillir cet événement. Une journée d'information qui a connu un véritable succès et appelle d'autres actions pour renforcer les dons.

En savoir plus : www.dondemoelleosseuse.fr - Numéro Vert : 0 800 20 22 24 (appel gratuit)



Le mystère de la pierre de vie, nouveau livre du Dr Grouille



Déjà auteur de plusieurs ouvrages qui mêlent la grande histoire à la fiction, Dominique Grouille, vice-président de la CME, vient de sortir un nouveau livre intitulé « Le mystère de la pierre de vie ».

Ce roman fantastique au rythme soutenu peut être commandé sur le site internet amazon.fr

L'Express souligne notre progression dans la lutte contre les infections nosocomiales



Les classements de la presse ne sont pas une valeur étalon de la qualité des soins et de celle des hôpitaux. Ils donnent néanmoins des tendances et des éléments de comparaison qu'il convient toujours de lire. Celui publié par l'Express en fin d'année dernière valorise la progression régulière des équipes de notre CHU dans la lutte contre les infections nosocomiales. Noté "A" (très bon) pour la première fois, notre hôpital est récompensé des actions régulières de son Clin, de l'unité d'hygiène et des personnels au quotidien. Les positions dans ces palmarès restent cependant fragiles, tant les critères de notation décidés par les magazines et leur poids dans la note finale, peuvent varier. Notre classement (63^{ème}) au regard des autres établissements français nous laisse d'ailleurs une marge de progression certaine.

L'EFS a fêté ses 10 ans

En écho au 14 Juin, date de la journée mondiale du don du sang, l'EFS Aquitaine-Limousin a choisi le 14 décembre et l'hôpital Dupuytren pour fêter ses 10 ans avec les donneurs. L'EFS a profité de cette occasion pour inviter des personnalités publiques locales à rencontrer les donneurs et le personnel de l'établissement, autour d'un gâteau d'anniversaire. Une exposition et un lâcher de ballons par des enfants sur le parvis de l'hôpital ont accompagné cette célébration.



Le Pr Dominique Mouliès réélu Président de la CME



Le Pr Dominique Mouliès a été désigné président de la Commission Médicale d'Etablissement

à l'issue des élections qui ont été organisées en CME en janvier. Le nouveau 1^{er} vice-président nommé est le Dr Dominique Grouille et le 2^{ème} vice-président nommé est le Pr Alain Vergnenègre.

Projet Picssel : une table ronde avec l'INCa

Le 10 mars, l'Institut National du Cancer (INCa) était présent pour participer à une table ronde autour du projet Picssel.

Coordonné par le Dr Lavau-Denes à l'unité de recherche clinique en oncologie, ce projet a pour but d'expérimenter avant le déploiement national



prévu en 2012 le parcours personnalisé pour les patients atteints de cancer du sein, du côlon, du rectum et du poumon nouvellement pris en charge dans les services de radiothérapie, oncologie médicale, pneumologie au CHU, en oncologie et radiothérapie à la clinique Chénieux et en pneumologie au centre Ste-Feyre en Creuse. L'objectif est d'optimiser la coordination de la prise en charge dès l'annonce à la phase post-thérapeutique.

Après une présentation succincte du projet lui-même et de sa 3^{ème} évaluation, l'INCa a pu échanger avec tous les professionnels participants sur les différents points de Picssel et sur l'avenir des dispositifs mis en place à l'issue de celui-ci : axes directifs des établissements, ressentis sur l'utilité et la faisabilité des Programmes Personnalisés de Soins (PPS), volets infirmiers et sociaux et Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC), rôle de l'infirmière de coordination au quotidien, modalités d'intervention des services sociaux et de soutien psychologique, réunions Declic, avis des médecins généralistes sur les documents et le transfert d'information, points de vue des spécialistes (pneumologie, oncologie, radiothérapie).



Recherche contre le cancer

Le 22 mars dernier, le Comité 87 de la ligue contre le cancer a remis un soutien financier d'un montant de 99 800 € aux équipes du laboratoire d'immunologie du CHU et de la faculté de médecine, ainsi qu'au service d'oncologie pour leurs travaux de recherche sur le cancer.

Une subvention spéciale de 50 000 € a été attribuée au laboratoire d'immunologie pour la reconstruction des locaux de la faculté détruits en partie par un incendie fin 2009.



2^{ème} journée des associations



Le 21 mars s'est tenue la seconde édition de la Journée des associations au CHU de Limoges. Les représentants des associations les plus présentes auprès de nos patients et nos professionnels ont d'abord parlé de leurs expériences hospitalières lors d'une conférence. Les bénévoles des associations ont ensuite tenu des stands dans Dupuytren pour aller à la rencontre du public. Parfois avec un vrai succès : 13 cartes de donateurs réalisées par France ADOT !

Bienvenue à Sandrine Aaufaure



Pascal Bellon devenu directeur général adjoint, les fonctions de Directeur des affaires financières et de chef du pôle Activité, finances et contrôle de gestion va être confiée à Sandrine Aaufaure à compter du 2 mai. Diplômée de l'IEP de Lyon et de l'ENSP en 1999, Sandrine Aaufaure est directeur d'hôpital au tour extérieur 2011, et était depuis décembre 2006 inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale responsable du pôle « établissements et offre de soins » au sein de la délégation territoriale du Vaucluse (ARS PACA). Elle a aussi exercé en services déconcentrés (DDASS-DRASS) de 1999 à 2006 en Champagne Ardenne, Charente et Haute-Garonne.

Recrutement de nouveaux infirmiers et aides-soignants



Notre hôpital a accueilli fin 2010, près de 80 nouveaux infirmiers. Pour autant, notre CHU doit faire connaître sa recherche de nouveaux personnels soignants tout au long de l'année. Un plan de communication recrutement « grand format » a donc été lancé. AS, IDE, IBODE et IADE sont les plus ciblés par cette campagne associant actions classiques et innovantes : publicité sur Infirmière magazine et un numéro spécial emploi de la journée du recrutement, dans Serum - magazine de la Fnesi, sur espaceinfirmier.com, rencontres avec les étudiants en soins dans les écoles, affichage en panneaux JC Decaux 4x3 sur Chateauroux (voir en dernière page), vidéo virale, relations presse, information sur sites communautaires (Facebook...), affichage dans tous les IFSI de France...



LE CHU OBTIENT A NOUVEAU UN ROLE SUR LE PETIT ECRAN !

Les 9 et 10 décembre 2010, notre CHU a accueilli pour la troisième fois, les équipes de tournage du téléfilm « Victor Sauvage » (photos ci-contre), avec dans le rôle principal

Jean-Luc Reichmann (qui a accepté de prendre la pose pour Chorus). Différents lieux de l'hôpital Dupuytren ont ainsi servi de décors pour des scènes se déroulant en milieu hospitalier. En contrepartie, le CHU est indemnisé financièrement pour la mise à disposition de ses locaux, le prêt de matériel médical, pour le décor et la fourniture de tenues hospitalières pour les figurants. Ce téléfilm diffusé sur TF1 a rencontré un tel succès, que de nouvelles saisons sont prévues... Notre CHU sera donc de nouveau sollicité dans le courant du printemps.



Journée d'accréditation : première réussie

Le 10 mars s'est tenue une rencontre régionale sur les enjeux de l'accréditation individuelle des médecins et ses intérêts en terme organisationnel, de fonctionnement et d'enseignement pour les spécialités à risque. Organisée par les Pr Moreau et Mathonnet, cette journée a accueilli les interventions du Pr Millat (président de la fédération de chirurgie viscérale et digestive), du Dr Bousigue, secrétaire de l'accréditation au sein du Collège de neurochirurgie, et de M. Chevalier, de la direction de l'amélioration, de la qualité et la sécurité des soins à l'HAS.

68^{ème} congrès de la Société Française de Chirurgie Pédiatrique



Le prochain congrès de la Société Française de Chirurgie Pédiatrique (SFCP) se tiendra, à Nancy, du 8 au 10 juin 2011. Contact et renseignements : Véronique Bocquet Chirurgie infantile viscérale Hôpital d'enfants Allée du Morvan 54511 Vandoeuvre Les Nancy cedex Tél. : 03 83 15 47 11 chir.inf.vis@chu-nancy.fr

Journées nationales de la société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Les 27 et 28 mai se dérouleront les Journées nationales de la société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à la Faculté de droit et de sciences économiques. Elles auront pour thème : « La vie est-elle un traumatisme ? » Ces journées sont ouvertes aux professionnels sur inscription : www.pedopsypoelimoges.org - congres-sfpeada@ch-esquirol-limoges.fr

La semaine du GIFE se tiendra en juin au CHU

Du 20 au 24 juin, une centaine d'infirmiers vont venir de toute la France participer à la semaine nationale du Groupement Infirmier Français en Endoscopie (GIFE). Ces soignants échangeront sur les techniques et organisations des soins liés aux actes endoscopiques bronchiques et digestifs, lors de conférences à la faculté de médecine et de pharmacie. Les participants profiteront aussi des universités d'été des Vaseix pour se former ou se perfectionner à l'endoscopie sur des organes de porcs.



Le HME aux couleurs du cirque !



Le mardi 7 juin de 14 h à 17 h l'hôpital de la mère et de l'enfant sera aux couleurs du cirque. Cette manifestation, organisée dans le cadre d'un travail sur la conduite de projet par 11 étudiants de l'Institut de formation des cadres de santé, se déroulera en partenariat avec le pôle SIRQUE de Nexon et le Cirque miniature VALDI de La Souterraine. Les enfants hospitalisés auront la possibilité de participer à différents ateliers : ateliers créatifs, films sur le cirque, jeux en lien avec le cirque en présence d'un jongleur. Des expositions dans le hall de l'HME sur le même thème, seront accessibles à tous. Nous vous attendons nombreux !

JOURNEES DE LA SANTE

MAI

- du 1^{er} au 31 : Mois de dépistage des hépatites virales www.soshepatites.org
- 05 : Journée mondiale de l'asthme www.asthme-allergies.org
- 05 : Journée mondiale de l'hygiène des mains www.sante-sports.gouv.fr
- 07 : Journée mondiale des orphelins du sida www.orphelinsdusida.org
- du 11 au 16 : Semaine nationale de dépistage et de prévention de la santé du pied www.sante-du-pied.org
- 12 : Journée mondiale de la fibromyalgie 12mai.wordpress.com
- 19 : Journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau www.syndicatdermatos.org
- 19 : Journée mondiale des hépatites www.soshepatites.org
- 21-22 : Journée européenne de l'obésité www.cnao.fr/default.asp?cat_id=87
- 31 : Journée mondiale sans tabac www.who.int

JUIN

- 12 : Journée nationale de l'hémochromatose www.hemochromatose.ht.st
- 13-14 : Journées nationales contre les maladies orphelines www.les-nez-rouges.fr
- 15 : Journée mondiale contre la maltraitance des personnes âgées www.alma-france.org
- 16 : Journée nationale de l'alimentation à l'hôpital ou en EHPAD www.acehf.asso.fr/spip.php?article22
- du 17 au 25 : Semaine nationale de la qualité de vie au travail www.qualitedevieautravail.org
- 19 : Journée mondiale de lutte contre la drépanocytose www.sante-sports.gouv.fr
- 22 : Journée nationale de réflexion sur le don d'organes www.dondorganes.fr
- 26 : Journée internationale contre l'abus et le trafic illicite des drogues www.unodc.org/unodc/index.html
- du 28 juin au 2 juillet : Journées nationales d'information et de dépistage de la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) www.journees-dmla.fr

Don du sang

jeudi 12 mai et mardi 12 juillet, 1^{er} niveau du hall d'accueil hôpital Dupuytren www.dondusang.net



Kermesse à Chastaingt et Rebeyrol



L'association Chastaingt et Rebeyrol en fête organise pour la 5^{ème} année sa kermesse, sur les sites de l'hôpital Jean Rebeyrol et de l'EHPAD Dr Chastaingt, samedi 28 mai de 10h30 à 18h00. Le thème retenu cette année est « les loisirs de nos aînés ». Comme tous les ans l'association compte sur la mobilisation de chacun, pour que nos aînés passent une agréable journée et puissent faire des rencontres inter-générationnelles. L'association a également besoin de lots pour ses différents jeux. Pour tout renseignement, contactez Bernard Mariaux au poste 56917.

1^{ère} journée de recherche paramédicale « Grand Sud-Ouest »

Notre CHU, en collaboration avec les CHU de Bordeaux et de Toulouse, organise le vendredi 30 septembre 2011 à Faculté de droit et de sciences économiques de Limoges, la « 1^{ère} journée de recherche paramédicale Grand Sud-Ouest ». Professionnels paramédicaux et personnes impliquées en recherche clinique et en soins auront l'occasion d'échanger avec des professionnels des trois CHU, et des intervenants de l'Université de Provence et de l'hôpital St Anne à Paris. Programme complet sur Hermès, rubrique « documenthèque ». Inscriptions et renseignements : département formation professionnelle - poste 56977

PARTICIPEZ À LA FÊTE DE LA MUSIQUE !



Olen'K lors de la fête de la musique 2010

Le CHU souhaite, comme chaque année, organiser des manifestations musicales sur ses différents sites, dans le cadre de la fête de la musique.

Si vous souhaitez participer à cet événement ou connaissez des musiciens, groupes, chorales intéressés, contactez le service communication au poste 56694 ou par mail : maite.belacel@chu-limoges.fr.

Permanences MACSF

Restaurant du personnel - Hôpital Dupuytren : jeudi 16 juin et 21 juillet.
EHPAD Dr Chastaingt : jeudi 19 mai.



Permanences GMF

Restaurant du personnel - Hôpital Dupuytren : mardi 7 juin et 5 juillet



AFC : même sigle, nouvelle signification

Le pôle activité, finances et contractualisation tel qu'on l'appelait jusqu'alors devient le pôle activité, finances et contrôle de gestion, nom plus adéquat à ses missions actuelles.

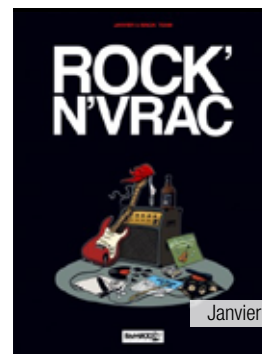


PÔLE
activité, finances
et contrôle de gestion

1^{ère} journée de la bande dessinée et de l'illustration au CHU

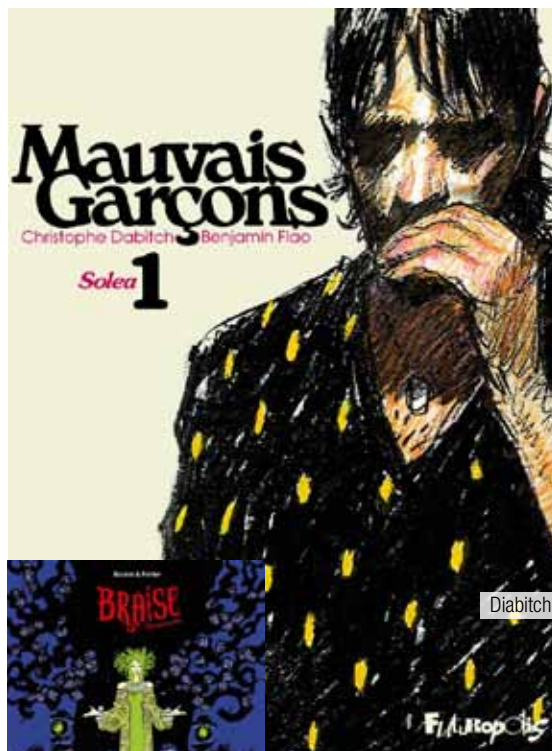


Sobral



Janvier

Fans de dessins et phylactères, entourez cette date. Le 29 juin, le CHU accueillera sa 1^{ère} journée de la bande dessinée et du dessin d'humour. Le programme définitif sera prochainement communiqué mais promet d'être riche. Les dessinateurs, scénaristes, coloristes et critiques les plus connus de notre région et de départements proches ont répondu présents : M.Bein, Sobral, Janvier, Turier, Dabitch, Bouton, Fortier, Fournol, Ratier, Bettinelli... ils seront tous là pour dédicacer leurs œuvres, tenir des ateliers d'initiation à la bande dessinée, ou encore réaliser des démonstrations de dessin et speed painting. La Bibliothèque Départementale de Prêt (BDP), Relais H, la BFM et la librairie Album sont les premiers partenaires de cet événement pour tous, personnels, patients, visiteurs et grand public. Les personnels du CHU ayant quelques talents de dessinateurs et qui voudraient être associés à l'événement peuvent contacter le service communication de l'hôpital (poste 56694 ou philippe.frugier@chu-limoges.fr).



Diabitch



Bouton & Fortier

ELECTIONS CME : présentation des nouveaux membres



Installation de la nouvelle CME,
le 19 janvier 2011

- 1^{er} collège**
chefs de pôle
hospitalo-universitaire
- Pr Elisabeth Cornu
 - Pr François Denis
 - Dr Bernard Eichler
 - Pr Alain Gainant
 - Pr Anne Lienhardt Roussie
 - Pr Nathalie Nathan Denizot
 - Pr Alain Roussanne
 - Pr Jean-Yves Salle
 - Pr Alain Vergnenègre
 - Pr Elisabeth Vidal
 - Pr Philippe Vignon

- 2^{ème} collège**
représentation des responsables
de structure interne
- Pr Boris Melloni
 - Pr Jean-Claude Aldigier
 - Pr Laurent Fourcade
 - Dr Joël Brie
 - Pr Yves Aubard
 - Pr Thierry Dantoine
 - Pr Jacques Monteil
 - Pr Antoine Maubon
 - Pr François Labrousse

- 3^{ème} collège**
représentation des
personnels enseignants
et hospitaliers titulaires
- Pr François Paraf

- Dr François Vincent
- Pr Arnaud Jaccard
- Pr Christophe Bedane
- Pr Jean Claude Desport
- Pr Dominique Mouliès
- Pr Muriel Mathonnet
- Dr Alexane Le Guyader
- Pr Pierre Beaulieu
- Pr Sophie Alain
- Dr Marie-Laure Laroche
- Pr Christian Moesch
- Pr Jean-Christophe Daviet

- 4^{ème} collège**
représentation des
praticiens hospitaliers
- Dr Victor Aboyans
 - Dr Dominique Grouille
 - Dr Kim Ly
 - Dr Michel Rincé
 - Dr Henri Hani Karam
 - Dr Najmeddine Echaidi
 - Dr Nathalie Orsoni
 - Dr Aurélien Descazeaud
 - Dr Hugues Caly
 - Dr Françoise Boulanger
 - Dr Anne Vincelot
 - Dr Jean-Philippe marsaud
 - Dr Marie-Paule Boncoeur Martel
 - Dr Thierry Chianea
 - Dr Véronique Fermeaux
 - Dr Marie-Agnès Picat

- 5^{ème} collège**
représentation des personnels
temporaires ou non titulaires et
des personnels contractuels ou
exerçant à titre libéral
- Dr Juvénal Thiaré Abita
 - Dr Patrick Senges
 - Dr Elisabeth Bellet
 - Dr Stéphanie Petitpas
 - Dr Hélène Durox
 - Dr Sébastien Ponsonnard
 - Dr Anne Frédérique Perez
 - Dr Christophe Dechamp
 - Dr Patrick-Alain Faure
 - Dr Laïla Benmoussa

- 6^{ème} collège**
représentation des internes
- Emilie Penet

- 7^{ème} collège**
représentation
des sages-femmes
- Anne Le Pichoux



Cérémonie des vœux

sur la droite : Hamid Siahmed, directeur général - Alain Rodet, président du conseil de surveillance - Claude Lanfranca, Président de la Communauté d'agglomération Limoges Métropole - Pr Dominique Mouliès, président de la Commission médicale d'établissement

La cérémonie annuelle des vœux s'est déroulée le 20 janvier 2011 au restaurant du personnel de l'hôpital Dupuytren. Comme chaque année, le président du conseil de surveillance, Alain Rodet, le directeur général, Hamid Siahmed, et le président de la Commission médicale d'établissement, le Pr Dominique Mouliès, ont souhaité leurs vœux aux personnels d'encadrement du CHU.

Cette cérémonie a aussi été l'occasion pour notre directeur général de prononcer un discours, qui présentait un bilan de l'année écoulée, qui « se caractérise par le maintien d'un bon niveau d'activité, un budget à l'équilibre dans un contexte de décroissance des recettes de l'Assurance maladie » et dressait les perspectives de l'année à venir. En voici les points clés.

Les perspectives 2011 reflètent une ambition collective : dessiner le CHU de Limoges de demain, pour les patients et donc pour les équipes. Notre feuille de route, articulée avec le contrat de performance 2011/2013, se décline autour d'objectifs qui guideront notre action :

Renforcer l'ancrage régional du CHU par des projets de pôle, un projet médical et de prise en charge porteurs d'avenir

C'est d'abord réaffirmer notre détermination à servir la communauté régionale et à répondre aux besoins de santé de sa population. Fondés sur des orientations stratégiques d'établissement, les projets de pôle et le projet médical et de prise en charge 2011-2016 doivent être le fruit d'une mobilisation forte de la communauté médicale, mais aussi de l'ensemble des personnels hospitaliers (soignants, gestionnaires...) (...)

Définir un projet scientifique au service d'une véritable stratégie de recherche

Développer l'excellence opé-

rationnelle de nos organisations

Il s'agit de développer en interne une véritable culture de la performance, de guider notre action vers plus d'efficacité et d'efficience. (...)

Développer une offre de soins articulée avec les différents établissements de santé du territoire

Le CHU se doit de jouer un rôle actif dans l'émergence et la mise en œuvre de coopérations interhospitalières sur son territoire de santé. (...)

Mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité portée par la CME, présidée par le Pr Mouliès

Il s'agit de développer une véritable culture qualité au sein du CHU et d'obtenir par la mobilisation et l'engagement pérennes des différentes catégories de professionnels, une dynamique d'amélioration continue de la qualité. (...)

Consolider la gouvernance et le management interne de l'établissement

Il s'agit de mettre en place une organisation du CHU reposant sur une plus grande responsa-

bilisation et une gestion plus collective des moyens, dans un double but d'amélioration de la qualité et d'optimisation de l'utilisation des ressources. (...)

Attirer, retenir, mobiliser et développer les compétences, ou tout simplement prendre soin des équipes

Dans le contexte attendu (départs annoncés à la retraite, raréfaction de certaines compétences, évolution de la relation au travail...), fidéliser les professionnels représente un véritable challenge pour le CHU. Nous devons être un employeur attractif afin de ne pas compromettre notre performance et la pérennité de nos activités et placer la gestion du capital humain au cœur de nos priorités. (...)

Fédérer nos équipes par un projet social mobilisateur et ambitieux

Notre vocation d'excellence, notre volonté d'une cohésion sociale et d'une dynamique d'action au bénéfice des patients donne l'impératif au CHU de Limoges de définir et mettre en œuvre une stratégie sociale globale permettant à l'ensemble des professionnels de s'inscrire dans une

démarche positive, tournée vers l'avenir. (...)

Poursuivre la mise en œuvre du plan de modernisation du CHU dans le respect du calendrier institutionnel

Afin de soutenir notre développement, de fidéliser nos patients et nos professionnels, le CHU investira dans la modernisation de ses installations. A ce titre, il s'est engagé dans un plan d'investissement, ambitieux mais réaliste (...)

Etre médico-économiquement viable afin d'assurer notre pérennité, d'autofinancer notre développement et notre modernisation, nous devons identifier et mobiliser des marges de manœuvre financière au sein de l'établissement

Soutenir nos projets par une politique de communication offensive

Poursuivre notre politique d'information et de communication en direction de la population (...)
Faciliter l'accès des spécialités aux professionnels de santé de ville (...)
Favoriser une communication interne pour faciliter les coopérations (...) » ■

Retour sur une année de valorisation des résultats du CPRPI*



Forum de la recherche paramédicale du CHU de Limoges, 23 novembre 2010

Le développement de la recherche paramédicale ne peut se concevoir que dans le partage. Ainsi, l'année 2010 aura été propice pour rendre visible cette activité au sein de notre établissement et en dehors.

En mai, les deux projets de recherche retenus dans le cadre du premier PHRI* lancé par le ministère de la santé ont été présentés lors de la journée recherche du groupe hospitalier de l'hôtel Dieu à Paris :

► Praxalim : impact de la forme des assiettes sur la préservation des praxies dans l'alimentation chez les personnes âgées souffrant de démences sévères de type Alzheimer ou mixtes en institution.

Unité de vie protégée, chef de projet : Valérie Delaïde, cadre de santé.

► Douleur et musicothérapie lors de la réfection de pansement chez les patients artériels de stade IV.

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire aile D, chef de projet : Karine da Silva, infirmière. Dans le même temps, les porteurs de ces projets ont été reçus au ministère de la santé par Mme Roselyne Bachelot.

Des opportunités ont été saisies pour rédiger des articles sur les PHRI* et le CPRPI* dans des revues professionnelles : Soins, La revue de l'infirmière, L'infirmière magazine, Soins cadres, Objectif soins, sans oublier les

supports intranet et internet.

Une forte présence sur les forums

En octobre, lors de la 9^{ème} journée Inter soins Aquitaine au CHU de Bordeaux, la collaboration Bordeaux/Limoges sur le volet recherche paramédicale a été valorisée. Début novembre, au salon infirmier porte de Versailles à Paris les deux projets de recherche infirmiers retenus par le ministère ont été présentés. A cette occasion, le service des urgences pédiatriques a mis en avant une étude sur l'évaluation de la douleur chez l'enfant lors du sondage vésical. Cette présentation a précédé le dépôt du projet de recherche Lini-poche : « *Le vécu douloureux de l'enfant de moins de trois ans lors du retrait de la poche collectrice d'urines aux urgences pédiatriques : quelle stratégie de prise en charge ?* ». Il s'agit d'un projet dirigé par Charles Lamy, infirmier puériculteur. Ce dépôt a eu lieu le 15 décembre dans le cadre du PHRI*.

Le 23 novembre, le premier forum de recherche paramédicale organisée par la coordination générale des soins a réuni une centaine de professionnels

paramédicaux. Cette journée a permis de revenir sur l'histoire de la création du CPRPI*, les actions réalisées à ce jour, le partenariat avec les acteurs de la DRCI* et les perspectives envisagées pour 2011. Le tout a été concrétisé par la présentation de projets de recherche à différents stades de maturation.

La stratégie de communication pour l'année écoulée s'est poursuivie dans les écoles et instituts de formation de l'établissement et en dehors.

Les projets pour 2011...

L'année s'est clôturée par l'acceptation de la présentation par affiches des deux PHRI* retenus pour financement au 1^{er} symposium international sur la recherche en interventions en sciences infirmières en avril 2011 à Montréal.

Le CPRPI* finalise l'organisation d'une journée consacrée à la recherche paramédicale en collaboration avec le CHU de Bordeaux, prévue le vendredi 30 septembre 2011. Cette journée va permettre de renforcer la promotion de la recherche paramédicale et le partenariat avec cet autre hôpital universitaire. ■

*GLOSSAIRE

CPRPI : Comité de Promotion de la Recherche Paramédicale et de l'Innovation

PHRI : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière

PHRIP : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

Un nouveau plateau de chirurgie ambulatoire

Le CHU de Limoges s'est doté d'un plateau de chirurgie ambulatoire, qui a ouvert ses portes le 27 janvier 2011.

TEMOIGNAGES

Yvette habite la Charente. Jacques vient de Creuse. Ils ont été opérés de la cataracte le matin sur le nouveau plateau de chirurgie ambulatoire. Il est 13 h 30 et attendent avec leurs accompagnants, les ambulanciers qui vont les ramener chez eux.



Etes-vous satisfaits de votre séjour sur le plateau ambulatoire ?

Les deux patients en cœur : Ça c'est très bien passé. L'accueil, les infirmières, les médecins... tous sont compétents, formidables et attentionnés.

Yvette : On a même eu un petit déjeuner, avec du pain frais et du beurre de qualité.

Une accompagnante : Tout est bien organisé. Tout s'enchaîne. En plus les locaux sont agréables et d'une propreté remarquable.

Vous appréhendez ce type de prise en charge, où on sort le jour même de son opération ?

Jacques : J'étais un peu angoissé. Surtout, que j'avais déjà été opéré en ambulatoire dans un autre établissement, où j'avais été mal reçu. Là, j'ai été bien installé après l'opération, et on est passé me prendre la tension plusieurs fois.

Le principe de prise en charge ambulatoire semble vous plaire...

Une accompagnante : C'est le vœu de tous les malades... Chacun veut se faire soigner, mais on est mieux chez soi.

Yvette : Moi, je reviens bientôt pour l'autre œil.

Il s'agit d'une unité dédiée à l'hébergement des patients adultes pris en charge en ambulatoire, c'est-à-dire arrivant le matin, et repartant au plus tard le soir (le plateau de chirurgie ambulatoire ouvre à 7 h et ferme ses portes tous les soirs à 19 h). La quasi-totalité des spécialités chirurgicales sont concernées par cette nouvelle structure de prise en charge : l'ophtalmologie, l'orthopédie, la chirurgie digestive et urologique, la chirurgie maxillo-faciale, l'ORL et l'odontologie, la neurochirurgie et la chirurgie vasculaire. Ce plateau situé au 1^{er} sous-sol de Dupuytren (ascenseur B), dispose d'une capacité d'accueil de 12 places (avant de passer à 40 places). Il est la traduction de l'engagement du CHU de Limoges dans l'accompagnement au développement de la

chirurgie ambulatoire, comme nous y invitent de plus en plus les pouvoirs publics. Facteur important de prise en charge de qualité pour nos patients, la chirurgie ambulatoire contribue aussi à la réputation d'excellence de nos équipes chirurgicales et donc de notre chirurgie.

Ce plateau de chirurgie ambulatoire est l'aboutissement d'un projet lancé fin 2009 et qui a nécessité un investissement de plus de 600 000 euros afin d'offrir aux patients et aux équipes médicales et soignantes des conditions d'hébergement et de travail de qualité. A noter que pour faciliter le stationnement des patients de ce plateau, ceux-ci et leurs accompagnants peuvent se garer sur les places situées juste en face de Dupuytren (parking "consultants et plateau de chirurgie ambulatoire"). ■



« Un plateau fonctionnel »

Interview du Pr Adenis, médecin coordonnateur du plateau de chirurgie ambulatoire.

Comment va notre nouveau plateau de chirurgie ambulatoire ?
Bien, il est fonctionnel et permet quotidiennement le passage régulier de 7 à 14 patients ophtalmologiques et de 5 à 7 patients d'autres chirurgies.

Qu'en pensent nos premiers patients ?

Les premières enquêtes sur le séjour des patients montrent une perception très positive dans 95 % des cas. (voir « Témoignages »)

Des choses doivent être perfectibles quand même...

L'informatisation est insuffisante et reste un point négatif. Elle devra être améliorée rapidement pour permettre une meilleure rotation, comme d'autres éléments eux aussi en cours de perfectionnement.



COMETE FRANCE NOTH/LIMOGES : anticiper la réinsertion professionnelle pendant l'hospitalisation



Depuis près de 20 ans, l'association Comete France initie dans des établissements ou services de Soins de Suite et de Réadaptation, spécialisés en Médecine Physique et de Réadaptation, une prise en charge précoce des problématiques sociales et professionnelles des patients hospitalisés.

Le Limousin, vient d'adhérer au réseau Comete par la création du dispositif Comete France Noth/Limoges, né d'un partenariat entre le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle André Lalande à Noth (23) et le service de médecine physique et de réadaptation du CHU.

Ce nouveau service, installé dans les deux établissements depuis septembre 2010, s'inscrit dans une politique structurée de réinsertion professionnelle précoce dès la phase sanitaire de la prise en charge du patient.

En pratique, à partir des entretiens réalisés auprès des patients et éventuellement de leur entourage, centrés sur leur situation professionnelle antérieure, leur parcours scolaire, et leur motif de prise en charge, un projet professionnel personnalisé est élaboré. Le dispositif Comete se met également en lien avec les partenaires du maintien dans l'emploi : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés -SAMETH-, Cap Emploi, service de la médecine du travail, Maison Départementale des Personnes Handicapées -MDPH-, réseau traumatisés crâniens, rééducateurs libéraux...

La réussite de cet accompagnement est liée au travail commun participatif entre le patient, sa famille, les professionnels de la rééducation et les acteurs de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi : échanges sur le programme de rééducation et l'évolution du patient, participation aux cellules opérationnelles, coordination avec les autres services...

Comment accéder au dispositif...

L'orientation vers le service Comete France dans notre CHU peut se faire à partir d'une prise en charge dans le service de médecine physique et de réadaptation quelles qu'en soient les modalités (hospitalisations complètes, de semaine, de jour ou en consultations) durant la période sanitaire de prise en charge du patient. Christine Adam, assistante sociale, se chargera de restituer l'accompagnement proposé par l'équipe Comete France Noth/Limoges.

L'équipe Comete France est présente à l'hôpital Jean Rebeyrol tous les mercredis matin et ponctuellement sur rendez-vous, selon les besoins, pour rencontrer les patients et les équipes. ■

LE DISPOSITIF COMETE PARTICIPE À L'ÉLABORATION DU PROJET PROFESSIONNEL DES PATIENTS EN FAVORISANT :

- ▶ l'accès à l'information concernant leurs droits pour obtenir un bilan de compétences ;
- ▶ l'accès à une formation ;
- ▶ la réalisation des démarches administratives avec la MDPH, l'employeur, la médecine du travail... ;
- ▶ l'organisation de mises en situation et de visites en entreprises pour préciser l'adaptation du poste de travail, l'organisation de travail pour préserver le maintien dans l'emploi lorsqu'il est possible.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

- Dr Yves-André Vimont > 20 % d'ETP médecin
- Stéphanie Margnoux > 20 % d'ETP coordinatrice
- Carole Chabrouillet > 50 % d'ETP secrétariat
- Alexandra Singaïny > 50 % d'ETP assistante sociale
- Isabelle Meaume > 50 % d'ETP chargée d'insertion / psychologue du travail
- Célia Nallet > 100 % d'ETP ergothérapeute/chargée d'ergonomie

CONTACT

Toute l'équipe est à votre disposition, si vous souhaitez échanger avec elle sur le sujet.
Tél. : 05 55 89 65 28
Mail : secretariat.comete@fces.fr
A l'hôpital Jean Rebeyrol par l'intermédiaire de Christine Adam, assistante sociale.

Installation d'une chaîne robotisée pour les analyses du service DE BIOCHIMIE ET GENETIQUE MOLECULAIRE

Le 22 Novembre 2010 a été mise en route sur Dupuytren (au rez-de-chaussée) une nouvelle chaîne automatisée pour l'analyse d'une grande partie des prélèvements sanguins du CHU.



Les analyses de biochimie ont bénéficié ces dernières années d'une automatisation croissante et il devenait urgent pour le CHU de se doter d'une chaîne robotisée permettant à la fois la préparation des échantillons (centrifugation, aliquotage) et les analyses demandées par les services cliniques.

Un fonctionnement 24 h /24 et 7 j /7 !

Plus de 2 millions d'analyses sont réalisées par an dans le service de biochimie et génétique moléculaire. La liste des paramètres mesurés est très longue. Un des points importants de cette activité d'analyse est qu'elle doit fonctionner 24 h / 24, ceci tous les jours de l'année... et sans panne. Pratiquement, tous les services du CHU demandent des analyses de biochimie pour leurs patients. Elles peuvent être assez classiques comme le dosage du sodium ou du potassium mais elles peuvent aussi être très spécialisées comme le dosage de la troponine ou du NT-proBNP qui sont des marqueurs cardiaques extrêmement utiles aux urgentistes et aux cardiologues. Cette diversité des analyses et cette obligation de fonctionner tous les jours avec des temps de rendu de résultats aussi brefs que possible rendaient le cahier des charges pour toute nouvelle chaîne d'analyseurs,

assez exigeant.

Le groupe technique en charge du choix de la nouvelle chaîne a visité plusieurs CHU en France récemment équipés. Après un appel d'offres très ouvert, ce groupe a opté pour un système Roche-Cobas®. Cette nouvelle chaîne comprend :

- ▶ une module « préparation des prélèvements sanguins » (centrifugation, débouchage, aliquotage, étiquetage, rebouchage, stockage)
- ▶ une 1^{ère} ligne d'analyseurs, appelée Cobas® 8000
- ▶ une 2^{ème} ligne d'analyseurs, appelée Cobas® 6000
- ▶ un système informatique ayant une interface avec CyberLab et permettant le rendu des résultats aussi rapidement que possible aux cliniciens.

L'impact sur le fonctionnement du service

Après une mise en route nécessitant de multiples ajustements, cette chaîne fonctionne maintenant de façon stable à une cadence rapide (2 000 analyses/heures sur le Cobas® 8000). La réduction des tâches manuelles diminue le risque d'erreurs, tout en augmentant le rendement. Il faut noter que l'installation de cette chaîne robotisée fait suite à de

nombreux autres changements : fusion du laboratoire de radio-analyse (médecine nucléaire) avec le service de biochimie, modification de son environnement informatique, absorption de l'activité de biochimie du CH Esquirol, modernisation des locaux. De plus, cette chaîne est un investissement lourd (1,2 M d'euros), assumé par le CHU, et qui s'inscrit dans la politique de l'établissement de moderniser l'ensemble du pôle de biologie.

Les perspectives à long terme

Le déménagement dans le nouveau bâtiment de biologie prévu pour 2013 sera une étape importante dans l'évolution de ce système d'analyses. Il est certain que l'utilisation d'un système pneumatique de transport des échantillons évitera les phénomènes d'engorgement que l'on peut noter le matin entre 8 h et 11 h. De même, la mise en place d'un système de prescription connectée des analyses permettra d'optimiser encore le fonctionnement de cette chaîne. Enfin, autour de ce plateau technique automatisé permettant un décloisonnement des activités de biologie, devraient venir de nouveaux analyseurs dédiés à d'autres spécialités. Mais ceci est une autre histoire... ■



DES « ATELIERS CUISINE » aux vertus **thérapeutiques**

LES OBJECTIFS DES ATELIERS DE CULINOTHÉRAPIE

- ▶ la communication
- ▶ l'apprentissage ou le maintien de certains automatismes (hygiène, savoir-faire...)
- ▶ la socialisation
- ▶ l'image de soi
- ▶ la revalorisation (sentiment d'utilité)
- ▶ la rééducation gestuelle et mnésique
- ▶ l'animation
- ▶ la diététique (mieux connaître goûts et ou dégoûts des résidents, adaptation de l'alimentation...)

Depuis le début de l'année, les jeudis de 9 h 30 à 13 h 30, une salle de l'hôpital Jean Rebeyrol prend des airs de cours de cuisine. Il ne s'agit pourtant pas d'une de ces séances à la mode, mais bien d'ateliers de culinothérapie pour les résidents du CHU de Limoges, animés non pas par un chef mais par des professionnels de santé.

À chaque séance, 6 résidents des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) de l'établissement, revêtent tablier, gants et charlotte, pour partager le plan de travail d'une cuisine flambant neuve et adaptée aux handicaps. Les participants se réunissent alors autour des denrées qu'ils peuvent préalablement acheter sur les marchés ou chez des commerçants avec un aide médico-psychologique. Ils choisissent à la fin de chaque séance, le menu qu'ils aimeraient élaborer lors de la prochaine session en collaboration avec la diététicienne et le service cuisine de l'hôpital Jean Rebeyrol.

Aidés des psychomotriciens et ergothérapeutes, les résidents retrouvent des gestes quotidiens oubliés ou rendus plus difficiles par l'âge ou une : ils lavent, ils épluchent, ils coupent ou pétrissent... La mémoire est elle aussi mise à contribution : encouragé par le personnel de l'hôpital, chacun essaie de retrouver ses « secrets de fabrication », de se souvenir ou de calculer les proportions nécessaires à la recette, d'associer le plat élaboré à un événement : fête calendaire, moment de vie, etc. Une fois les plats cuisinés, les résidents installent la table, préparent et partagent quelques amuse-gueules.

A tour de rôle, chaque résident peut inviter une personne de son choix (famille, amis...).

Puis le repas arrive. Les sens déjà mis en éveil lors de la préparation des plats

(odorat : odeur de cuisson, des produits travaillés ; ouïe : frémissement de l'eau qui bout, crépitements des aliments dans la poêle ; toucher :

texture des aliments, chaud/froid...), sont à nouveau sollicités : les résidents hument les plats, apprécient par la vue les cuissons ou les présentations, goûtent et savourent ce qu'ils ont préparé. Le moment du repas est ou redevient un moment de convivialité, associé à la notion de plaisir et de lien social.

A la fin du déjeuner, les discussions se poursuivent et la rééducation manuelle s'opère à nouveau : en débarrassant la table, en rangeant la cuisine, en effectuant la vaisselle. Chaque résident remplit, seul ou avec aide, une fiche d'autoévaluation sur sa séance. Ce document est ensuite classé dans le dossier de soins du résident.

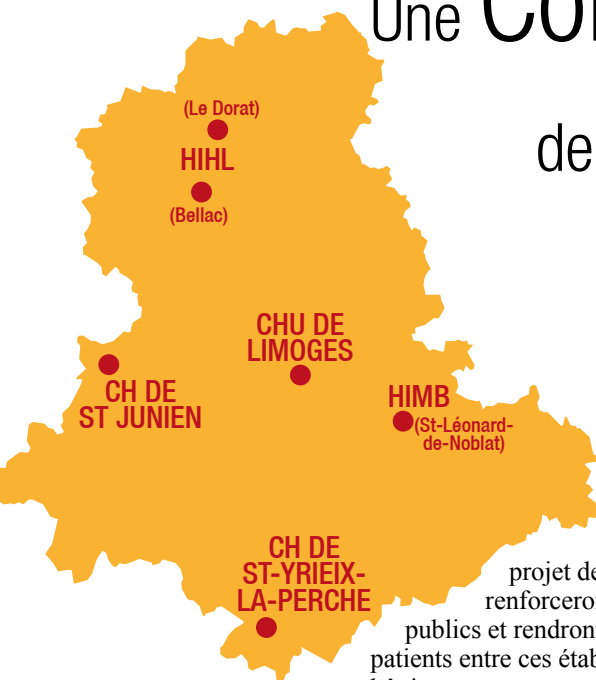
Origine et objectifs thérapeutiques de l'atelier

L'origine de ce projet remonte à quelques années. Impulsé par l'ergothérapeute et la psychomotricienne des services des unités de soins longue durée de l'hôpital Jean Rebeyrol, rapidement rejoints par les diététiciennes et les infirmières du service, cet atelier a un double objectif : contribuer au projet global de socialisation des résidents, et améliorer la qualité de vie des résidents en Unité de Soins de Longue Durée.

Les intérêts thérapeutiques sont de plusieurs ordres et s'exercent au travers de nombreuses activités. Résidents, proches et professionnels hospitaliers partageant un constat très positif de cette expérience culinaire et thérapeutique, ces ateliers vont naturellement être pérennisés. Un partenariat avec un lycée hôtelier, sous forme d'échanges intergénérationnels est aussi en cours d'élaboration pour faire vivre et enrichir ces rendez-vous. ■



Une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)



Notre CHU va constituer en 2011 une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) avec quatre hôpitaux publics de Haute-Vienne (les centres hospitaliers de St-Junien et St-Yrieix-la-Perche, l'hôpital du Haut-Limousin et l'hôpital de Saint-Léonard-de-Noblat), première étape d'une CHT régionale.

Cette CHT, qui s'étendra rapidement aux autres établissements du Limousin, sera unie autour d'un projet médical et d'un projet de communauté communs, qui renforceront la solidarité entre hôpitaux publics et rendront plus lisibles le parcours des patients entre ces établissements. Bien sûr, ces cinq hôpitaux restent autonomes, juridiquement et budgétairement. Cette CHT aura donc pour objectifs de structurer des filières de soins cohérentes, de mutualiser certaines fonctions support, d'aider au maintien de l'offre de proximité du territoire, et de permettre d'anticiper la raréfaction des ressources médicales. Elle consacrera le rôle et l'activité de notre CHU, en tant qu'établissement de référence et de soutien pour les hôpitaux périphériques.

à travailler sur le projet médical et sur le projet de communauté, en lien avec notre contrat de performance, notre futur projet d'établissement, et les plans et schémas régionaux. Cet ensemble doit former un cadre cohérent, porteur d'opportunités pour nos activités de soins et médico-techniques.

Sept axes de travail ont été validés par le directoire de territoire préfigurateur, qui sont :

- ▶ la structuration des filières d'aval,
- ▶ le renforcement de la filière oncologie,
- ▶ le développement de la télémédecine,
- ▶ la mutualisation de certaines fonctions support,
- ▶ le développement des consultations avancées,
- ▶ la gestion commune des ressources médicales,
- ▶ la mise en cohérence des systèmes d'information.

Les pôles hospitalo-universitaires du CHU seront appelés, au travers des avenants aux contrats de pôle, à mettre en œuvre les actions qui seront définies pour ces sept axes du projet de CHT. ■



Des fonctions communes mutualisées

Dans les mois qui viennent, nous serons appelés



Des consultations avancées qui maillent le territoire



Une gestion commune des ressources humaines médicales



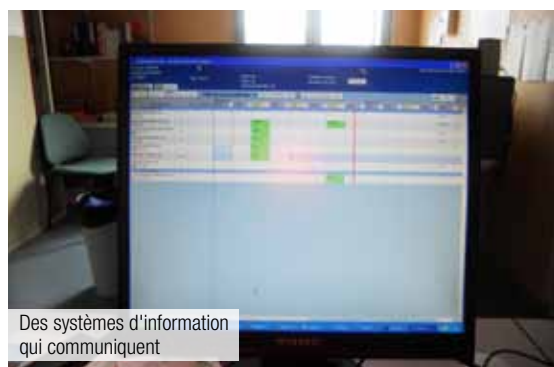
Des lits de SSR réservés dans les hôpitaux périphériques



Une filière oncologie renforcée



Le déploiement de la télémédecine



Des systèmes d'information qui communiquent

Plus que quelques semaines avant la visite de certification...



Notre CHU accueille les experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 21 juin au 24 juin et du 27 juin au 30 juin prochain dans le cadre de sa visite de certification V2010. Rappel des enjeux et repères sur ce rendez-vous.

La procédure de certification, portée par la HAS, vise à promouvoir la démarche qualité et gestion des risques comme mode de management et de fonctionnement des établissements de santé publics et privés. Il s'agit d'inciter les établissements à engager et préserver une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et de la prise en charge offertes aux patients. Chaque professionnel participe à cet engagement et concourt par son investissement à garantir un service de qualité. La visite des experts vise à évaluer le degré d'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de l'organisation des soins et à certifier qu'il répond aux normes de la HAS sur l'ensemble des secteurs d'activité.

Si la visite des experts-visiteurs de la HAS représente un temps fort dans la vie de l'établissement, l'ensemble des réflexions, des travaux et des projets engagés durant la préparation de cette visite a vocation à perdurer, et à s'inscrire dans les pratiques quotidiennes des équipes. D'autant que l'auto-évaluation a conduit les professionnels à identifier des écarts entre les exigences de la HAS et les modes de fonctionnement de l'établissement. Cette dynamique contribue à la mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation du CHU.

La démarche de certification est composée principalement de quatre étapes : la réalisation de l'auto-évaluation de l'établissement au regard du référentiel de la HAS, la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la visite des experts-visiteurs de la HAS, le rapport de certification et la décision de la HAS concernant la certification de l'établissement.

L'auto-évaluation du CHU, document d'analyse des experts-visiteurs de la HAS et levier d'action pour l'établissement

Au sein du CHU, l'auto-évaluation a été réalisée

par des groupes de travail pluri-professionnels constitués sur la base du volontariat par appel à candidature. Chacun des groupes a évalué la position de l'établissement au regard des éléments d'appréciation du manuel de certification V2010. De cette évaluation ont découlées des cotations (A, B, C ou D). Les cotations A et B sont satisfaisantes et n'impliquent aucune décision de la HAS. Les cotations C et D nécessitent la mise en place et le suivi de plans d'actions et impliquent, si elles sont confirmées lors de la visite, une recommandation voire réserve pour l'établissement. Les références qualité de la HAS sont regroupées autour des deux thématiques suivantes :

❶ Management stratégique : gestion des ressources humaines et financières, système d'information, gestion des fonctions logistiques et des infrastructures, qualité et sécurité de l'environnement, programme de la qualité et de la gestion des risques.

Cotation A : 27 %
Cotation B : 42 %
Cotation C : 22 %
Cotation D : 9 %

❷ Prise en charge du patient : droits et place des patients, gestion des données du patient, parcours du patient, prise en charge médicamenteuse, prise en charge des examens de biologie médicale et d'imagerie, éducation thérapeutique du patient, sortie du patient et évaluation des pratiques professionnelles.

Cotation A : 8 % (toutes prises en charge confondues)
Cotation B : 38 %
Cotation C : 42 %
Cotation D : 12 %

Le rapport global d'auto-évaluation de l'établissement a été remis à la HAS en décembre dernier. C'est à partir de ce document que la HAS va établir un plan de visite des experts-visiteurs composé



La promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles, axe fort de notre feuille de route

la HAS, la direction de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation a établi un pré-calendrier de visite, qui a été transmis à la HAS pour ajustements ou modifications éventuels avant validation. Le calendrier finalisé de la visite des experts-visiteurs sera communiqué au sein de l'établissement. Les lieux de visite et les dates définitives seront également communiqués aux pôles dans les meilleurs délais. Par ailleurs, les membres des groupes de travail, des sous-commissions, et des comités recevront une convocation leur indiquant la date et l'heure de la rencontre avec les experts visiteurs. Une information générale et actualisée sur le calendrier et le déroulement de la visite des experts-visiteurs de la HAS sera également donnée aux cadres de l'établissement. Nous comptons donc sur l'implication de tous contribuant ainsi à la réussite du déroulement de cette visite.

Qu'attendons-nous de vous durant la visite des experts ?

Il s'agit d'accompagner les experts-visiteurs dans leur découverte des pratiques et modes de fonctionnement de l'établissement. La direction compte sur vous pour les accueillir et leur faire partager vos pratiques et votre expérience durant leur visite dans les différents services.

Les suites de la visite de certification

Durant la visite de certification, les experts-visiteurs vont rassembler un ensemble d'informations

recueillies durant les visites des services, les entretiens et la consultation des documents preuves (procédures, modes opératoires, instructions en vigueur dans l'établissement) et évaluer la position du CHU au regard des exigences de qualité de la HAS. Un premier retour de cette évaluation sera réalisé par les experts-visiteurs lors de la séance de restitution à laquelle l'ensemble du personnel du CHU est convié. Dans les trois semaines qui suivent la visite des experts-visiteurs, un pré-rapport de certification est transmis à l'établissement qui dispose d'un délai d'un mois pour faire part de ses observations (phase contradictoire) sur le rapport de certification à la HAS.

Quelles sont les conséquences de la visite de certification ?

Si l'établissement répond à l'ensemble des références de qualité de la V2010, la HAS décide de la certification de l'établissement. En revanche, selon l'évaluation de la position de l'établissement, elle peut décider de certifier l'établissement avec recommandation ou réserve. Ce dernier devra alors s'engager dans des actions d'amélioration sur les domaines identifiés comme problématiques par les experts-visiteurs (rapport de suivi ou visite de suivi). La procédure de certification V2010 prévoit également la possibilité de ne pas accorder la certification aux établissements de santé publics ou privés qui manqueraient à leurs obligations en terme de qualité et de sécurité des soins. ■



DECHETS D'ACTIVITE
DE SOINS A RISQUES
INFECTIEUX
FAMILIALES



L'hôpital à domicile

Allongement de l'espérance de vie, vieillissement de la population, développement des maladies chroniques et de la dépendance, déficit structurel des dépenses de santé : l'organisation des soins doit s'adapter et les modes de prise en charge se diversifier à côté de l'hospitalisation traditionnelle.
Alternative à l'hospitalisation ou au placement en structure spécialisée, plus confortable pour le patient, la prise en charge à domicile se développe : HAD, service de soins infirmiers, unités mobiles...
Notre région, étant particulièrement préoccupée par ces questions, pour des raisons démographiques et notamment en raison du vieillissement de la population, le CHU de Limoges s'adapte à cette évolution et met en place des structures répondant à ces nouveaux besoins.



Le domicile et l'hôpital

par le Dr Bernard Eichler,
chef du pôle personnes
âgées et soins à domicile

La prise en charge de patients au domicile se développe de plus en plus depuis quelques années en raison de multiples facteurs. Nous avons en effet connu de façon concomitante une accélération franche des possibilités diagnostiques et thérapeutiques aussi bien en chirurgie qu'en médecine qui ont répondu à la demande bien légitime des patients de savoir et d'être traité de façon efficace, rapide et avec le moins de désagréments possible. Il en a résulté une diminution significative du recours à l'hospitalisation complète avec diminution des durées moyennes de séjour, mais la nature humaine étant ce qu'elle est, les durées de traitement, de rééducation et de convalescence n'ont pas varié de façon considérable d'où le nécessaire recours à des prises en charge extra-hospitalières.

Celles-ci sont devenues de plus en plus organisées pour répondre à des demandes diverses et variées. Elles ne peuvent se concevoir qu'en lien étroit entre les hospitaliers et les médecins traitants et les professionnels de santé libéraux. Les patients dans leur ensemble y sont de plus en plus favorables, retrouvant chez eux leur identité propre. L'hospitalisation à domicile dans les suites d'une hospitalisation d'un service d'aigu, représente ainsi l'une de ces possibilités lorsque les patients ont besoin d'une continuité de soins spécifiques.

Un certain nombre d'autres patients (personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de

pathologies chroniques plus ou moins évolutives...) ne nécessitent pas toujours des hospitalisations longues mais ont besoin, très souvent, à l'occasion d'une affection intercurrente ou d'une acutisation de leur maladie chronique, d'un accompagnement à domicile avec mise en place plus ou moins prolongée d'aides soit en matériel médical spécifique, soit en appui thérapeutique. Là encore, différentes solutions existent, les hôpitaux étant de plus en plus impliqués compte tenu de leur zone d'attractivité et des compétences professionnelles polyvalentes, dont ils disposent. C'est ainsi qu'au cours de ces dernières années se sont développées des structures de soins à domicile dépendant plus ou moins directement d'une structure hospitalière. Différents professionnels de santé salariés de l'hôpital sont ainsi amenés à travailler quotidiennement au domicile des patients qu'il s'agisse de l'hospitalisation à domicile, du SSIAD, de l'évaluation gériatrique à domicile dans le cadre de l'UPSAV (Unité de Prévention de Suivi et d'Accompagnement du Vieillessement), des déplacements de l'EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) ou des réseaux de soins (HEMIPASS...). Ces activités qui regroupent des médecins, des infirmières, des aides-soignants, des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des diététiciennes, des psychologues, des assistantes sociales, participent ainsi au développement d'activités professionnelles tout à fait particulières qui préfigurent la médecine de demain.

L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) du CHU est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement.

L'HAD permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux pour une période limitée mais renouvelable. Elle fait suite à une hospitalisation dans le secteur public ou privé après une consultation hospitalière, ou sur demande du médecin en cas d'aggravation de l'état de santé (sans hospitalisation). L'hospitalisation à domicile est sollicitée sur prescription médicale du médecin traitant ou du médecin hospitalier public ou privé, toujours avec l'accord

du malade, de sa famille, de son médecin traitant et après celui du médecin coordonnateur de l'HAD, en tenant compte des conditions de vie du malade à domicile. Les modalités de prise en charge en HAD sont identiques à celles des hôpitaux publics et soumises aux mêmes conditions administratives et financières (en dehors du forfait journalier).

L'HAD du CHU de Limoges est une HAD polyvalente c'est-à-dire qu'elle prend en charge toute sorte de patients (enfants, adultes,

personnes âgées) quelle que soit leur provenance, leur pathologie et leur domicile en Haute-Vienne. Elle a pour mission de pourvoir au traitement et au confort du malade par les soins, les honoraires des médecins, les honoraires des professionnels de santé libéraux, les actes de radiologie, de biologie, les transports sanitaires, le mobilier et matériel médical et les produits pharmaceutiques et médicaments. L'HAD dispose d'équipes hospitalières pluridisciplinaires associant des prestataires libéraux.

« On fait partie du quotidien »

Catherine Jude, est infirmière à l'HAD depuis 11 ans. Ce qui lui plaît le plus dans cette fonction, c'est la polyvalence et l'autonomie, mais aussi le côté relationnel particulier...



Qu'est-ce qui est différent dans la prise en charge à domicile ?

Le rapport au patient et à la famille. À l'hôpital c'est le patient qui s'adapte à notre fonctionnement, il a moins tendance à poser de question. À domicile c'est l'inverse, c'est le soignant qui doit s'adapter à l'environnement, aux repères du patient, à la famille. Il y a aussi une question de sécurité importante au domicile, qui implique, que selon l'état du patient, il y ait un entourage qui soit aidant et capable d'appeler quand il y a un problème.

Du point de vue de l'infirmière, la prise en charge à domicile est-elle plus difficile ?

Un peu plus difficile oui, car les gens sont chez eux, avec leurs repères. Ils sont plus exigeants, notamment sur les horaires. Il faut alors leur faire comprendre qu'on essaie de les satisfaire autant que possible, mais que nous avons aussi nos impératifs professionnels et de soins. La famille, est plus intrusive dans les soins. À l'hôpital ont fait sortir les proches de la chambre pendant les soins. À la maison ils sont présents, ils nous voient travailler du début à la fin. Ils sont très critiques et observateurs. Si vous ne travaillez pas de la même façon que votre collègue, ils vous le disent !

Et les avantages ?

Je suis infirmière salariée. Ce qui diffère des infirmières libérales, et parce que nous n'avons pas la même rémunération, c'est que si par exemple nous avons besoin de passer une heure chez un patient, on la passe. Car il y a le patient, mais souvent la famille a

besoin aussi de relationnel. Quand on a trop de travail, même si on reste un certain temps, on est obligé d'écouter et c'est une sorte de frustration... Mais on essaie de prendre le temps qu'il faut...

Quels types de soins réalisez-vous ?

Beaucoup de soins palliatifs, d'oncologie, de pathologies respiratoires. Des nutritives parentérales, des perfusions, des injections d'antibiotiques plusieurs fois par jour. Des suites de grosses chirurgies, avec des drains. Quelquefois des patients qui sortent de réanimation avec des respirateurs, mais c'est rare. On prend aussi en charge des mamans qui ont eu une césarienne, pour la surveillance de la plaie et du bébé. De temps en temps de la chirurgie pédiatrique. On fait aussi des pansements de plaies, d'ulcères...

Le profil de vos patients ?

La moyenne d'âge se situe entre 50 et 70 ans. Maintenant que nous sommes passés dans le pôle de gériatrie, nous avons un peu plus de personnes âgées, avec de gros ulcères. On va aussi dans les EHPAD, ce qui n'était pas le cas avant.

L'avantage de l'HAD du point de vue du patient ?

Ils sont contents de retrouver leur environnement, leurs repères, leur entourage et une certaine vie sociale, au niveau des visites. Il y en a même qui peuvent travailler à domicile, même si ça n'arrive pas très souvent. Pour certains types de pathologie, notamment les soins palliatifs, les gens ont rencontré un prolongement par le fait de rentrer à la maison et d'être chez eux.

Vous pensez que la prise en charge au domicile peut améliorer l'état de santé du patient ?

Je pense que oui. Ça peut agir sur le psychologique. Ça leur donne un peu de combativité. L'entourage est là aussi pour les stimuler. Je me rappelle du cas d'une dame que nous avons eu il y a quelques années.

Elle avait une maladie neurologique assez évoluée et était sous respirateur. Quand elle est rentrée à la maison, on nous avait annoncé une espérance de vie d'une semaine. Et ça a été 6 mois ! Ça lui a permis de vivre des événements dans la vie de ses enfants, notamment la naissance d'un petit fils.

Des liens particuliers se créent avec vos patients ?

Il y a moins de barrière... peut-être un peu plus d'affectif... même si ce n'est pas très bien (*sourire*). On nous dit dans nos études d'infirmières qu'il ne faut pas s'impliquer émotionnellement. Mais quand on veut faire un travail relationnel satisfaisant est-ce qu'on peut vraiment ne pas s'impliquer émotionnellement ? Après, ça dépend des pathologies, car il y a des gens que l'on suit plus ou moins longtemps. En soins palliatifs et en oncologie, on a une relation particulière et un attachement qui se créent. Et puis il y a les familles aussi qui sont attachantes. Quand on s'en va, ils nous disent souvent « *vous allez quand même nous manquer* ». Car nous pouvons passer deux ou trois fois par jour. On fait partie du quotidien.

En HAD vous travaillez seule face au patient, comment faites-vous quand vous avez un doute ?

Quand il y a un appareil que l'on ne connaît pas, on est formé par les médecins ou les laboratoires. On va voir auprès de nos collègues dans les services comment fonctionne le matériel. Si jamais on a un doute sur la façon de faire, on peut donc s'appeler assez facilement. Sinon quand on a un problème de prescription, on fait appel aux médecins traitants, car, en HAD, ce sont eux qui continuent à gérer leurs patients. On peut aussi faire appel à nos médecins coordonnateurs.

Les chiffres 2010 de l'HAD au CHU de Limoges

► 896 entrées

► Les 3 disciplines prévalentes :

- 119 séjours en hématologie
- 74 séjours en oncologie
- 42 séjours en pathologie respiratoire

► Sur 667 malades pris en charge :

- 526 ont + de 60 ans
- 141 ont - de 60 ans

► 149 945 km parcourus

► Prix de la journée : 349 €

A qui s'adresse l'HAD ?

A toute personne, enfant ou adulte, dont l'état de santé nécessite des soins médicaux et para médicaux continus et coordonnés, et plus particulièrement dans les circonstances suivantes :

- suite de maladies aiguës
- suite de chirurgie
- soins de réhabilitation : rééducation orthopédique, neurologique, post chirurgie, éducation malade/diabète, asthme, affections respiratoires
- maladies chroniques
- soins palliatifs, chimiothérapie, nutrition parentérale et entérale, pansements complexes...
- apnées du sommeil



Le point sur les infections associées aux soins en HAD

« L'hygiène, c'est maintenir l'homme en bonne santé dans son environnement. La particularité en HAD, est que le patient évolue dans son milieu. » nous confie le Dr Mounier, responsable de l'unité d'hygiène. Ainsi, les conditions d'hygiène environnementale du domicile (fréquence de changement des draps, hygiène du linge...) sont plus difficiles à maîtriser par le personnel au domicile, qu'à l'hôpital. Néanmoins, une hospitalisation à domicile est avant tout une hospitalisation. Les structures d'HAD sont de fait soumises aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics, y compris en matière de prévention des infections associées aux soins (contrairement au personnels libéraux qui eux ne sont soumis à aucun cadre réglementaire). Ces règles

sont toutefois adaptées au domicile du patient et aux conditions d'exercice des professionnels de santé. Par exemple, des protocoles adaptés ont été mis en place dans notre CHU pour le lavage des véhicules et pour le transport des déchets de soins par les infirmières. Afin d'éviter les risques de transmissions croisées, entre patient, via le personnel de soins, les solutions hydroalcooliques ou encore, l'utilisation de papier à usage unique trouvent tout leur intérêt pour l'hygiène des mains. L'ide peut également utiliser des vêtements de protection à usage unique si le soin nécessite un contact rapproché. L'utilisation de matériel à usage unique se développe de plus en plus, tout comme à l'hôpital et permet elle aussi de limiter les risques.

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Désireux de répondre à la volonté des aînés - vivre chez eux en bonne santé le plus longtemps possible – notre CHU a créé en 2008 un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) de 22 lits. Cette mise en place d'un service médico-social au sein d'un CHU est une première.

Le service de soins infirmiers à domicile a pour mission d'offrir des soins personnalisés aux personnes âgées de plus de 60 ans, afin de préserver leur autonomie et de les maintenir chez eux avec un environnement social adapté. Le SSIAD assure les soins infirmiers et d'hygiène générale, et concourt à l'accomplissement

des actes essentiels à la vie quotidienne. Il contribue au maintien à domicile en prévenant, écourtant ou différant une hospitalisation ou une entrée en institution.

Le SSIAD est installé au sein du service d'hospitalisation à domicile, les deux services étant complémentaires. L'HAD prend le relais du SSIAD quand l'état

de santé du patient s'aggrave et, a contrario, confie le patient au SSIAD quand celui-ci est stabilisé, mais requiert encore une aide dans les actes de la vie quotidienne (en 2009, un peu plus de 30 % des entrées en SSIAD étaient issues de l'HAD et 1 % des malades du SSIAD étaient passés en HAD).

HAD, SSIAD :

la solution à la maîtrise des dépenses de santé ?

par **Damien Dumont, directeur adjoint chargé des recettes et du contrôle de gestion, Pôle activité, finances et contractualisation**

Depuis quelques années, les pouvoirs publics ont mis l'accent sur le développement de ce qui est appelé « alternatives à l'hospitalisation conventionnelle », qui ont tendance aujourd'hui à devenir des « substitutions à l'hospitalisation », comme c'est le cas aujourd'hui pour la chirurgie ambulatoire.

Derrière cette appellation se trouvent entre autres des modes de prise en charge dont la particularité est de se dérouler non plus au sein des structures hospitalières, mais au domicile des patients : Hospitalisation à domicile (HAD), Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Outre le fait de permettre à des patients de rejoindre plus rapidement leurs domiciles au lieu de rester à l'hôpital ou dans un service de SSR, ces modes de prise en charge sont supposés représenter un coût moins élevé pour l'Assurance maladie (le financement des structures hospitalières en moins) et une alternative intéressante d'un point de vue tarifaire pour les établissements engagés dans le développement de ces modes de prise en charge. Signe d'une réponse à un réel besoin de santé, ces structures de prise en charge, rattachées souvent à un établissement de santé, comme au CHU de Limoges, connaissent une croissance importante : 119 % de progression d'activité depuis 2005, toutes structures d'HAD confondues en France.

Toutefois, si l'apport de l'HAD ou d'un SSIAD pour la qualité de vie pour le patient est démontré, peut-on affirmer également que le développement de ces modes de prise en charge constitue un bon rapport qualité – coût – tarification ?

Aujourd'hui l'HAD, au contraire du SSIAD, qui est financé par une forme de dotation globale de soins, est soumise au même mode de tarification que l'activité MCO* : la T2A, qui aboutit à la tarification d'un groupe homogène de tarif (GHT, « équivalent » du Groupe homogène de séjours en MCO), résultat d'une combinaison entre un mode de prise en charge (il existe 24 modes de prise en charge en HAD), le degré de dépendance du patient et la durée de séjour. Le tarif, inférieur à un tarif hospitalier, est supposé couvrir des coûts de prise en charge générés par les critères qui viennent d'être cités. Après 5 ans de mise en œuvre, la T2A semble avoir permis aux HAD de garantir l'équilibre financier de leurs structures, laissant penser que le niveau de la tarification est relativement bien évalué, en dépit d'une faible évolution depuis 5 ans. Cependant, au cours des derniers contrôles ciblant l'HAD, de nombreuses anomalies ont été identifiées (36 % seulement des séjours en étant exempts), et une ENCC a été lancée en 2009 sur l'HAD (à laquelle notre CHU participe) afin de mieux faire correspondre tarifs – lourdeur de la prise en charge et qualité.

En revanche l'HAD, et le SSIAD dans une moindre mesure, est une illustration d'une dynamique actuellement à l'œuvre : le déplacement de la prise en charge des coûts non directement liés aux actes médicaux

vers les ménages. De fait, si le développement de l'HAD ou d'un SSIAD présente un intérêt pour l'Assurance maladie (moindre charge à rembourser), elle occasionne pour les familles un coût nouveau.

Aujourd'hui, le principal enjeu pour l'HAD et les SSIAD, dans une optique de qualité de prise en charge au meilleur coût, est d'assurer un réel rôle de coordination des soins entre l'hôpital, le secteur libéral et la médecine de ville (beaucoup d'intervenants du secteur libéral interviennent en HAD) et les SSIAD. Car si elle est mal organisée, une prise en charge en HAD

peut générer des coûts plus élevés qu'une hospitalisation classique, du fait d'un parcours de soins inadapté, voire trop long. Par ailleurs, il faut aussi veiller à ce que l'HAD ne vienne pas se substituer à des soins ambulatoires qui auraient dû être réalisés en ville. L'ensemble de ces aspects sont d'ailleurs en cours de discussion dans le cadre des travaux menés pour la révision de notre projet régional de santé, où l'HAD est appelée à jouer un rôle pivot, notamment pour la prise en charge des patients atteints d'un cancer.

UPS AV ■ accompagner la personne âgée pour "bien vieillir" à domicile



Début 2010, le CHU de Limoges lançait une Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPS AV). Cette démarche innovante vise à prévenir la rupture globale d'autonomie de la personne âgée et à évaluer l'impact sanitaire, social et économique des mesures de prévention.

Sur simple appel de la personne âgée ou de son entourage (familial, médical ou social), un médecin gériatre et une infirmière coordonnatrice prennent rendez-vous pour un bilan d'autonomie au domicile même de la personne. L'UPS AV prévient alors le médecin traitant qui peut participer à cette consultation si la personne âgée le souhaite. Cet entretien permettra au binôme médical de faire un point sur la santé et l'environnement de vie de la personne, pour établir un bilan d'autonomie et définir les actions à conduire. Concrètement, il s'agit d'élaborer un plan de prévention thérapeutique, d'hygiène de vie et d'actions sociales. Et, en fonction des besoins, de programmer la venue de nouveaux professionnels : ergothérapeute, psychologue, services d'aides à la personne... Ceux-ci pourront par exemple délivrer des conseils sur l'agencement du domicile afin de prévenir les chutes, sensibiliser le patient aux effets secondaires des médicaments... Tous les 6 mois, la personne âgée reverra le gériatre et l'infirmière coordonnatrice pour adapter les actions et les traitements thérapeutiques. Unique en France, l'UPS AV est financée par la Mission Régionale de la Santé qui soutient cette action de santé publique menée en partenariat avec les structures sociales et médico-sociales de la région Limousin.

Conditions d'accès à l'UPS AV

- ▶ avoir plus de 75 ans, ou plus de 65 ans et être polypathologiques
- ▶ consultation gratuite
- ▶ prise de rendez-vous en appelant au 05 55 05 65 81

En Limousin, la population des personnes de plus de 75 ans est la plus élevée d'Europe.

Les 30 prochaines années prévoient une augmentation de cette population de 70 %.

L'accroissement de l'espérance de vie peut entraîner un risque d'isolement social, de perte d'autonomie, de polypathologie avec la prise de nombreux médicaments.

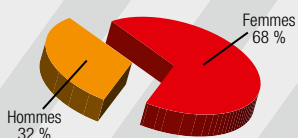
Mais ceci n'est pas une fatalité, les connaissances actuelles permettent de prévenir et d'éviter au maximum ces risques en favorisant le "bien vieillir".

La plupart des personnes âgées souhaite vivre à domicile le plus longtemps possible.

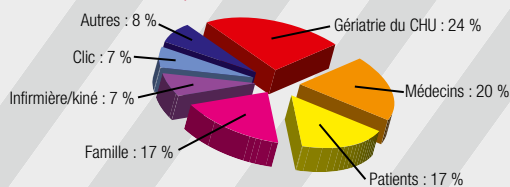
Ceci peut être facilité par une évaluation de leur situation à leur domicile par une équipe mobile spécialisée de professionnels de santé du CHU : l'UPS AV.

Personnes prises en charge

Age : de 71 à 105 ans

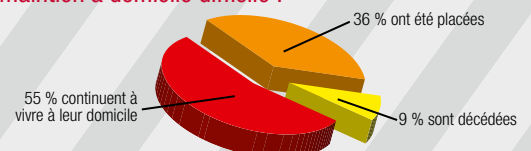


Principaux demandeurs



Maintien à domicile difficile

Parmi les personnes vues par l'UPS AV pour motif de maintien à domicile difficile :



HEMIPASS :

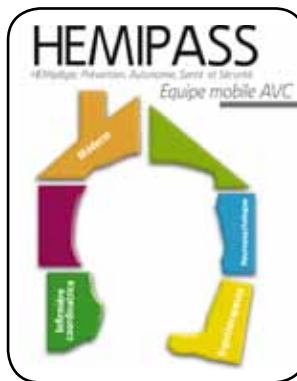
un suivi spécialisé à domicile pour les victimes d'AVC

Hémipass est une équipe mobile émanant du service de médecine physique et réadaptation, qui se déplace sur toute la Haute-Vienne, au domicile de patients ayant des séquelles d'accident vasculaire cérébral. La prise en charge se fait en sortie d'hospitalisation mais également à distance de l'AVC. L'objectif principal est l'amélioration du retour et du maintien à domicile pour limiter les hospitalisations non programmées et les institutionnalisations et assurer la fluidité de la filière AVC comme cela est prévu dans le rapport ministériel Fery-Lemonnier paru en juin 2009.

Si l'équipe HEMIPASS donne des conseils sur simple appel téléphonique, l'essentiel de ses interventions passe par le déplacement de ses professionnels au domicile des patients. Selon les demandes ou les problèmes identifiés, ses interventions sont ponctuelles pour une évaluation globale ou s'échelonnent sur plusieurs mois pour un suivi impliquant différents membres, notamment ergothérapeute et neuropsychologue, professionnels non disponibles en libéral.

Quelle que soit la provenance de la demande, l'accord de prise en charge est demandé au médecin traitant et tous les intervenants habituels sont contactés par l'infirmière coordinatrice pour évaluer la situation du patient et établir un projet personnalisé de prise en charge. Rachel Sautreau, infirmière coordinatrice : « nous ne nous substituons pas aux équipes déjà en place mais collaborons avec elles en amenant une vision extérieure et spécialisée. Au besoin, nous

mobilisons des moyens afin d'améliorer le retour et le maintien à domicile ».



Le soutien des proches qui partagent le quotidien du patient est aussi un objectif, car le comportement d'une personne, sa mobilité, ses capacités d'échanges ne sont plus forcément les mêmes après un AVC. Il est pour cela important de créer un climat de confiance : dans une région rurale comme le Limousin, les patients et leurs proches peuvent être impressionnés par l'arrivée d'une équipe spécialisée du CHU. Mais après un compréhensible temps d'observation et d'adaptation, l'équipe est facilement acceptée.

Depuis fin octobre, Hémipass a inclus 23 patients, principalement après des hospitalisations au CHU. « Le patient ou l'entourage peuvent aussi nous solliciter. On communique donc beaucoup vers les personnes impliquées auprès des patients, et espérons atteindre 100 inclusions par an », précise Rachel Sautreau.

3 questions à Rachel Sautreau, infirmière coordinatrice



Comment se déroulent vos prises en charge ?
Le médecin de l'équipe sollicite l'accord de prise en charge du médecin traitant et axe son activité sur les séquelles physiques de

l'AVC. La neuropsychologue accompagne patient et aidants dans le processus d'acceptation du handicap. Elle sensibilise les proches et les professionnels aux troubles cognitifs et explique comment les appréhender. L'ergothérapeute évalue et réadapte le lieu de vie, propose des aides techniques et des mises en situation écologiques. L'infirmière joue d'abord un rôle de coordination au sein de l'équipe et avec les intervenants extérieurs. Elle garde un rôle d'éducation thérapeutique et d'écoute auprès des patients et des aidants

afin de prévenir les complications. L'image de l'infirmière auprès de la population permet parfois de faire admettre les interventions de professionnels moins connus (ergothérapeute, neuropsychologue). La prise en charge est très personnalisée. On cherche à potentialiser les acquis, valoriser les progrès dans le contexte de vie du patient et aider le patient à se réapproprier ou à intégrer de nouvelles activités.

Qu'aimez-vous le plus dans votre métier ?

Hémipass valorise toutes mes expériences professionnelles antérieures : hospitalière, libérale, de rééducation, de travail d'équipe réduite interdisciplinaire, de coordination d'équipe. Je retrouve le fonctionnement connu en mission humanitaire : une petite équipe interdisciplinaire où chacun a besoin des connaissances de l'autre, où le dialogue et les échanges sont essentiels à une prise en charge cohérente. Le rapport soignant-soigné est très différent à domicile. Les barrières de la blouse blanche et du monde hospitalier sont écartées.

Les patients et les aidants familiaux sont plus à l'aise pour poser des questions et entendre des messages initiés en hospitalisation ou consultation. Cette confiance permet d'être plus efficace.

Echangez-vous sur vos pratiques avec les autres équipes mobiles ?

Lors de la préparation du projet HEMIPASS, j'ai rencontré l'équipe mobile du réseau HLA33 à Bordeaux et l'équipe mobile AVC de Mulhouse. J'ai ensuite eu des contacts avec l'UPSAV et l'équipe mobile des « Traumatismes Crâniens » pour mieux connaître leurs objectifs et moyens respectifs, et réfléchir à d'éventuelles collaborations. Il reste intéressant de rencontrer, à l'échelle régionale les autres équipes mobiles et à l'échelle nationale, les équipes spécialisées « AVC », afin de mettre en commun et d'optimiser nos outils de fonctionnement et d'évaluation.

Les aides techniques et architecturales pour favoriser le maintien à domicile

Depuis un peu plus d'une dizaine d'année en médecine physique et de réadaptation, les ergothérapeutes réalisent des visites au domicile des patients, afin d'envisager le retour chez eux.



Ces visites sont réalisées pendant l'hospitalisation du patient, lorsque son état donne une idée assez claire de l'état de dépendance qu'il va rencontrer lorsqu'il va rentrer à son domicile. Il est vraiment important pour l'équipe de se rendre sur place pour évaluer ce qu'est l'environnement de vie, « *On ne peut pas se contenter d'une description sommaire du*

patient ou de la famille » précise Thierry Sombardier, ergothérapeute cadre de santé en MPR. Le but de ces visites est alors d'envisager le retour à domicile en essayant les solutions qui pourraient réduire cette situation de dépendance, tant par l'architecture que par les aides techniques, ou les aides humaines. Concrètement, l'ergothérapeute se met en situation au domicile

sur quelques heures, en présence du patient. Les situations difficiles sont étudiées, comme l'accès à une baignoire, l'accès au domicile lui-même, la capacité à se transférer sur le lit ou à faire un demi-tour avec un fauteuil roulant. Il vérifie l'éclairage du domicile, les portes... Les points incontournables restent la salle de bains, la chambre et les circulations en interne et en externe. Un compte rendu de visite est alors rédigé, il soulève les problèmes architecturaux, les problèmes de matériel qui peuvent venir compléter les incapacités de la personne ou réduire le handicap et qui propose un certain nombre d'achat de matériel ou de travaux. Ce compte rendu est joint au dossier médical, au courrier de sortie et surtout remis au patient, qui reste en pleine liberté de le faire appliquer ou non. Il pourra s'en servir pour faire des démarches auprès de sa mutuelle, de la maison

départementale des personnes handicapées... Si le patient souhaite réaliser les travaux, les artisans qui les effectuent peuvent contacter les ergothérapeutes pour l'interprétation ou une aide à la lecture du compte rendu de préconisation.

Une présence incontournable de l'assistante sociale

Ces visites sont toujours un tandem assistante sociale ergothérapeute, car il faut évaluer la situation financière de la personne, afin de savoir comment va se faire le financement des travaux. La présence de l'assistante sociale est donc incontournable, elle participe à la réalisation du compte rendu des préconisations. Ainsi l'ergothérapeute et l'assistante sociale vont voir, ensemble, quelles sont les priorités de la personne en fonction de ses besoins, mais aussi en fonction de son projet de vie.

Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)

Depuis 1998, le CHU de Limoges possède une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP). Cette équipe permet, en collaboration avec tous les intervenants qui gravitent autour du malade (médecin traitant, hospitalisation à domicile, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...) de proposer une fin de vie au domicile pour les personnes qui le souhaitent et lorsque sont réunies les conditions favorables à un tel projet.

Depuis le 2 novembre 2010 une deuxième équipe, basée au Dorat (dans le cadre de l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin : HIHL), mais dépendante du CHU, assure les mêmes prestations au niveau du nord du département. Ces équipes, multidisciplinaires,

compte tenu de leur expertise, ont un rôle de conseil et de propositions en direction des professionnels qui ont en charge le patient ; elles ne réalisent pas de soins directement, sauf rares exceptions. La prise en charge du patient est globale grâce aux multiples compétences : douleur physique (médecins, infirmières), morale (psychiatre, psychologues) ; mais aussi problèmes sociaux (assistante sociale), nutritionnels (diététicienne)... Il convient d'associer à ces différents professionnels les bénévoles des associations agréées d'accompagnement en soins palliatifs, conventionnées avec le CHU, que sont Accompagnement Soutien Présence (ASP) et Vivre Avec en Limousin (VAL).

La notion de « domicile » doit être prise au sens large de lieu de vie du patient : les équipes se rendent auprès des malades en fin de vie sur le lieu de leur résidence individuelle ou en institution. Ainsi, pour les maladies graves, l'accompagnement peut se faire à l'endroit choisi par le malade et sa famille, en respectant toujours la volonté du patient, lorsqu'il est en capacité de l'exprimer, et sous-tendu par le projet élaboré entre lui et l'EMSP. C'est une tâche exaltante et enrichissante, qui est au cœur de la vie et de la mort des malades, qui touche au plus profond de l'humain. C'est une mission de service public que nous sommes fiers de remplir, grâce à l'hôpital public.



par le
Dr Gérard Terrier,
responsable du service
d'accompagnement
et de soins palliatifs,
pôle clinique médicale



1



2

HOPITAL DUPUYTREN

RESTRUCTURATION DU RESEAU VAPEUR

Suite à des dysfonctionnements réguliers à la stérilisation centrale, une étude a montré que la conduite d'alimentation se trouvait en fin de réseau, après la blanchisserie et les cuisines. Donc, en cas de demande importante de ces 2 unités, la stérilisation avait des baisses de pression.

Des travaux ont permis de reprendre les installations d'alimentation de la blanchisserie et des cuisines, pour amener l'établissement à faire des économies de fonctionnement. En effet, sur l'ensemble du réseau, les condensats (eau résultant du phénomène de condensation) partaient à l'égout. Les travaux ont permis de les récupérer et de renvoyer cette eau des réseaux à la chaufferie. Un équipement a également permis de transformer la chaleur des condensats en énergie. L'opération a commencé en avril 2010 pour se terminer en janvier 2011, pour un montant de 690 000 € TTC.

1 AMELIORATION DE LA PUISSANCE ONDULEE

Un important chantier a eu lieu entre juin et décembre 2010 pour améliorer le réseau électrique ondulé sur lequel sont branchés tous les appareils et équipements qui ne doivent pas subir de micro-coupure électrique.

Dans un 1^{er} temps, un 3^{ème} onduleur a été installé au 3^{ème} sous-sol à côté des deux autres, qui ne suffisaient plus à alimenter l'ensemble des besoins. Puis, un des deux onduleurs existants a été remplacé. La dernière phase a permis de revoir le câblage des onduleurs pour fiabiliser leurs alimentations par deux sources différentes.

Le montant de l'opération s'élève à 550 000 € TTC.

2 NOUVELLE SALLE SERVEUR INFORMATIQUE

Après différentes études, la DSI et les services techniques ont décidé de créer une nouvelle salle pouvant accueillir des serveurs informatiques au 2^{ème} sous sol de Dupuytren, dans l'ancienne salle Autocom. Un partenariat entre ces 2 services a permis de restructurer les locaux, de les sécuriser et de permettre l'installation d'équipements informatiques performants.

La mise en exploitation des nouveaux équipements informatiques se fait progressivement depuis janvier 2011.

Coût des travaux : 200 000 € TTC.

HOPITAL LE CLUZEAU

TRAVAUX ELECTRIQUES

Différents travaux ont été réalisés sur les installations électriques « primaires » de l'hôpital du Cluzeau entre 2008 et 2010. Ces travaux avaient pour objectif de fiabiliser l'alimentation électrique principale et les moyens de secours du site. Progressivement l'ensemble des installations haute-tension a été remplacé entre 2008 et 2010.

D'autre part, en 2010 d'importants travaux ont permis d'améliorer les moyens de secours électrique du site :

- ▶ Le groupe électrogène de la DSI a été remplacé par un nouveau plus puissant qui permet de secourir la totalité des installations (dont la salle informatique principale du CHU).
- ▶ Le groupe électrogène vieillissant de l'hôpital du Cluzeau a été également remplacé.

Montant total de 270 000 € TTC

HOPITAL JEAN REBEYROL

REPLACEMENT DES RESEAUX DE GAZ MEDICAUX

L'ensemble des installations de gaz médicaux a été remplacé dans le bâtiment V360 à Jean Rebeyrol. Il s'agissait de remplacer toutes les prises de gaz qui se trouvent dans les gaines « tête de lit » et les canalisations pour les mettre en conformité avec la nouvelle norme.

Dans les chambres à 2 lits, une gaine « tête de lit » a été installée pour chacun des lits, alors qu'il n'y en avait qu'une pour 2 lits auparavant.

De nouvelles pompes pour le vide ont été installées au sous-sol du bâtiment afin d'augmenter les débits.

Les travaux ont duré de septembre 2009 à octobre 2010, pour un montant de 710 000 € TTC.



« Quand on est infirmière dans un CHU on a plusieurs missions »

Après plusieurs années passées dans les soins, en tant qu'infirmière, Isabelle Broussoles a obtenu un diplôme d'attaché de recherche clinique (ARC) en 2003. Depuis, elle cumule ces deux fonctions au Centre d'Investigation Clinique (CIC).



Pourquoi avoir choisi de vous orienter vers la recherche clinique ?

Lorsque j'étais infirmière en réanimation, nous avions quelques études cliniques. En 2001, une opportunité s'est présentée pour participer à la création d'une unité de recherche clinique avec le Dr François. J'ai par la suite passé le diplôme inter-universitaire d'attaché de recherche clinique. Cela m'a apporté des connaissances législatives, réglementaires, épidémiologiques... J'avais envie d'approfondir les protocoles, de savoir comment les gérer, d'y participer. C'est une autre facette du rôle de l'infirmière. Quand on est infirmière dans un CHU on a plusieurs missions. Les soins j'ai vu, l'enseignement aussi... pourquoi ne pas approfondir la recherche !

Votre fonction ?

Mon métier c'est d'aider le méde-

cin investigateur en charge d'une étude clinique. Je l'assiste de façon concrète, sur le plan réglementaire, technique et pratique par la création d'outils de planification et de procédures. Auprès du patient, mon rôle démarre à partir de l'inclusion : je liste, avec le médecin, les critères d'inclusion/exclusion qui correspondent au protocole. Une fois le consentement du patient ou de la famille obtenu par le médecin, je peux, si cela est nécessaire, apporter des compléments d'information par rapport aux procédures. Ensuite je dispense le traitement, réalise les prélèvements, recueille les données, surveille les éventuels événements indésirables. Tout ceci se fait au lit du patient, dans les services de soins. La recherche clinique, ce n'est pas que des médicaments mais aussi des dispositifs médicaux, des méthodes diagnostiques, la comparaison de méthodes thérapeutiques... Nous recevons également, en consultation au CIC, des volontaires sains qui participent à des études.

Quel est le « plus » d'une IDE dans cette fonction et sa place par rapport aux ARC ?

Le plus, c'est la connaissance du milieu hospitalier, du fonctionnement d'un service, et du métier d'infirmière. On parle d'infirmière à infirmière, c'est plus facile. On sait faire la lecture d'une pancarte, l'interpréter. On sait où chercher l'information. Et puis notre métier d'infirmière nous permet de faire des prélèvements, d'attribuer des traitements. On fait les mêmes choses qu'un ARC, mais en plus on va pouvoir l'appliquer sur le terrain. Les ARC eux, ont d'autres

compétences et connaissances, plus approfondies, en biologie ou en science. On se complète !

Les soins vous manquent ?

J'ai toujours une activité de soins, même si elle est moins intense. Je ne fais pas tout à fait les mêmes soins, mais je réalise des prises de sang, des pansements, je prépare des traitements... Je suis prioritairement infirmière ! J'ai une compétence supplémentaire avec la recherche clinique. Cela m'a permis d'évoluer et d'avoir des horizons beaucoup plus larges. Maintenant, je suis dans une dimension plus relationnelle, c'est beaucoup moins technique.

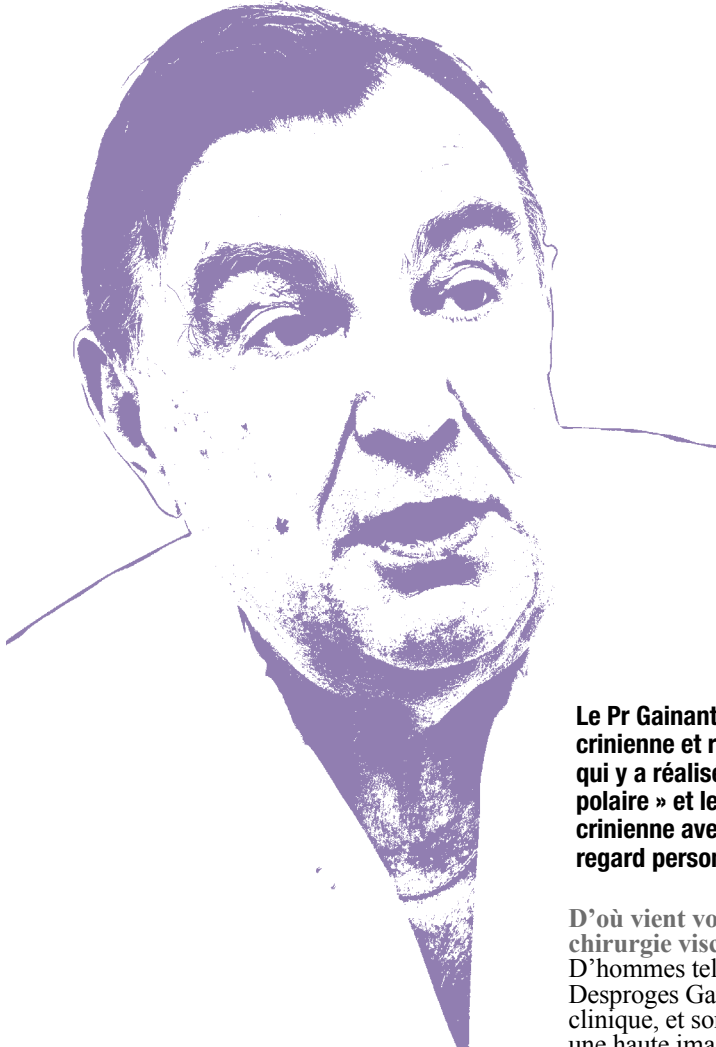
La souffrance des patients dans votre quotidien est moins pesante ?

J'ai pris plus de recul. Je ne suis pas quotidiennement avec des gens qui souffrent. Mais comme on a une antenne du CIC en réanimation, on est auprès de patients dans un état critique avec des familles qui sont dans une période de crise et c'est effectivement plus difficile, mais je ne le vis pas de façon aussi intense que les infirmières du service. Je ne suis pas partie dans ce métier d'ARC par saturation de mon métier d'infirmière. J'aime toujours mon métier, j'avais juste envie d'évoluer, de voir autre chose. ■

« La recherche clinique, ce n'est pas que des médicaments... »



« L'hôpital vit



Le Pr Gainant, responsable de service de chirurgie digestive, générale et endocrinienne et responsable du pôle viscéral et orthopédie, est un pur limougeaud qui y a réalisé son internat et grandit avec l'hôpital. Ses responsabilités « polaire » et le récent regroupement du service de Chirurgie digestive et endocrinienne avec celui de Chirurgie viscérale, lui permettent de nous livrer un regard personnel aiguisé et sans langue de bois sur l'hôpital et son évolution.

D'où vient votre attrait pour la chirurgie viscérale ?

D'hommes tels le Professeur Desproges Gautron qui par son sens clinique, et son érudition m'a donné une haute image de la noblesse de la Médecine et le Professeur Cubertaufond qui par ses gestes précis et délicats m'a enseigné le respect des tissus sur lesquels nous travaillons. La chirurgie m'a paru effectuer la synthèse entre la construction diagnostique et le geste thérapeutique efficace dans lequel s'implique fortement le praticien. La chirurgie digestive ou viscérale constitue une spécialité médico-chirurgicale prenant en charge des pathologies variées. Parmi ses champs d'action, on peut citer les maladies cancéreuses et les pathologies inflammatoires du tube digestif et des glandes annexes, la pathologie endocrinienne, la chirurgie réparatrice de la paroi abdominale ou des malpositions viscérales tels les prolapsus rectaux et les hernies hiatales.

30 ans d'une même chirurgie dans un même hôpital...

Au cours de ces années de nombreuses évolutions voire révolutions ont marqué les techniques chirurgicales. La mise sur le marché d'ins-

truments de viscérosynthèse fiables et d'utilisation facile a conduit à la description de nouvelles techniques et à l'amélioration des résultats par diminution des complications. Plus récemment la chirurgie laparoscopique a pris une place prépondérante en chirurgie viscérale. Elle est devenue le gold standard pour la cholécystectomie ou le traitement du reflux gastro-oesophagien. Parmi les interventions de chirurgie digestive, seules les transplantations d'organe (foie, pancréas, grêle) n'ont jamais été effectuées par laparoscopie. Une étape supplémentaire est franchie par le développement de la chirurgie par trocart unique permettant des exérèses par une seule incision ombilicale. De même la chirurgie par les orifices naturels bouche ou vagin (NOTES) qui réunit chirurgiens et gastroentérologues interventionnels a prouvé sa faisabilité. L'ensemble de ces progrès a abouti à une diminution des durées d'hospitalisation dont le summum est la chirurgie ambulatoire. Pour les réparations pariétales, des bio-prothèses qui se résorbent progressivement permettent des reconstructions en milieu septique. Les indications opératoires ont aussi évolué, comme en témoigne l'expansion de la chirur-

« Le chef de pôle donne les directions, crée l'homogénéité entre les services du pôle. »

dans un monde ouvert »



gie bariatrique.

Et le robot chirurgical ?

Formidable progrès technique appelé à évoluer, le robot est utilisé en chirurgie digestive pour réaliser des séquences opératoires délicates dans un espace réduit. Il semble avoir une utilité pour la réalisation des by-pass gastriques, des dissections du bas rectum, ou des hépatectomies. Cependant il paraît difficile à utiliser pour réaliser la totalité d'une intervention nécessitant l'abord de différents secteurs de la cavité péritonéale. Mais tout ceci va évoluer...

Quel regard portez-vous sur l'hôpital public et le CHU de Limoges aujourd'hui ?

L'hôpital vit dans un monde ouvert, où la concurrence avec le privé est plus forte qu'avant. Nous sommes en pleine mutation avec une nouvelle carte sanitaire. La T2A qui régit maintenant les recettes de l'établissement paraissait permettre la reconnaissance du corps médical comme étant la cheville ouvrière de l'activité. Ce mode de financement doit cependant prendre en compte les missions du CHU, établissement de recours devant prendre en charge les pathologies les plus lourdes, nécessitant des besoins en personnel et infrastructures adaptés. J'ai finalement le sentiment que tous les établissements sont mis au même niveau, et

que l'économie prédomine sur le soin. Nous devons progresser dans nos organisations, mais il nous faut des moyens suffisants pour prendre en charge tous les patients et toutes les pathologies.

La délégation de gestion ne vous aide-t-elle pas à avoir ce pilotage adapté ?

Le chef de pôle donne les directions, crée l'homogénéité entre les services du pôle. Sa liberté d'action est cependant limitée, la délégation de gestion ne doit pas se limiter comme on en a parfois l'impression à une gestion de la pénurie. Il me semble que le chef de pôle doit donner les orientations, et l'administration fournir les moyens de les réaliser. Il assure l'interface entre les unités médicales constituant le pôle et la Direction Générale, la direction des ressources humaines non médicales et la coordination générale des soins qui in fine répartissent les moyens en personnel. C'est une nouvelle fonction pour laquelle il nécessite une assistance administrative, ses métiers étant avant tout « soins, enseignement, recherche ». Cependant l'objectif commun de l'ensemble des acteurs vers une optimisation des soins fournis aux patients devrait permettre de résoudre les difficultés rencontrées. La notion d'appartenance à un pôle au-delà de celle de service progresse. Les plateaux

techniques du pôle sont plus homogènes qu'avant, et l'été dernier les personnels ont su passer d'un service à l'autre en fonction des besoins. Mais bien que les effectifs relèvent aujourd'hui du pôle, leur mobilité entre unités médicales, notamment côté soignants, reste limitée. Il faut reconnaître que chaque spécialité présente des spécificités, et que l'expérience des soignants constitue un facteur primordial de la qualité des soins.

Pourquoi ?

Les habitudes restent des obstacles. Nos équipes sont compétentes et dévouées mais en période d'évolution les interrogations naissent. A mon sens l'habitude n'est pas un critère recevable pour harmoniser les protocoles. Ceux-ci doivent faire référence aux recommandations des sociétés savantes.

Il est vrai que l'été dernier vous avez, en plus, conduit le rapprochement de deux services...

Il était logique. D'un point de vue médical et économique. Il ne faut pas que la diminution capacitaire et les adaptations en personnels posent un problème d'accueil des patients. Mais la mise en place de nouvelles organisations, un essor de l'hospitalisation de semaine et de l'ambulatoire en priorité, doivent éviter cet écueil. ■



« Favoriser une qualité de prise en charge et une sécurité des soins optimales »

Responsable de la qualité aux missions élargies (informatisation des pratiques et traçabilité au bloc opératoire, gestion de contrats de prestations externalisées : biomédical...) à la Clinique du Colombier jusqu'à la fin 2010, Nathalie Vidal a choisi de rejoindre notre CHU. Elle participera notamment à la conduite de la démarche de certification de notre établissement.



sanitaire, social et médico-social à l'IUP de Limoges. Une formation complétée par un Mastère spécialisé « Management des entreprises de santé » à l'École Supérieure de Commerce de Toulouse.

Comment définiriez-vous votre métier d'ingénieur qualité ?
Nous travaillons pour favoriser une qualité de prise en charge et une sécurité des soins optimales. Nous aidons les pôles à s'inscrire dans cette dynamique en mettant les patients au cœur de leurs réflexions, dans un cadre réglementaire défini par nos autorités de tutelle. L'ingénieur qualité pilote aussi enquêtes et audits pour évaluer l'existant, et travaille sur la gestion des risques en lien avec les professionnels impliqués sur ces thèmes.

Vous découvrez le CHU, après une expérience en clinique. Quelles sont vos premières impressions ?
J'ai rejoint le CHU pour explorer la qualité dans son intégralité, et les dossiers à venir vont me le permettre. Mais j'ai le sentiment que les problématiques qualité sont les mêmes. Certes, avec une échelle différente, naturellement plus importante au CHU. Le CHU de Limoges c'est la référence régionale.

Mais l'hôpital public connaît aujourd'hui des évolutions d'organisations que le secteur privé connaît également au travers de fusions ou de rapprochements.

« Une démarche qualité ne peut vivre qu'avec les professionnels de l'établissement. »

Nous recevons la visite des experts HAS pour la certification au mois de juin. Quel rôle joue la qualité ?
Nous accompagnons les équipes pour qu'elles connaissent mieux le référentiel et la mise en place des actions à déployer. Une démarche qualité ne peut vivre qu'avec les professionnels de l'établissement. L'idée n'est pas d'alourdir leur quotidien, mais bien les accompagner dans la réflexion sur leurs pratiques et de faciliter la mise en œuvre des actions d'amélioration de la prise en charge.

Vos missions prioritaires pour cette année ?
Tout ce qui relève de la certification, évidemment, mais pas seulement. Je vais travailler avec le Dr Benmoussa pour parfaire l'organisation de la gestion des risques, en privilégiant

une gestion « a priori » plutôt qu'en réaction. Je vais aussi travailler sur différentes enquêtes : l'enquête nationale de satisfaction patients, et un projet de recherche européen « DUQuE » auquel participent 12 établissements français dont notre hôpital, pour mesurer l'impact des dispositifs d'amélioration de la qualité. Un autre « gros projet » sera celui du dossier patient. Avec l'aide d'un consultant et en collaboration avec l'équipe du système d'information, nous allons exploiter les travaux déjà menés sur ce thème pour repenser son organisation et préparer son informatisation.

L'agenda s'annonce très chargé... entre deux dossiers, vous aurez le temps de quelques loisirs ?
On verra. J'aime la montagne pour pratiquer ski et randonnées... ■



D'où vient votre intérêt pour le secteur sanitaire ?
La variété et la complexité de cette activité m'ont toujours attiré. Je trouve intéressant de chercher dans un management guidé et imposé par les tutelles, les moyens d'adapter l'obligation au besoin des acteurs de terrain. La diversité des interlocuteurs en milieu hospitalier, avec les professionnels et les usagers, rend les échanges particulièrement intéressants.

Quel a été votre parcours étudiant ?
J'ai suivi une formation de management et gestion en secteur



CHU DE GRENOBLE :

Quand les patients inscrivent LEURS RENDEZ-VOUS sur les agendas des médecins

Le CHU de Grenoble expérimente la gestion directe des rendez-vous médicaux par ses patients. Un site Internet sécurisé, dont l'usage pourrait être généralisé et étendu à d'autres types de services à partir de 2011 est au centre du dispositif.

Depuis la première semaine d'octobre, la « prise directe de rendez-vous dans les agendas des médecins » par les patients est testée dans les services de cardiologie, de chirurgie plastique de la main et des brûlés, d'endocrinologie, d'onco-hématologie, et orthopédie du CHU de Grenoble. Une révolution pourtant attendue tant par les équipes du CHU que par les patients (voir l'interview de Jean-Philippe Descombes, directeur du pôle systèmes d'information de l'établissement). Les services pilotes ont été choisis car les patients y sont suivis dans le temps et les équipes médicales avaient un besoin particulier de s'organiser. Des patients qui doivent quand même remplir deux conditions pour accéder à ce service. Ils doivent d'abord disposer d'un compte de connexion au site internet sécurisé « epatient.chu-grenoble.fr » pour disposer d'un accès direct à l'application de gestion des rendez-vous médicaux « DRDV ». Il faut aussi qu'ils soient déjà venus une fois en consultation dans le service. Les autres patients doivent prendre leur premier rendez-vous par l'intermédiaire des secrétaires et se présenter au bureau des entrées. « Pour l'heure, il y a une volonté des services de maîtriser les premiers rendez-vous », indique Jean-Philippe Descombes. L'interface dispense les secrétaires de ressaisir les informations, que les secrétariats doivent néanmoins confirmer. Le bureau des entrées procède ensuite à une vérification automatique des droits de l'assuré et crée une pré-admission pour les patients déjà accueillis dans l'année écoulée. Ceux-ci peuvent alors se rendre directement

dans les unités de soins où ils sont attendus. Les patients ont même la possibilité de « déplacer leurs rendez-vous selon les disponibilités des professionnels de santé, actualisées en temps réel », jusqu'à 24 heures avant la date prévue. Cependant, chaque service établit ses règles pour éviter les travers et détermine le nombre maximal de rendez-vous par patient et les intervalles limites de durée entre deux réservations, précise-t-il.



S'inscrire en ligne, avoir confirmation de ses rendez-vous par SMS

Le dispositif est complété par une application de rappel automatique des dates de rendez-vous par SMS et e-mail, développée par la société Interlude Santé, qui libère les secrétaires d'une tâche supplémentaire. L'établissement espère ainsi économiser environ 10 % des rendez-vous manqués qui ne sont pas annulés lors de prises de rendez-vous « classiques ». Si le projet E.Patient, débuté en janvier 2010, n'a eu besoin que de 9 mois pour entrer en production, il le doit à tous les acteurs qui ont été rapidement convaincus de sa pertinence. Le CHU de Grenoble se donne encore 1 mois pour le « passer à l'épreuve des faits » et présentera une évaluation pour mesurer « l'impact organisationnel », les conséquences économiques et la satisfaction des patients. Dans un avenir proche, la prise directe de rendez-vous devrait être progressivement étendue à d'autres unités de soins. Une ouverture aux primo-rendez-vous sur des services comme la médecine du travail ou les centres de vaccination pourrait même être envisagée. ■

Jean-Philippe Descombes,
directeur du pôle
systèmes d'information
de l'établissement



Comment ce projet est-il accueilli en interne ?

La motivation des secrétaires est très importante. Elles y voient une évolution de leur métier facilitant d'autres approches organisationnelles. L'enthousiasme est identique côté médecins. La difficulté vient même de cet engouement qui se traduit par des demandes de services de rentrer d'emblée dans le dispositif... ce qui n'était pas le modèle initial qu'on avait appelé prudemment « expérimental ».

Le nombre de connexion est-il important ?

Le portail ayant démarré début octobre, nous n'avons pas encore assez de recul. Ce que nous avons perçu c'est une demande importante d'un certain nombre de patients pour simplifier et fluidifier certains flux comme la consultation.

Quels sont vos points d'amélioration et de vigilance ?

Il faudra sans doute qu'on revoit notre rythme de déploiement ce qui ne pose pas foncièrement de difficultés tant le système est simple et sans ressaisies côté utilisateurs. Côté secrétaire, nous avons écarté du dispositif les primo rendez-vous (ce qui évoluera rapidement). Nous ne présentons pas de photos, ni d'agendas accessibles (sauf pour des structures ouvertes type centre de vaccination) afin d'éviter les utilisations abusives, voire toute forme de discrimination (on choisit par « paresse » les médecins dont le nom commence par A plutôt que par Z). Enfin, le nombre de consultations par patient est limité en nombre et en fréquence. Côté technique, notre attention porte sur la sécurisation du système car le patient est directement intrusif dans l'application interne de gestion des rendez-vous (Cristal-net). Il s'agit simplement d'un paramétrage lié au démarrage : sauf pour les services primo accès comme les centres de vaccinations et d'autres qui le souhaiteront, dans l'immédiat ce sont les secrétaires qui proposent aux patients.

Pourquoi ?

On m'a exprimé la crainte qu'un patient « accros » s'amuse à habiller et créer des comptes pour toutes les personnes de son immeuble d'une part ou pré-réserve d'autres rendez-vous. D'où une règle également pour limiter le nombre de rendez-vous par patient : définir des intervalles minima entre deux rendez-vous. Sur le fond je pense que ces points de vigilance ne serviront pas longtemps.



Affiches 4x3 à Châteauroux dans le cadre de la campagne derecrutement du CHU, février 2011.



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