

mieux connaître  
**L'UNITE D'ACCUEIL  
MEDICO-JUDICIAIRE**

rencontres  
**PATRICK BUSSIERE  
Pr PHILIPPE BERTIN  
FRANCIS ARSOUZE  
FANNY TERRO**

dossier

## **Grippe A(H1N1) : ce qui nous attend...**

ailleurs

**ORGANISATION DES BLOCS OPERATOIRES :  
L'EXEMPLE DU CHU DE NICE**

# sommaire



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

Publication du service  
de la communication

service.communication@chu-limoges.fr

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

## 04 | actualités

## 06 | à venir

07 | Choisissez notre nouveau logo

## 10 | travaux

## 11 | mieux connaître

11 | L'unité neuro-vasculaire :

bonne nouvelle pour les victimes d'AVC en Limousin

12 | Nouvelle unité d'accueil médico-judiciaire : aider les mineurs  
victimes de maltraitements physiques et/ou sexuelles

13 | Angiotensinogène et cancer du foie :  
limitation de l'angiogenèse tumorale

14 | La cellule de promotion de la réflexion éthique se structure et s'organise

15 | Le don de sang placentaire

16 | La chirurgie des mouvements anormaux :  
une nouvelle activité pour notre CHU

## 18 | dossier

Grippe A(H1N1) : ce qui nous attend...

## 27 | rencontres

27 | Francis Arsouze

28 | Pr Philippe Bertin

29 | Fanny Terro

30 | Patrick Bussière

## 31 | ailleurs

Organisation des blocs opératoires : l'exemple du CHU de Nice

## 33 | ressources humaines

33 | Médailles d'honneur départementales et communales

34 | Concours - Mouvements - Carnet

## l'image

dernière page | Campagne d'affichage sur le dépistage de la syphilis

Chorus inaugure 2 nouvelles  
rubriques pour faciliter votre  
lecture :  
" à venir " accueille désormais  
les informations sur des  
événements programmés  
dans les 3 prochains mois,  
" mieux connaître " propose  
des focus sur des activités de  
notre CHU, nouvelles ou  
méritant un coup de projecteur.

# éditorial



par Hamid Siahmed,  
directeur général

## In virus virtus

**N**ous avons été fortement mobilisés pour répondre aux premiers cas de grippe A(H1N1) contractés par 4 de nos agents et anticiper une pandémie de ce virus (voir dossier page 18).

Pour certains, le temps et les moyens mobilisés sont trop conséquents au regard du risque couru. Pour d'autres, ils sont proportionnels aux enjeux : prévention et protection des patients et des personnels, maintien de l'activité...

Quelle est ma position ?

Celle d'un responsable d'hôpital universitaire qui doit trouver un juste équilibre et favoriser la progression de son établissement...

Certes, nous avons défini des procédures de prise en charge des patients et des personnels contaminés A(H1N1) ou susceptibles de l'être. Mais elles sont graduées. Surtout, nos équipes ont su proposer des organisations où nos autres activités n'ont pas été oubliées. Les patients qui n'ont pas la grippe A(H1N1) comptent toujours sur nous, que ce soit pour leur petite traumatologie ou des pathologies demandant des prises en charge complexes. Je crois que nous nous sommes efforcés de penser des solutions pour répondre au quotidien et à l'exceptionnel.

Comme il est bon de tirer expérience de toute chose, je vois aussi quelques vertus au travail que nous produisons pour lutter contre cette grippe.

Il met en exergue l'excellence de notre laboratoire de bactériologie-virologie-hygiène, sollicité par delà le Limousin. Il valorise les compétences et la réactivité de nos équipes d'infectiologie, l'importance de notre pharmacie et le rôle de notre médecine du travail, dont les missions ne se limitent pas à notre seul CHU.

Au fil de l'évolution des connaissances sur le virus, nous avons également dû repenser et adapter nos organisations. L'exercice est intéressant et riche d'enseignement pour relever d'autres défis.

Cette expérience nous a enfin rappelé l'exemplarité qui doit être la nôtre. Nous devons être irréprochables dans nos applications des règles d'hygiène. Nous devons aussi être exemplaires, et je suis sûr que nous le serons, dans la vaccination tant contre la grippe saisonnière que contre le virus A(H1N1). Il n'est pas envisageable de vouloir soigner, sans souci de faire le maximum pour ne pas contaminer nos patients et équipiers... ■



## Ouverture du site internet du CMRR

Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) vient de lancer son site internet, accessible à l'adresse [www.cmrr-limousin.org](http://www.cmrr-limousin.org)



## Déclaration électronique des certificats de décès : guide pratique



Nous devons mettre en œuvre la déclaration électronique des certificats de décès se substituant au support papier utilisé jusqu'alors. Vous trouverez à cet effet en rubrique documenthèque de Hermès un guide pratique, adapté à notre CHU, pour l'utilisation de l'application web mise en place par l'Inserm et l'InVS. Le site lui-même est directement accessible via Hermès, en rubrique « Applications » « Inserm - CépIdc ».

## Erratum

Dans le Chorus n° 90, nous vous présentions la nouvelle composition des pôles qui sera applicable à compter de janvier 2010. Dans le pôle clinique médicale, nous avons fait apparaître « Explorations fonctionnelles neurologiques ». Il s'agit d'une erreur, puisque les explorations fonctionnelles neurologiques sont rattachées à la neurologie qui dépend elle-même du pôle neurosciences - tête et cou.

## 5 NOUVEAUX LIVRETS D'ACCUEIL POUR UNE INFORMATION " SUR MESURE "

Les nouveaux livrets d'accueil de la personne hospitalisée ont été édités. Désormais ils sont au nombre de cinq, un pour chacun de nos hôpitaux, afin que l'information délivrée soit la plus personnalisée possible. Ces livrets, distribués à chaque personne entrant en hospitalisation, présentent les conditions de séjour, les services, les informations pratiques...



## Lancement de deux appels à projets de l'ARC : recherche clinique et instituts

En 2008, la politique scientifique de l'ARC a pris un nouvel élan avec l'élaboration de nouveaux appels à projets pour soutenir la recherche clinique, favoriser l'implantation de nouvelles équipes de haut niveau dans des structures de recherche françaises et renforcer sa politique de site en région.

Dans la continuité de cette politique incitative, l'ARC lance deux nouveaux appels à projets :

- ▶ « Soutien à la recherche thérapeutique innovante en cancérologie »
- ▶ « Accueil de nouveaux talents pour une recherche innovante en cancérologie »

Les dossiers de candidature et les calendriers correspondants à ces projets sont disponibles sur le site [www.arc.asso.fr/pages\\_chercheurs/index2.htm](http://www.arc.asso.fr/pages_chercheurs/index2.htm) dans l'espace « chercheurs ».



Association pour la Recherche sur le Cancer

Reconnue d'utilité publique

## Un nouveau CPOM adopté par l'ARH et le CHU



Le CHU et l'ARH ont signé au second trimestre le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de

Moyens (CPOM) qui présente les orientations stratégiques prioritaires, en conformité avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et en tenant compte du projet médical de territoire et du projet d'établissement.

Le champ des activités couvertes par ce CPOM est constitué :

- ▶ des autorisations
- ▶ des reconnaissances d'activités (lits identifiés soins palliatifs, unité de soins intensifs, unités de surveillance continue)
- ▶ des opérations de restructuration et d'humanisation (investissements inscrits dans les plans hôpital 2007, hôpital 2012)
- ▶ des missions spécifiques de l'établissement

(AMP, DPN, IVG...)

- ▶ des missions d'intérêt général (annexe MIG par MIG)

Il précise aussi les orientations stratégiques de notre CHU qui porteront pour les prochaines années sur :

- ▶ la filière gériatrique
- ▶ la cancérologie
- ▶ la filière AVC
- ▶ la recherche clinique.

Un volet important de ce nouveau CPOM porte aussi sur les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) :

- ▶ implantations (position du CHU dans la gradation des soins régionale)
- ▶ volume d'activité par discipline (fourchette borne basse, borne haute)
- ▶ objectifs spécifiques (exemple : chirurgie ambulatoire et de courte durée).



## COOPÉRATION INTERNATIONALE

Le jeudi 27 août, la direction générale du CHU, la direction des soins et le service de maladies infectieuses et tropicales accueillèrent 3 hospitaliers vietnamiens, l'occasion d'échanger sur les prises en charge hospitalières dans nos pays respectifs et de s'enrichir des expériences de chacun.

## Le service de CTCV a organisé une conférence internationale d'experts sur le diagnostic des maladies vasculaires



**Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et angiologie**

Pour la première fois à l'échelle mondiale, une conférence de consensus internationale a été organisée par le Dr Victor Aboyans et le Pr Philippe Lacroix pour la standardisation du diagnostic de l'artériopathie des membres inférieurs à partir de la mesure de l'Index de Pression Systolique (IPS). En effet, la mesure de l'index de pression est simple

mais les méthodes décrites par différentes équipes varient, tant par le matériel à utiliser que les artères choisies et les seuils d'anomalies fixés. Cette hétérogénéité rend la recherche difficile et surtout une incidence majeure en termes de santé publique et d'économie de santé, puisque selon la méthode choisie, la fréquence de cette maladie peut être estimée du simple au triple ! D'où la nécessité de définir des normes permettant d'homogénéiser les pratiques pour rechercher au mieux les sujets malades.

Cette réunion s'est déroulée, du 21 au 24 septembre 2009, à Varetz (19). Lors de ces 3 jours, les participants ont présenté leur analyse des travaux effectués puis ont déterminé des recommandations.

Pour plus de renseignements :

Pr Philippe Lacroix, responsable de l'unité de médecine vasculaire,

Dr Victor Aboyans, praticien hospitalier en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et angiologie.

## Le CHU de Limoges illustre le développement durable



Une équipe du magazine hospitalier a passé une journée au sein du CHU de

Limoges afin de tourner un film sur les actions de développement durable mises en place par notre hôpital : chaufferie biomasse, voiture roulant au gaz, panneaux solaires, unité de traitement des DASRI...

Ce film de 3 minutes est visible sur le site [www.hospitv.com](http://www.hospitv.com)

## Voir Alzheimer autrement...



La semaine de la maladie d'Alzheimer en Haute-Vienne s'est déroulée du 17 au 25 septembre 2009. L'objectif de

cette semaine a été de sensibiliser et d'informer le public, à travers des manifestations gratuites (théâtre, danse, courts métrages, conférences, forum et portes ouvertes) qui se sont déroulées sur le département.

Notre CHU a bien évidemment contribué activement à cette semaine en organisant une conférence-débat ouverte au public, sur le thème « du domicile à l'entrée en institution » et un spectacle de danse à l'hôpital Dr Chastaingt. Une exposition d'œuvres artistiques réalisées par les résidents a également été proposée au public sur toute la semaine sur les hôpitaux Dr Chastaingt et Jean Rebeyrol.

## JOURNÉE MONDIALE DU LYMPHOME

Une réunion d'information et d'échange auprès du grand public a été organisée le 15 septembre à la faculté de médecine de Limoges afin de mieux faire connaître cette maladie. Outre les interventions du Pr Dominique Bordessoule, du Pr Jean Feuillard et de Mme Bourdeix, infirmière responsable de la consultation d'annonce du service d'hématologie, des patients sont venus témoigner et partager leur vécu.



## 4<sup>ème</sup> semaine nationale de mobilisation pour le don de moelle osseuse

L'Agence de la biomédecine en collaboration avec l'Etablissement Français du Sang (EFS), les centres hospitaliers et les associations organisait du 14 au 20 septembre la 4<sup>ème</sup> semaine nationale de mobilisation pour le don de moelle osseuse. Le don de moelle osseuse permet de sauver des malades atteints de leucémies ou d'autres maladies graves du sang. Il est important de recruter de nouveaux donneurs de toutes origines, à l'image de la population française et à l'image des malades ayant besoin d'une greffe de moelle osseuse. Pour obtenir gratuitement un formulaire d'inscription et un document

d'information : [www.dondemoelleosseuse.fr](http://www.dondemoelleosseuse.fr) ou 0 800 20 22 24 (appel gratuit).

Vous pouvez aussi appeler le Dr Drouet au 56188.



## GRAINES D'HOSTO : AUTO-VACCINÉ





## 2 nominés de notre CHU aux Victoires de la médecine



Notre CHU a déposé trois candidatures aux Victoires de la médecine 2009. La cérémonie de remise des prix aura lieu le 12 novembre 2009 au Théâtre du Châtelet (Paris).

« *Optimisation de la qualité du traitement chirurgical de la carcinose péritonéale par prise en charge psycho-morphologique et cutanée des patients* », par le service de chirurgie viscérale et transplantations, dans la catégorie chirurgie. Il s'agit de la mise en place d'une consultation spécifique dédiée à 3 compétences : savoir-faire infirmier, sophro-relaxation, onco-esthétique, en étroite collaboration avec le chirurgien et l'équipe pluri-disciplinaire.

« *Le réseau Hématolim : une réponse à l'inégalité d'accès aux soins, à la recherche clinique et à l'innovation thérapeutique dans la région Limousin* », par le réseau Hématolim dans la catégorie réseau de soins. Ce projet veut apporter une réponse à l'inégalité d'accès aux soins, à la recherche clinique et à l'innovation thérapeutique dans la région Limousin, en ce qui concerne les consultations spécialisées d'hématologie.

« *Obtention de grossesses après autogreffe de tissu ovarien cryopréservé* », par le service de gynécologie-obstétrique, dans la spécialité technologie. Il s'agit de la restauration de la fertilité après des traitements castrateurs. Un procédé d'autogreffe du tissu ovarien en deux temps qui a permis d'obtenir la première naissance française par cette technique.

Les deux derniers dossiers cités viennent d'être désignés parmi les nominés de leur catégorie.

## Colloque ETP

Le jeudi 22 octobre 2009, l'Urcam du Limousin organise un colloque professionnel sur l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Pour participer à cet événement qui se déroulera de 9h30 à 17h00 à la faculté de droit et de sciences économiques de Limoges, merci de vous inscrire avant le 5 octobre auprès de l'Urcam du Limousin - contact : Stéphanie Perrachon au 05 55 32 98 05.



## Le hall de l'hôpital de la mère et de l'enfant s'égayé

De nombreuses pistes de décorations ont été étudiées pour égayer ce hall - très beau mais un peu froid, en particulier pour ses plus jeunes visiteurs et patients : vidéo-projection, statue... La technique, la sécurité, le coût n'ont pu permettre leur concrétisation. C'est donc un autre projet qui a été retenu. Des autocollants représentant des formes et silhouettes ludiques, aux couleurs vives, seront apposés sur les vitres. Créées par le service communication, fabriquées et apposées par Didier Coriveau (services techniques), ces vignettes ont vocation à évoluer au fil des saisons. Un support simple, peu coûteux et évolutif qui espérons-le suscitera la curiosité et l'empathie des petits et des plus grands.



Un des projets de vitrophanie du hall de l'hôpital de la mère et de l'enfant

A partir du 12 octobre, le hall de l'hôpital de la mère et de l'enfant accueillera aussi une exposition permanente de photos.

Réalisées par Jacques Ragot et Véronique Burger (agence Phanie) ces photos professionnelles figent des moments d'activité et de vie de nos équipes et de nos patients.

## Certification HAS, 3<sup>ème</sup> procédure 2009-2010



La 3<sup>ème</sup> procédure de certification HAS est planifiée par la Haute Autorité de Santé sur la base du référentiel V2010 du manuel de certification. Il s'agit d'une démarche participative qui va mobiliser l'ensemble des pôles, secteurs et personnels des différentes catégories socioprofessionnelles.

Le CHU de Limoges a initié la démarche d'auto-évaluation le 10 septembre 2009 en animant deux réunions d'information à la Faculté de médecine et de pharmacie. Ces présentations animées par l'équipe qualité-gestion des risques-évaluation ont été suivies par de nombreux professionnels de l'établissement.

### L'auto-évaluation

La constitution des groupes d'auto-évaluation est en cours, sur appel à candidature. Elle est menée auprès de l'ensemble du personnel médical et non médical. Une formation sera assurée courant novembre à l'ensemble des pilotes des groupes et aux membres du bureau qualité. Des outils seront mis à disposition des groupes sur le site Hermès. Les membres du bureau qualité et de l'équipe qualité-gestion des risques-évaluation accompagneront les groupes d'auto-évaluation tout au long de la démarche.

### Le référentiel : manuel de certification V2010

Les objectifs du manuel de certification V2010 :

- ▶ renforcer l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- ▶ réduire la charge de travail induite pour les professionnels des établissements et les contraintes formelles
- ▶ accroître et préciser la garantie fournie aux usagers et à l'environnement
- ▶ renforcer le rôle de la certification dans la régulation des établissements de santé.

### Dates importantes à retenir

octobre 2009 : constitution des groupes  
 novembre 2009 : formation des groupes  
 de décembre 2009 à mars 2010 : travail d'autoévaluation  
 juin 2010 : envoi du rapport d'auto-évaluation  
 décembre 2010 sur une période de 9 jours : visite des experts-visiteurs

Pour en savoir plus, consulter Hermès, rubrique « Documenthèque », espace certification.

# Choisissez notre nouveau logo

Le dernier Chorus présentait le projet de changement de logo de notre CHU. La direction générale souhaite que le nouveau logo s'inspire de la maquette qui recueillera le plus de suffrages de la part de nos équipes.

Les lectures d'un logo sont personnelles et varient selon les références et les statuts de chacun : patient, personnel du CHU, partenaires...

Nous avons cependant respecté certaines règles graphiques et sémiotiques pour élaborer les maquettes ci-contre.

Dans la majorité des pistes, les couleurs sont souvent multiples, comme nos métiers, et rappellent notre vocation d'accueil universel. Elles suggèrent aussi une modernité et une chaleur que ne traduit pas notre logo actuel.

Les pistes 1 à 4, s'inspirent des « gouttes » des sigles services et pôles. Elles les connectent ou les interconnectent pour traduire la notion de réseau, de travail pluri-disciplinaire, d'ouverture et de rayonnement. 5 gouttes comme le nombre d'établissements de notre CHU ou pour amener un élément humain : les doigts d'une main. Parfois plus pour évoquer toutes nos composantes, et nos partenaires : autres hôpitaux, médecins de ville... Le logo de la piste 4 se distingue par sa direction oblique, qui le dynamise et le distinguerait assurément sur des documents à multiples sponsors.

Les maquettes 5 et 6 reprennent l'idée de travail en association, en proximité géographique et professionnelle. Leurs formes hexagonales font penser à des cellules, des entités ou des régions qui s'agrègent.

Les typographies sont plus modernes et hiérarchisent l'information. « CHU » est l'élément le plus lisible. « Centre hospitalier » apparaît en toutes lettres et réaffirme nos spécificités : hospitalier et universitaire. « Limoges » est en gras, parfois en majuscule, souvent encadré de 2 filets qui le mettent en avant.

Ces logos sont pensés pour vivre dans des environnements et formats divers : noir et blanc, petit et grand format, seul ou avec d'autres.

L'investissement pour ce changement de logo sera faible :

- ▶ la conception graphique est réalisée en interne
- ▶ les supports de signalétique sont imprimés et posés en interne
- ▶ les autres prestations seront pour partie financées par des recettes générées depuis cette année par la communication.

Le logo choisi et le calendrier de son installation seront présentés dans le prochain Chorus. Pour voter : envoyez la référence de votre logo préféré à [philippe.frugier@chu-limoges.fr](mailto:philippe.frugier@chu-limoges.fr) ou un courrier à l'attention du service communication du CHU avant le 26 octobre.



1



2



3



4



5



6

## 5<sup>èmes</sup> journées GSO - 15 et 16 octobre 2009



Bordeaux • Limoges • Montpellier • Nîmes • Toulouse

Les 5<sup>èmes</sup> journées du Cancéropôle Grand Sud-Ouest auront lieu les 15 et 16 octobre 2009 à la Faculté de droit de Limoges.

Elles seront précédées par une journée de réunions satellites, le 14 octobre 2009.

Ces journées s'inscrivent dans une logique de rencontres scientifiques annuelles entre les équipes du Cancéropôle.

Date limite pour les inscriptions : 3 octobre 2009.





## Le don de sang foetal en question

Dans le cadre de la fête de la science, une conférence grand public « Le sang foetal : du cordon ombilical jusqu'à la greffe pour les patients d'hématologie » est organisé le 18 novembre 2009, à la Faculté de droit de Limoges. Cette manifestation est organisée sous le haut patronage du directeur de l'Etablissement Français du Sang (EFS), le Pr Gérard Tobelem, avec les gynécologues et les médecins de l'Etablissement Français du Sang Aquitaine-Limousin (EFSAL).

EN SAVOIR  voir page 15

## La semaine du rein

### Semaine du rein

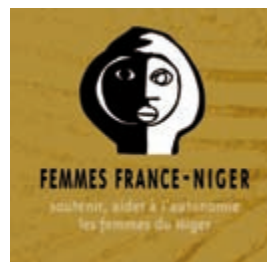
Dans le cadre de cette semaine nationale qui se déroule du 3 au 11 octobre, une journée de sensibilisation et de dépistage du grand public aux maladies rénales sera organisée par l'association FNAIR Limousin. Cette manifestation soutenue par le service de néphrologie-hémodialyse aura lieu le 8 octobre 2009, au 1<sup>er</sup> niveau du hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren.

EN SAVOIR  [www.semainedurein.fr](http://www.semainedurein.fr)



## Luc Lefort expose à Dupuytren...

Du 16 novembre au 18 décembre, Luc Lefort, artiste peintre autodidacte, exposera ses tableaux au 1<sup>er</sup> niveau du hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren.



## VENTE DE BIJOUX

L'association Femmes France-Niger organise une vente de bijoux artisanaux les 18 et 19 octobre 2009, dans le hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren. Les bénéficiaires de la vente aideront le financement des projets de l'association pour venir en aide aux femmes nigériennes.

EN SAVOIR  [www.femmesfrance-niger.org](http://www.femmesfrance-niger.org)

## DON DU SANG

Jeu. 15 octobre 2009  
Mar. 15 décembre 2009  
1<sup>er</sup> niveau du hall d'accueil  
Hôpital Dupuytren

EN SAVOIR  [www.dondusang.net](http://www.dondusang.net)



## Permanences MACSF assurances

Restaurant du personnel  
Hôpital Dupuytren  
Lundi 12 octobre 2009  
Vendredi 13 novembre 2009  
Lundi 14 décembre 2009



Notre vocation, c'est vous  
Mutuelle Assurance Epargne Financement

## Permanences GMF

Restaurant du personnel  
Hôpital Dupuytren  
Mardi 6 octobre 2009  
Mardi 3 novembre 2009



ASSURANCES & SERVICES FINANCIERS























Le 22 octobre 2009, la FNATH, association des accidentés de la vie, organise un stand d'information et de vente de jacinthes de 10h à 18h, dans le hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren. Cette animation intervient dans le cadre de la semaine nationale de la prévention des cancers d'origine professionnelle.






EN SAVOIR  [www.jacinthedesespoir.org](http://www.jacinthedesespoir.org)

## journées de la santé...



### OCTOBRE

- 01 : *Journée internationale des personnes âgées*  [www.who.int](http://www.who.int)
- 01 : *Journée européenne de sensibilisation aux hépatites*  [www.worldhepatitisawarenessday.com](http://www.worldhepatitisawarenessday.com)
- du 03 au 31 : *Octobre rose. Mois de sensibilisation au cancer du sein*  [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- du 03 au 11 : *Semaine nationale du rein*  [www.semainedurein.fr](http://www.semainedurein.fr)
- 04 : *Journée nationale des maladies inflammatoires chroniques*  [www.afa.asso.fr](http://www.afa.asso.fr)
- du 04 au 18 : *Autis-act ! 15 jours d'action pour combattre l'autisme*  [www.leapoursamy.com](http://www.leapoursamy.com)
- 10 : *Journée mondiale de la santé mentale*  [www.who.int](http://www.who.int)
- du 10 au 18 : *Semaine du goût*  [www.legout.com](http://www.legout.com)
- 11 : *Journée mondiale de la vue*  [www.who.int](http://www.who.int)
- 11 : *Journée européenne de la dépression*  <http://francedepression.free.fr>
- du 12 au 18 : *Semaine mondiale de l'allaitement maternel*  [www.coordination-allaitement.org](http://www.coordination-allaitement.org)
- du 13 au 19 : *Semaine nationale des accidentés de la vie de la FNATH*  [www.fnath.org](http://www.fnath.org)
- du 13 au 20 : *Semaine européenne de la sécurité routière*  [www.securite-routiere.gouv.fr](http://www.securite-routiere.gouv.fr)
- 16 : *Journée mondiale de l'alimentation*  [www.fao.org](http://www.fao.org)
- du 19 au 25 : *Semaine nationale des retraités et des personnes âgées - Thème 2009 : " Jeunes et vieux, connectez-vous ! "*  [www.semaine-bleue.org](http://www.semaine-bleue.org)
- 20 : *Journée mondiale contre l'ostéoporose*  [www.osteofound.org](http://www.osteofound.org)
- du 20 au 23 : *Semaine européenne de la sécurité et de la santé au travail*  <http://osha.eu.int>
- 20 : *Journée mondiale de lutte contre la douleur*
- 29 : *Journée mondiale du psoriasis*  [www.aplcp.org](http://www.aplcp.org)

### NOVEMBRE

- 14 : *Journée mondiale du diabète*  [www.who.int](http://www.who.int)
- 15 : *Journée nationale de l'urgence vasculaire*
- du 17 au 23 : *Mouv'eat 2008, Manger mieux, bouger plus. Semaine des collectivités locales pour la nutrition*  [www.mouveat.com](http://www.mouveat.com)
- 19 : *Journée mondiale de la broncho-pneumopathie chronique obstructive*  [www.who.int](http://www.who.int)
- 22 : *Journée nationale de la trisomie 21*  [www.trisomie21-france.org](http://www.trisomie21-france.org)
- du 22 au 30 : *Semaine de la réduction des déchets*  [www.reduisonsnosdechets.fr](http://www.reduisonsnosdechets.fr)

### DECEMBRE

- 01 : *Journée mondiale de lutte contre le sida*
- 03 : *Journée internationale des personnes handicapées*  [www.un.org](http://www.un.org)
- du 05 au 06 : *Journées téléthon : myopathie*  [www.telethon.fr](http://www.telethon.fr)



### LES FLEURS DE ZA-TOILES

Isabelle Groult expose ses tableaux floraux réalisés en acrylique au 1<sup>er</sup> niveau du hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren jusqu'au jeudi 22 octobre.

EN SAVOIR  [www.za-toiles.com](http://www.za-toiles.com)

### UNE EXPOSITION POUR LA MUCOVISCIDOSE

Du 24 octobre au 4 novembre 2009, René Boutangt, peintre corrézien, exposera ses toiles au Pavillon du Verdurier à Limoges. L'intégralité des bénéfices de la vente des tableaux sera reversée pour la lutte contre la mucoviscidose.

EN SAVOIR  [www.rene-boutangt.com](http://www.rene-boutangt.com)



## NOUVEAU SCHÉMA ARCHITECTURAL « PERSONNES ÂGÉES »

La direction du patrimoine immobilier, de la sécurité et des infrastructures techniques réalise une étude de « planification immobilière du pôle personnes âgées et soins à domicile ». Cette étude, qui s'attache à analyser les potentialités des sites des hôpitaux Dr Chastaingt et Jean Rebeyrol, prévoit deux hypothèses :

► **hypothèse 1** : regroupement de toutes les activités d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) (250 lits) et d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) (283 lits) sur l'hôpital Dr Chastaingt. Les activités de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSRG) (101 lits) et l'Unité de Réadaptation Cognitive-Comportementale (URCC) seront regroupées

sur le V360 à Jean Rebeyrol.

Cette hypothèse s'accompagne de la démolition du pavillon Bru à Chastaingt et de la construction d'une extension de 150 lits à la place, ainsi que de la démolition du V80 à Rebeyrol.

► **hypothèse 2** : déplacement des activités d'USLD au V80 (80 lits) et au V360 (56 lits) à Jean Rebeyrol. Chastaingt accueillera toute l'activité d'EHPAD (283 lits) et une partie de l'USLD (114 lits). Les activités de SSR seront regroupées au V360 (110 lits). Création de l'URCC au V360 (10 lits).

Cette hypothèse s'accompagne de la démolition du pavillon Bru à Chastaingt et de la construction d'une extension de 80 lits à la place.

## PÔLE CLINIQUE MÉDICALE

Ce projet prévoit la construction d'un bâtiment dédié aux services composant le pôle clinique médicale ainsi que la médecine aiguë et le post-urgences gériatriques (voir Chorus 90) qui sera dans le prolongement de la blanchisserie, derrière la faculté. Le programme comportant toutes les données qualitatives, fonctionnelles, quantitatives et techniques doit être rédigé entre les mois d'octobre et décembre 2009. La construction du bâtiment débutera en 2011.

## CENTRE 15

La zone d'appels du Centre 15 va être réaménagée, avec la création d'une salle dédiée aux situations de crises. Ces travaux vont également permettre de créer deux postes de travail supplémentaires dans la zone d'appels.



## DÉMÉNAGEMENT PROVISOIRE DE LA DIRECTION

Dans le cadre du schéma directeur des travaux, toute la partie administrative située au rez-de-chaussée de l'hôpital Dupuytren doit libérer ses locaux fin 2010 afin d'agrandir géographiquement l'espace réservé au pôle d'hémo-oncologie. Deux pistes sont alors envisagées pour loger les bureaux délocalisés :

► location d'un bâtiment à proximité du site de Dupuytren,  
► construction d'un bâtiment modulaire entre le restaurant du personnel et les pavillons de l'hygiène et de la qualité. Au terme des opérations de restructuration de Dupuytren, l'administration doit réintégrer l'hôpital Dupuytren aux 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> étages.

## PÔLE BIOLOGIE

Le programme est terminé. Une consultation commune CHU et Université a été lancée afin de définir l'équipe de maîtrise d'œuvre. La construction du bâtiment doit débuter en 2011.

## INSTITUT DU CANCER

Les travaux d'aménagement de l'Institut du cancer s'achèvent. Il ouvrira début octobre et se situera à côté des consultations d'oncologie. Ce lieu doit favoriser la constitution d'un véritable pôle de cancérologie, unité de lieu de prise en charge pluridisciplinaire des

patients qui doit se faire à proximité et en relation étroite avec les services d'oncologie médicale, de radiothérapie et d'hématologie clinique.

Le prochain Chorus vous le présentera plus en détails.

## En bref...

### DUPUYTREN

- La première phase de travaux en biochimie est terminée (zone de réception des prélèvements). La deuxième phase commence (pièce où sera installé le pré-analytique).
- Les travaux de réaménagement du parking personnel et consultants sont achevés.
- La réfection complète du service de soins palliatifs va s'achever début octobre. Ce service accueillera désormais 10 lits de soins palliatifs.
- La chapelle sera rénovée dans le courant du dernier trimestre.

### LE CLUZEAU

- Le service de médecine interne B va être restructuré. Les activités vont désormais être regroupées aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étages. Le 3<sup>ème</sup> niveau sera libéré en fin d'année, après avoir servi de zone tiroir pendant les travaux aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étages de réfections des salles de bains communes, des offices et utilités.
- Le poste de livraison haute tension de la DSI va être également restructuré.

### JEAN REBEYROL

- Les réseaux de fluides médicaux vont être rénovés.
- Les bureaux et salles de bains communes de médecine physique vont être réaménagés.



La fin des travaux de réaménagement du parking du personnel



L'intervention d'une grue a été nécessaire pour la réfection du service de soins palliatifs



## L'UNITÉ NEURO-VASCULAIRE : bonne nouvelle pour les victimes d'AVC en Limousin

Dr Francisco Macian-Montoro, responsable de l'UNV,  
et Dr Laurent Magy, du service de neurologie

Le Limousin enregistre chaque année 2 300 hospitalisations pour Accident Vasculaire Cérébral (AVC), et observe une surmortalité des victimes d'AVC par rapport à l'ensemble du pays. Notre CHU qui accueillait déjà plus de 46 % des patients de la région, a créé une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) qui permettra de sauver des vies et de diminuer les séquelles liées à cette pathologie.

Une UNV permet d'éviter 1 décès et 1 dépendance pour 25 patients traités. Un bénéfice nettement supérieur à celui obtenu par une équipe mobile ou un service d'hospitalisation standard (neurologique ou pas).

### Qu'est-ce qu'une UNV ?

Il s'agit d'une unité d'hospitalisation prenant en charge 24h/24 des patients victimes d'un AVC et composée d'un secteur de soins intensifs et d'un secteur sub-aigu. Elle constitue un pôle d'expertise diagnostique et thérapeutique sous la responsabilité d'un neurologue formé à la pathologie neuro-vasculaire et compte avec une équipe pluridisciplinaire spécialisée : infirmières, aides-soignantes, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, assistantes sociales. Par sa situation particulière dans la filière neuro-vasculaire, l'UNV est une structure coordinatrice et structurante de la filière. Elle est en relation directe avec les structures d'amont (Centre 15, service d'accueil d'urgence...), d'aval (médecine physique et réadaptation, soins de suite...) et hospitalières (neuro-radiologie, cardiologie, angiologie, chirurgie vasculaire, neurochirurgie, réanimation...).



cueil d'urgence...), d'aval (médecine physique et réadaptation, soins de suite...) et hospitalières (neuro-radiologie, cardiologie, angiologie, chirurgie vasculaire, neurochirurgie, réanimation...).

### L'UNV du CHU de Limoges

L'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) Limousin a reconnu en juin 2008 une UNV avec 6 lits de soins intensifs et une occupation de 24 lits en secteur sub-aigu dans le service de neurologie. Dans cette unité peuvent être réalisés des gestes de thrombolyse et une prise en charge spécifique des AVC. Les neurologues de l'unité sont en contact permanent avec le Centre 15 et les services des urgences à niveau régional 24h/24 et 7j/7 par un numéro d'urgence dédié, le 06 25 43 53 58. Ce numéro de téléphone est à disposition de tous les médecins pour un avis concernant une urgence neuro-vasculaire et un éventuel transfert. La plupart des admissions se fait donc par transfert ou par le service d'accueil d'urgence. ■



Une campagne d'information sur les AVC sera menée en Limousin au mois d'octobre.

### Indicateurs d'activité de notre UNV

Sur les 6 premiers mois 2009 :  
 ► 226 patients pris en charge en secteur de soins intensifs : + 69 % / aux années précédentes.  
 ► 11 % des patients repartent à domicile, complètement indépendants après environ 3 jours d'hospitalisation.  
 ► 33 thrombolyse (traitement le plus efficace pour les AVC ischémiques) réalisées : + 25 % / 6 premiers mois 2008.

### Les AVC en France et dans le monde

En France :  
 ► 150 000 AVC par an, soit un toutes les 4 minutes.  
 ► Traiter tous nos AVC en UNV permettrait d'éviter 7 500 décès annuels en France.  
 ► Il existe 80 UNV.  
 Dans le monde :  
 ► Première cause de handicap acquis de l'adulte.  
 ► Deuxième cause de mortalité.



- EN SAVOIR**
- Société Française Neuro-Vasculaire, SFNV-2000
  - Circulaire DHOS/DGS/DGAS/ n° 517 du 03/11/2003
  - Circulaire DHOS/O/ 2004 du 05/03/2004
  - Circulaire DHOS/O4/2007/108 du 22/03/2007, complément de celle de 2003.
  - Recommandations professionnelles HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

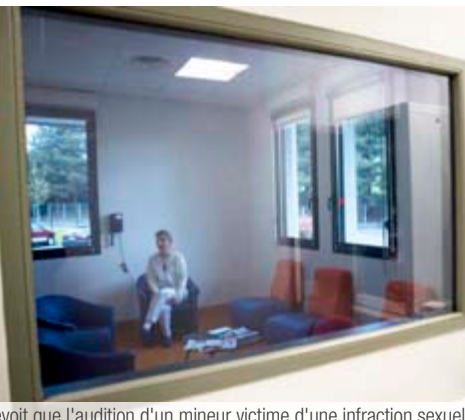


L'équipe médicale de l'Unité Neuro-Vasculaire : Pr Jean-Michel Vallat, chef de service de neurologie  
 Dr Francisco Macian-Montoro, responsable de l'UNV, Dr Thierry Adoukonou, chef de clinique.  
 Les autres praticiens du service de neurologie participent également à l'astreinte 24h/24.



## NOUVELLE UNITÉ D'ACCUEIL MÉDICO-JUDICIAIRE : aider les mineurs victimes de *maltraitements physiques et/ou sexuelles*

Le CHU de Limoges, en lien avec la justice, la police et la gendarmerie, a mis en place une Unité d'Accueil Médico-Judiciaire (UAMJ) avec le soutien de l'association « la voix de l'enfant » et de « EOVI, mutuelles du Limousin ». Cette unité prend en charge dans toutes ses dimensions le mineur victime de maltraitance physique et/ou sexuelle, assure sa protection et facilite le déroulement de l'enquête judiciaire.



La loi n°2007-291 du 5 mars 2007 prévoit que l'audition d'un mineur victime d'une infraction sexuelle doit faire l'objet d'un enregistrement audiovisuel ou sonore.

**De plus en plus de prises en charges pour agressions sexuelles**

En 2008, le service de gynécologie obstétrique a totalisé 248 consultations, dont 67 seulement sur réquisition de justice. Les victimes présumées sont pour 2/3 des mineurs, dont la majorité sont des filles.

Le projet d'Unité d'Accueil Médico-Judiciaire (UAMJ) trouve son point de départ dans le projet médical 2001-2005 et dans le projet formalisé proposé par le médecin référent du CHU en matière d'agressions sexuelles, le Dr Hugues Caly, aujourd'hui en charge de la coordination de cette unité.

Cibles privilégiées pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel, les mineurs qui subissent des traumatismes voient leur santé immédiate affectée mais connaissent également des répercussions importantes à long terme, sur leur équilibre psychologique, affectif ainsi que sur leur devenir relationnel et social. Par ailleurs, le nombre des victimes augmentant chaque année, la création d'une UAMJ est devenue évidente.

### Pluridisciplinarité, expertise et partenaires en un lieu unique

Notre UAMJ permet de recueillir la parole de la victime dans les meilleures conditions possibles, et de répondre à la fois aux nécessités de la procédure judiciaire, à la prise en compte du mineur en sa qualité d'enfant avant celle de plaignant, et aux éventuels besoins de dispensation de soins.

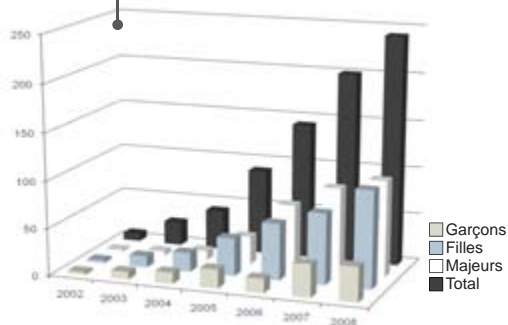
L'expertise médico-judiciaire (audition et examen médico-légal) se tient en un même lieu, sécurisant pour l'enfant,

et se caractérise par :

- ▶ l'accès au plateau technique de l'hôpital de la mère et de l'enfant, permettant une prise en charge pluridisciplinaire en urgence et en suivi de toutes formes de maltraitements,
- ▶ un fonctionnement possible 24h/24,
- ▶ l'excellence reconnue aux plans national et international des ressources et compétences en toxicologie médico-légale,
- ▶ un rôle d'expertise et de recours reconnu par les autorités judiciaires, y compris en extra-régional,
- ▶ une coopération existante et solide avec la justice, la police et la gendarmerie,
- ▶ une large ouverture sur les partenaires extérieurs, institutionnels et associatifs.

La prise en charge de la victime est pluridisciplinaire : les professionnels impliqués en amont de l'activation de l'UAMJ, pendant la procédure médico-judiciaire, ou en aval, peuvent mobiliser selon le cas les équipes de gynécologie, de pédiatrie, des urgences pédiatriques, les assistantes sociales, les psychologues et l'équipe mobile de pédopsychiatrie.

Ce projet témoigne à la fois de la forte mobilisation du personnel de l'hôpital de la mère et de l'enfant, qui a su fédérer ses énergies autour d'un projet pluridisciplinaire, et du dynamisme des liens tissés avec les partenaires de la justice, de la police et de la gendarmerie. ■



### QUI NOTRE UAMJ PEUT-ELLE PRENDRE EN CHARGE ?

- ▶ les mineurs de moins de 18 ans, émancipés ou non, qui sont présumés être des victimes de viol, d'agression sexuelle, d'atteinte sexuelle, de corruption, de pornographie infantile ou de tout fait grave de maltraitance ;
- ▶ les mineurs témoins d'infractions à caractère sexuel ou de maltraitements infligés à autrui, mais dont les circonstances particulières de commissions peuvent

- avoir des répercussions traumatisantes pour eux :
  - ces faits ayant été commis, en tout ou partie, dans l'arrondissement judiciaire du TGI de Limoges ou sur un mineur ayant son domicile dans ce ressort ou au-delà en cas de réquisition ;
  - quelle que soit la qualité de l'auteur présumé des faits ;
  - dans le cadre exclusif d'une procédure judiciaire.

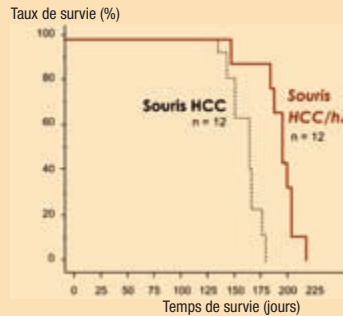
# Angiotensinogène et cancer du foie : LIMITATION DE L'ANGIOGENESE TUMORALE

Dr François Vincent, service d'explorations fonctionnelles physiologiques

La découverte récente de nouvelles propriétés anti-angiogéniques de l'angiotensinogène sur la croissance de l'hépatocarcinome ouvre des perspectives prometteuses. Les résultats de ces travaux de recherche sur l'angiogénèse tumorale nous sont présentés par le Dr François Vincent.



❶ Schéma de l'angiogénèse tumorale



❷ Analyse de la survie (Kaplan-Meier)



❸ Analyse immunohistochimique (CD31) des foies de souris de 16 semaines

## Bloquer l'angiogénèse tumorale

L'angiogénèse tumorale est le mécanisme prédominant de développement vasculaire associé à la progression des tumeurs solides. Lors de sa phase initiale de développement, une tumeur est sans connexion avec le système vasculaire préexistant in situ. Les cancers ne peuvent donc se développer que grâce à des vaisseaux apportant l'oxygène et les nutriments dont les cellules cancéreuses ont besoin pour leur croissance. C'est ce mécanisme de formation et de branchement de nouveaux vaisseaux tumoraux à partir de vaisseaux existants par migration et multiplication des cellules endothéliales qu'on appelle l'angiogénèse tumorale ❶. Dès lors, bloquer la vascularisation tumorale, asphyxier la tumeur en oxygène et nutriments, apparaît comme une cible privilégiée de la thérapie anti-cancéreuse. Ce concept d'anti-angiogénèse comme stratégie thérapeutique anticancéreuse a émergé dès les années 70 grâce aux travaux de Judath Folkman (Harvard Medical School, Boston), mais ce n'est qu'à partir des années 90 que les données expérimentales ont conforté cette idée et engendré un véritable engouement. Plus de 400 composés présentant des propriétés anti-angiogéniques ont été décrits à l'heure actuelle, dont l'angiotensinogène.

## Pouvoir anti-angiogénique de l'angiotensinogène dans le cancer du foie

L'angiotensinogène est le substrat unique et spécifique de la rénine qui catalyse la première étape du système rénine-angiotensine, cascade enzymatique essentielle pour la régulation de la pression artérielle et le maintien du métabolisme hydrosodé. Un intérêt scientifique inattendu pour cette protéine a été relancé par la mise en évidence de propriétés anti-angiogéniques de l'angiotensinogène par l'équipe du Pr Pierre Corvol au Collège de France. Afin de tester in vivo si l'activité anti-angiogénique de l'angiotensinogène limitait la progression tumorale, il a été développé et étudié un modèle original de souris transgéniques double mutantes développant à la fois un cancer du foie\* et surexprimant l'angiotensinogène humain\*\*. Ces travaux ont été menés et coordonnés par le Dr François Vincent (service d'explorations fonctionnelles physiologiques, EA3841, CHU de Limoges) en collaboration avec l'équipe du Pr Pierre Corvol (Collège de France, laboratoire de médecine expérimentale, Inserm U833, Paris) et l'équipe du Pr Philippe Bonnin (service de physiologie, Hôpital Lariboisière, Paris). Cette approche in vivo originale associant deux modèles de souris transgéniques, a permis de démontrer que l'angiotensinogène humain exerçait des effets

\*(HCC-TG) \*\* (hAGT-TG)

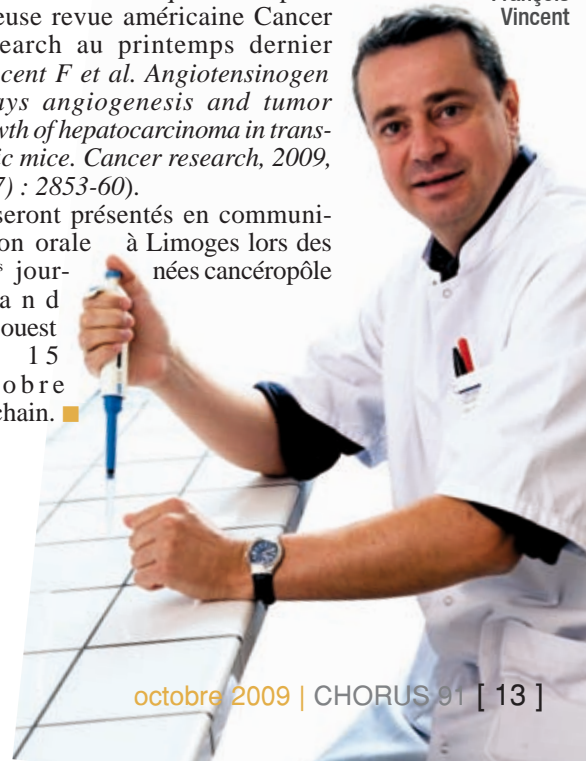
anti-angiogéniques et anti-tumoraux. Les souris bi-transgéniques (HCC/hAGT-TG) ont d'une part une survie plus longue que les souris HCC-TG et d'autre part une diminution de leur croissance tumorale et des vitesses de flux sanguins hépatiques ❷. Cet effet anti-tumoral de l'angiotensinogène est dû à son activité anti-angiogénique ❸.

L'angiotensinogène humain pourrait donc représenter une stratégie intéressante à développer en étude clinique humaine. Un brevet européen a de fait été déposé sur ces nouvelles propriétés.

Ces résultats ont fait l'objet d'une publication scientifique dans la prestigieuse revue américaine *Cancer Research* au printemps dernier (Vincent F *et al.* *Angiotensinogen delays angiogenesis and tumor growth of hepatocarcinoma in transgenic mice.* *Cancer research*, 2009, 69(7) : 2853-60).

Ils seront présentés en communication orale à Limoges lors des 5<sup>èmes</sup> journées cancéropôle grand sud-ouest le 15 octobre prochain. ■

Le Dr François Vincent



## LA CELLULE DE PROMOTION de la réflexion éthique se structure et s'organise

Claire Machet, pour les membres de la CPRE

**Pour les membres de cette cellule, l'année 2008 restera l'année des ancrages nécessaires à la vie, à la stabilité et la pérennité de toute structure.**

La Cellule de Promotion de la Réflexion Éthique (CPRE) s'est ancrée dans la vie de l'établissement. La formation de tous ses membres aux « fondamentaux éthiques » a favorisé cet ancrage. L'accès à un socle commun de connaissances et l'expérience partagée de moments forts et riches de sens ont renforcé la cohésion, la complicité dans le groupe, mais aussi sa détermination à être et à durer. Cette étape a permis l'ancrage dans des règles de fonctionnement, dans des liens de fonctionnalité et dans de modestes innovations. La charte de fonctionnement de la CPRE est le fruit d'une longue réflexion de tous ses membres, sur

ses missions, ses obligations, sa place dans l'institution et ses modalités de fonctionnement. S'appuyant sur de nombreuses références réglementaires mais aussi institutionnelles, la charte permet de pérenniser l'instance, de faire vivre le projet de soins 2007/2011 dans son 3<sup>ème</sup> axe « développement des soins infirmiers et des activités médico-techniques et de rééducation ». Les valeurs professionnelles paramédicales sont ainsi structurées au sein de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques.

### Un travail en partenariat avec d'autres instances

La cellule de promotion de la réflexion éthique s'est également ancrée dans des liens de fonctionnalité avec le CEQPP et le CPRPI. Sollicitée en début d'année 2008 par le CEQPP pour travailler sur le soin de la toilette, elle a ainsi contribué à changer le regard du professionnel sur un soin abordé habituellement sous un angle technique. Quand l'humanité rejoint la technique, la toilette devient « humanité ».

Le comité de promotion de la recherche paramédicale et de l'innovation s'est aussi rapproché de la CPRE, pensant qu'il est opportun de réfléchir ensemble sur des principes éthiques afin de conduire des projets de recherche. Quand l'éthique rejoint la recherche, cela permet de formaliser des recommandations éthiques pour conduire cette recherche paramédicale. Même si cette dernière balbutie encore, elle se fonde sur nos valeurs professionnelles, fondement de l'éthique des soignants.

Du même coup, parmi ses missions, le bureau de la CPRE se voit confier l'examen des projets de recherche paramédicale qui lui sont soumis. La cellule de promotion de la réflexion éthique analyse le projet de recherche à partir d'une grille de lecture reprenant un questionnaire en regard de six repères éthiques retenus.

### Des moments de réflexion ouverts aux soignants

Pour terminer et en signe d'ouverture sur l'institution, la cellule de promotion de la réflexion éthique s'est ancrée dans des projets innovants, visant à apporter un éclairage sur des situations particulières de soins.

Le 25 novembre 2008, la CPRE organisait sa première soirée thématique sur la loi Leonetti. Successivement ont été abordés sous la forme de questionnaire professionnel les thèmes suivants : prise en charge de la douleur, sauvegarde de la dignité du mourant, procédure collégiale, accès aux soins palliatifs, personne de confiance et directives anticipées. La soirée, a réuni une trentaine de professionnels. Compte tenu des nombreux retours positifs, la CPRE a planifié quatre soirées thématiques sur l'année 2009. La soirée du 17 mars 2009 avait pour thème le « refus de traitement », et celle du 16 juin portait sur les questions éthiques autour des soins aux personnes âgées.

Sans doute sommes-nous devenus un peu moteurs dans la mise en place d'une réflexion éthique institutionnalisée, et cela résume bien l'ensemble des missions que cette instance s'est fixée. ■



### A savoir...

La CPRE dispose d'un espace dédié sur Hermès, via la « Documenthèque », puis « Espace CPRE ». Vous y trouverez les missions, les travaux, les contacts, les résumés des soirées thématiques passées et les thèmes des soirées à venir, ainsi que les projets de la CPRE.

**CPRE** : Cellule de Promotion de la Réflexion Éthique

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

**CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques.

**CEQPP** : Comité d'Évaluation de la Qualité et des Pratiques Professionnelles



NOUVELLE ACTIVITE :

# Le don de SANG PLACENTAIRE

**Depuis le mois d'août 2009, l'hôpital de la mère et de l'enfant est habilité à réaliser la collecte de sang placentaire ou « sang de cordon » lors des accouchements. Un don qui représente un réel espoir de guérison pour les patients d'hématologie.**

Habituellement, le sang de placenta est jeté après l'accouchement. Or, il renferme une quantité importante de cellules souches sanguines, qui peuvent être greffées à des patients dont la moelle osseuse ne fonctionne plus (leucémie, aplasie...). Ces cellules ont un avantage : elles sont immatures sur le plan immunologique, ce qui assure une compatibilité plus importante entre donneur et receveur que la greffe de moelle osseuse.

Le don de « sang de cordon » peut être effectué uniquement dans une maternité habilitée (une dizaine en France à ce jour), ce qui est le cas de notre hôpital depuis peu. 4 sages-femmes ont été formées aux gestes de prélèvement. A tour de rôle, elles assurent une permanence exclusivement dédiée au prélèvement de sang placentaire, du lundi au jeudi, de 8h00 à 15h00. Les prélèvements ne peuvent pas être effectués en dehors de ces permanences, pour une raison de sécurité : la sage-femme qui accouche ne peut pas être celle qui prélève, « car, il faut être sûr à 100% que l'enfant qu'on pose sur le ventre de la mère va bien » nous explique Cyril Catalan, sage-femme en salle de naissances, habilité à réaliser les prélèvements.

## Le déroulement du prélèvement

Lors du suivi de sa grossesse, la future maman est informée et sensibilisée sur le don de « sang de cordon ». Ce n'est qu'au moment de l'accouchement qu'elle donne son consentement. A priori toute femme peut donner, mais ce n'est qu'en l'absence de contre-indications (naissance prématurée, infection, intoxication maternelle : tabac, alcool, drogue...) que le recueil peut avoir lieu. Le cordon est alors désinfecté par la sage-femme, qui introduit un trocart dans la veine ombilicale afin de prélever

au minimum 130g de sang (quantité minimum pour que le don soit qualifié). Elle réalise ensuite le conditionnement dans une poche à 4°C avec un anticoagulant. La poche est placée dans une mallette réfrigérée, scellée, puis acheminée par l'Etablissement Français du Sang (EFS) de Limoges vers l'EFS de Bordeaux, qui réalisera l'extraction, la congélation et le stockage des cellules souches dans une banque de sang spécialisée, en attendant d'être transfusées à un receveur.

## Quelle sécurité, pour le donneur... et le receveur ?

Ce don est totalement indolore et sans danger pour la mère et son enfant. Il ne modifie en rien le déroulement de l'accouchement. Les gestes jugés médicalement prioritaires prévalent toujours sur le prélèvement.

Afin d'assurer la sécurité transfusionnelle, 3 tubes de sang sont prélevés à la mère lors de l'accouchement pour la réalisation d'un bilan infectieux (HIV, HBS, CMV). Une ordonnance lui est délivrée pour qu'elle réalise une autre prise de sang trois mois plus tard. Durant ce délai, les cellules souches ne peuvent pas être utilisées.

Une étiquette spéciale est collée sur le carnet de santé du nouveau-né. Celle-ci permet au pédiatre qui suit l'enfant d'avoir connaissance du don et de pouvoir faire un signalement si une maladie infectieuse se déclare dans les 3 mois après la naissance.

Au 8 septembre, notre CHU avait réalisé 17 prélèvements de « sang de cordon » dont 5 ont été qualifiés (poids de la poche et nombre de cellules suffisants). Cette démarche, anonyme, gratuite et basée sur le volontariat est plutôt bien accueillie par les futures mamans. « Toutes les dames sont plutôt ouvertes et donnent. Je n'ai eu aucun refus pour l'instant », nous confirme Cyril Catalan. ■



Le prélèvement du sang placentaire



Le conditionnement sous poche

## T E M O I G N A G E



Aurélie, maman de Nathan, a dit oui au don de sang de cordon.

« Si on peut sauver des vies, pourquoi pas ! Si j'en avais besoin un jour, je serais contente que d'autres le fassent. Et puis, ça ne change rien à l'accouchement. Je ne m'en suis même pas rendu compte ! C'est comme un don du sang. »

## La chirurgie des mouvements UNE NOUVELLE ACTIVITÉ POUR

Dr Frédéric Torny et Dr François Caire

**Les équipes des services de neurologie et de neurochirurgie qui assument la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson, ont récemment instauré au CHU de Limoges la chirurgie des mouvements anormaux. Les deux premiers patients ont été opérés avec succès entre fin novembre 2008 et avril 2009. Il s'agit de présenter ici une nouvelle activité de notre CHU qui innove en recourant au O-arm.**

L'intervention consiste en la mise en place de deux électrodes dans des régions profondes du cerveau appelées les noyaux sous-thalamiques. Elle repose sur l'utilisation d'une technique neurochirurgicale classique, appelée stéréotaxie, qui permet l'introduction de ces électrodes avec une précision millimétrique. Le repérage des noyaux sous-thalamiques doit avoir été effectué au préalable sur des images IRM réalisées le matin avant le début de la procédure chirurgicale. Le patient gagne ensuite le bloc opératoire pour une intervention qui va durer de six à huit heures, essentiellement sous anesthésie locale. Côté droit et côté gauche sont opérés successivement. On introduit tout d'abord des électrodes permettant d'enregistrer l'activité électrique des neurones entourant le noyau sous-thalamique afin de délimiter encore plus finement ses limites. L'étape suivante qui nécessite une bonne participation du patient, consiste à appliquer une stimulation électrique par l'intermédiaire de ces électrodes afin de

rechercher la zone dont la stimulation donne les meilleurs effets cliniques (amélioration du tremblement et de la rigidité) avec le moins d'effets indésirables. Le patient peut ensuite être endormi pour l'implantation

des électrodes définitives.

Quelques jours plus tard, est mis en place le générateur de stimulation, placé sous la peau du thorax ou de l'abdomen.

### Un exemple de collaboration pluridisciplinaire et inter-services

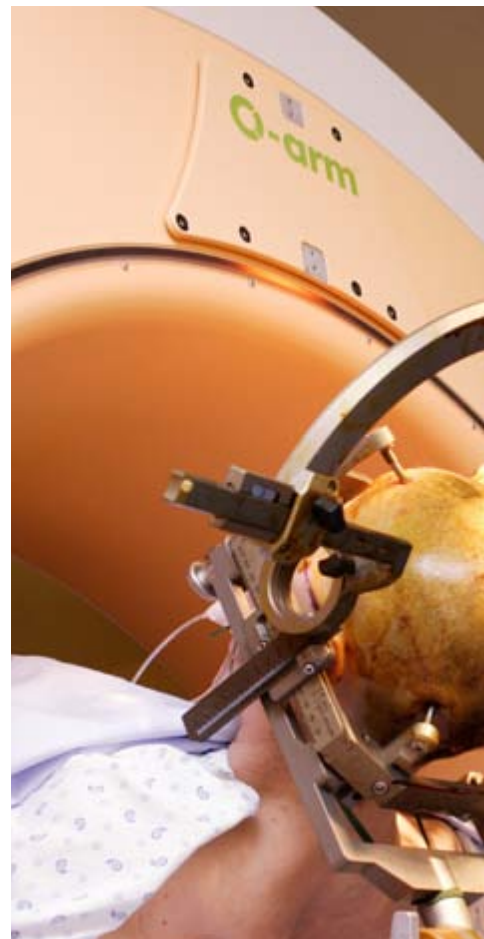
Le développement de la chirurgie des mouvements anormaux à Limoges résulte de la volonté commune des professeurs Moreau et Vallat, chefs de service de neurochirurgie et de neurologie. La mise en place de ce projet s'est faite sur plusieurs années, car il était nécessaire à la fois de former les intervenants à ces techniques et d'équiper le bloc opératoire de neurochirurgie.

Une équipe pluri-disciplinaire s'est constituée, associant outre des neurologues (le Dr Frédéric Torny et le Dr Danièle Ranoux) et un chirurgien (le Dr François Caire), un radiologue (le Pr Antoine Maubon), un psychiatre (le Dr Sophie Bonnefond) et une neuro-psychologue (Michèle Chazot-Balcon). Le personnel du bloc de neurochirurgie s'est également impliqué dans ce projet, en participant notamment à des stages dans d'autres CHU.

### Le recours au O-ARM par le CHU de Limoges inspire d'autres équipes

Le O-arm est un appareil d'imagerie 3D récemment acquis par le CHU, destiné pour l'essentiel à l'imagerie per-opératoire en chirurgie du rachis. Nous pensons toutefois que le O-arm peut être utilisé en chirurgie crânienne, et notamment pour la stimulation cérébrale profonde. Il permet en effet un excellent contrôle de

la position des électrodes au cours de la procédure chirurgicale, et les images acquises peuvent être fusionnées avec l'IRM pré-opératoire. Il offre donc un gain important en termes de sécurité et de précision. Notre expérience a été présentée récemment lors d'un congrès international et semble avoir intéressé nos confrères, puisque une première implantation d'électrodes sous O-arm vient d'être réalisée à Bordeaux par l'équipe du Pr Cuny. ■





## anormaux : NOTRE CHU

### INTERVIEW DE DEUX DES PRATICIENS DE NOTRE CHU METTANT EN ŒUVRE CETTE TECHNIQUE



Planification de la trajectoire des électrodes



Dr Frédéric Torny, neurologue



Dr François Caire, neurochirurgien

**Pouvez-vous recourir à cette technique chirurgicale pour tous les patients Parkinson ?**

Le traitement chirurgical de la maladie de Parkinson ne concerne qu'une petite proportion de patients, de l'ordre de 10 %. Il est indiqué chez des patients souffrant d'une maladie de Parkinson sévère, évoluant depuis 8 à 10 ans, mais relativement jeunes puisque le matériel implantable n'est remboursé en théorie que jusqu'à 70 ans. Il s'agit de patients pour lesquels le traitement médicamenteux reste efficace mais ne permet pas de stabiliser correctement les symptômes. Ils présentent ainsi des périodes d'aggravation avec tremblement sévère, blocage à la marche souvent douloureux, mouvements anormaux involontaires. Les candidats à la chirurgie doivent ne pas souffrir de dépression sévère, de démence, ou d'une pathologie grave évolutive.

*“ La stimulation cérébrale profonde permet d'obtenir une mobilité satisfaisante et stable dans la journée ”*

**Quels sont les bénéfices pour les patients suivant ces interventions ?**

La stimulation cérébrale profonde permet d'obtenir une mobilité satisfaisante et stable dans la journée, ce qui a pour conséquence une nette reprise de l'autonomie. Les périodes de blocage deviennent rares avec une quasi-disparition des douleurs et des mouvements anormaux. Le traitement médicamenteux peut en général être diminué de moitié. Il en résulte une amélioration significative de la qualité de vie. Cependant, la stimulation cérébrale profonde ne guérit pas la maladie de Parkinson : elle n'en traite que les symptômes moteurs. La maladie continuant à évoluer, certains symptômes peuvent s'aggraver avec les années : difficultés de concentration, troubles urinaires, troubles de la parole et de l'équilibre.

**Comment vont les patients déjà opérés et quels progrès ont été constatés les concernant ?**

Les deux patients opérés vont très bien et la chirurgie a largement modifié leur vie. Du fait de leur maladie, ils étaient limités dans beaucoup d'activités. Ainsi, la marche leur était impossible lors des périodes de blocage, imprévisibles, ce qui leur interdisait de programmer la moindre activité. Ils étaient également très dépendants de leur entourage, du fait notamment d'une impossibilité de rester seul à la maison. Depuis la chirurgie, ils ont repris une bonne autonomie dans leurs activités quotidiennes. Ils ont retrouvé une vie sociale, voire des activités de loisir. Ils ne regrettent apparemment pas l'intervention.

**Quelles sont vos perspectives d'activité pour cette chirurgie ?**

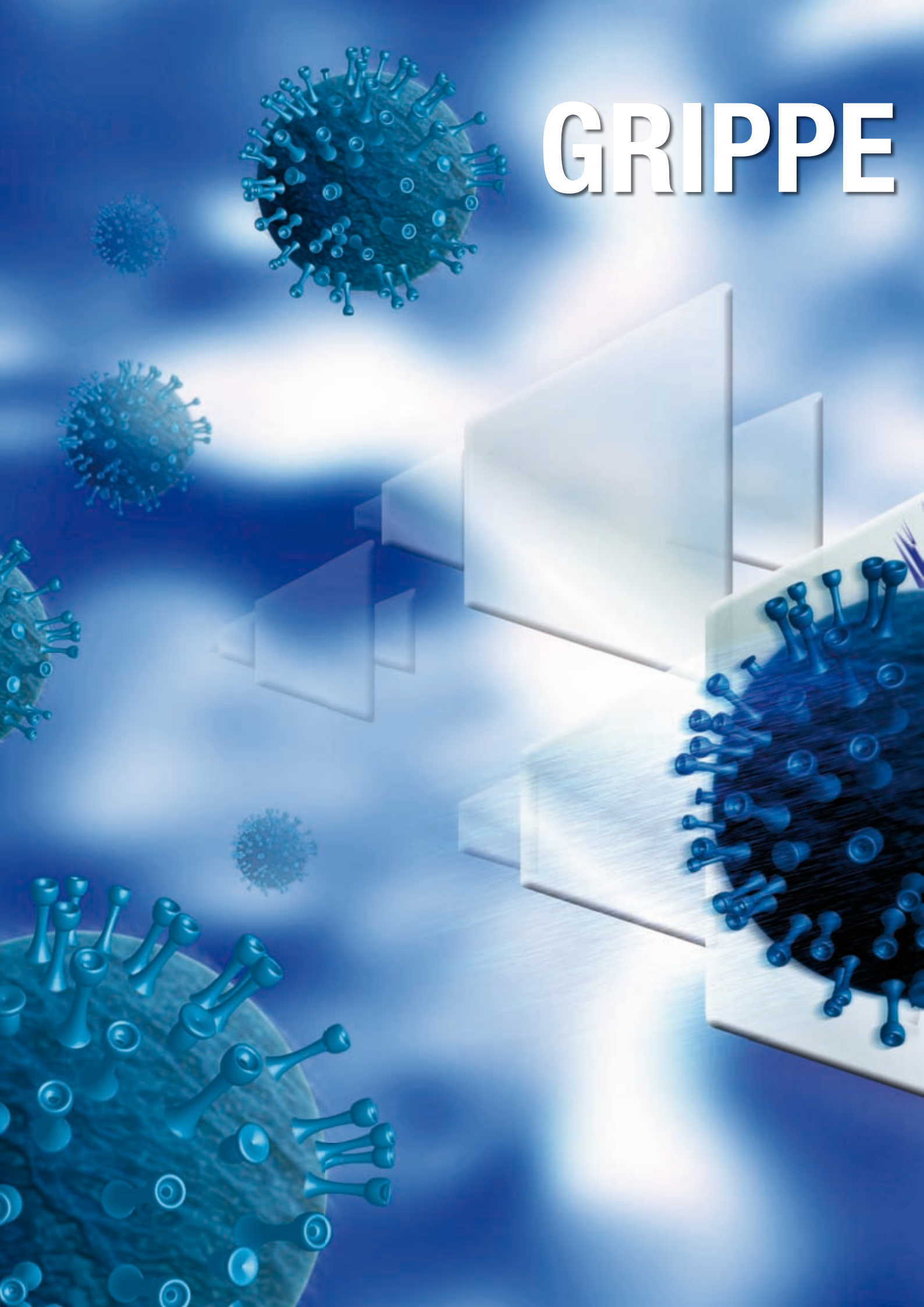
Deux autres interventions sont prévues d'ici la fin de l'année. L'objectif est d'atteindre progressivement une moyenne de 10 à 15 interventions de ce type par an. Pour la majorité, il s'agit du traitement chirurgical de la maladie de Parkinson mais nous souhaitons aussi développer les autres indications de cette chirurgie : tremblement essentiel, dystonie...



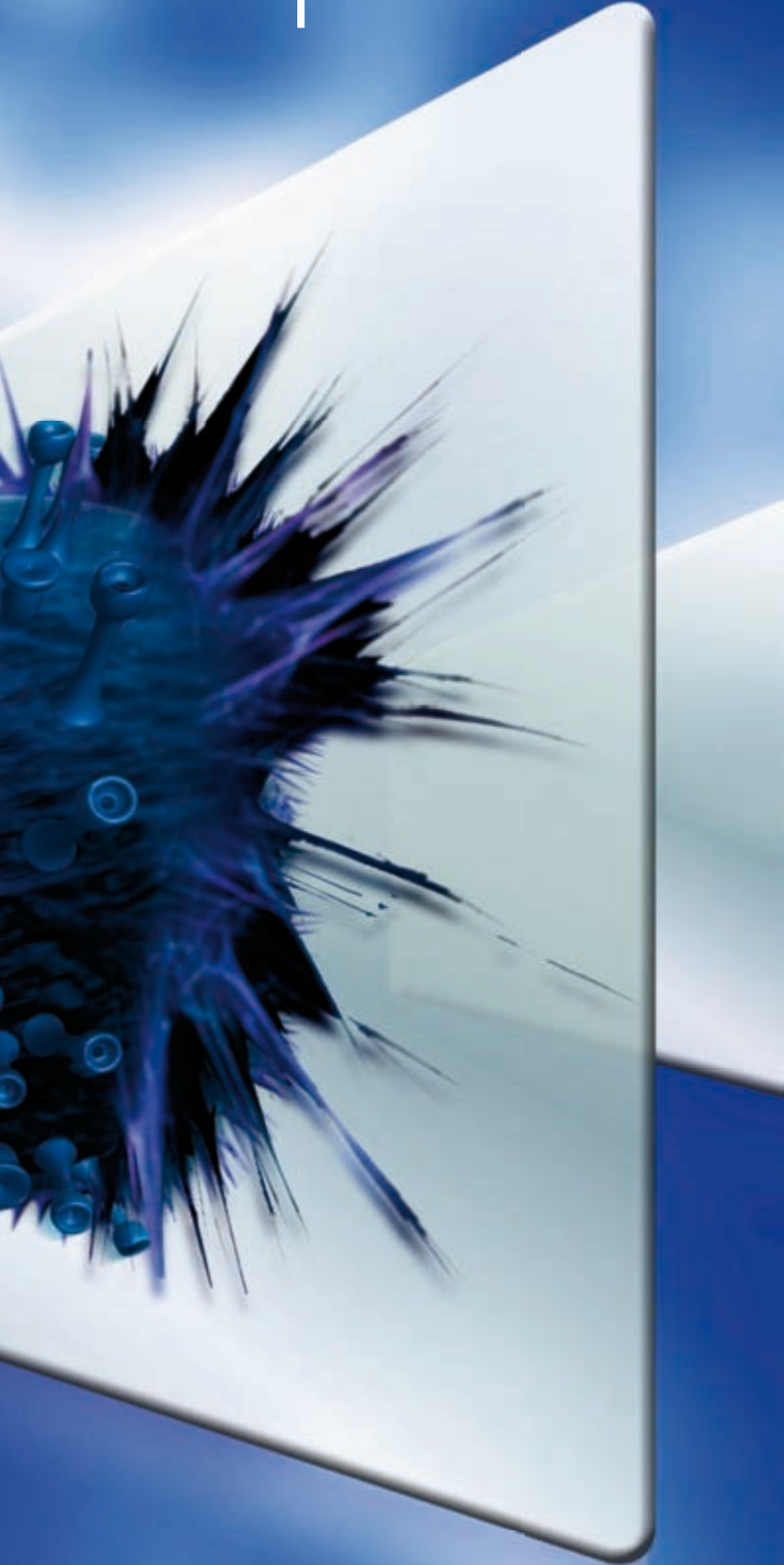
Mise en place du cadre de stéréotaxie



# GRIPPE



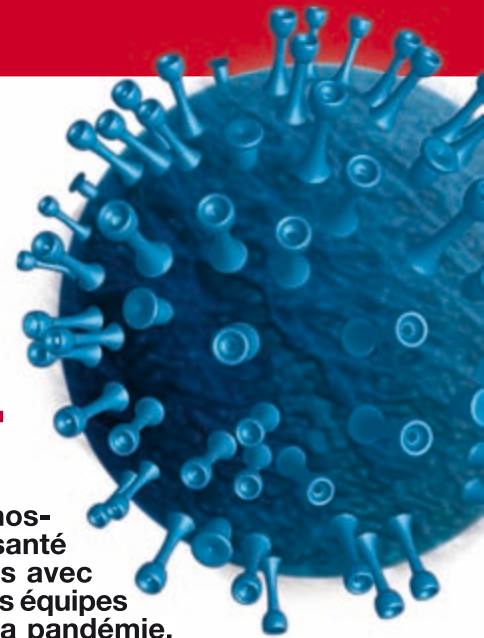
# A(H1N1) : ce qui nous attend...



Certes, A(H1N1) présente aujourd'hui une virulence modérée. Mais ce virus a une forte capacité de transmission et circule rapidement. Selon l'InVS, il pourrait toucher 30 % de la population française. Une estimation qui rejoint celle formulée par l'OMS au niveau mondial. Comment prendre en charge les patients A(H1N1) nécessitant une hospitalisation ? Comment s'organiser si nos équipes sont elles-mêmes affectées par le virus ? Des questions qui ont animé l'été au CHU et continuent de mobiliser les hospitaliers, alors que le seuil épidémique a été dépassé depuis début septembre.



# GRIPPE A(H1N1) : ce qui nous attend...



Les courriers du centre de crise sanitaire et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère de la santé et des sports, les recommandations de l'InVS, les échanges avec l'ARH Limousin et la Préfecture donnent quotidiennement à nos équipes des orientations pour que notre hôpital sache faire face à la pandémie. L'expérience et le savoir faire de nos professionnels permettent de mettre en œuvre ces recommandations ou directives en apportant des réponses graduées et adaptées au CHU de Limoges.

## DESIGNER NOS REFERENTS GRIPPE

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère a demandé que soit désigné dans chaque établissement un référent grippe. Notre CHU a procédé à la désignation de ses référents grippe en fonction des différents items ou actions en rapport :

**Référents grippe A(H1N1) :** Pr Pierre Weinbreck, Muriel Pומרoulie

**Plan de continuité :** Pr Dominique Mouliès, Pr François Denis, Maylis Picquet, Josiane Bourinat, Françoise Wolf, Marie-Josée Cantournet, Max Maradène-Constant, Armelle Marie-Daragon

Renforcement Samu : Valérie Arsouze-Fadat, Dr Dominique Cailloce, associant Pascal Frucquet, Catherine Maze

**Vaccination :** Pr François Denis, Pr Michel Druet-Cabanac, Dr Armelle Marie-Daragon, Dr Eric Denes, Maylis Picquet, Josiane Bourinat, Philippe Frugier, Françoise Wolf

**Déclaration électronique des décès :** Dr Bernard Eichler, Marie-Josée Cantournet



## REDIGER ET FAIRE VIVRE NOTRE PLAN GRIPPE

Notre CHU a rédigé un plan grippe A(H1N1) qui définit les modalités de prise en charge, les moyens dont nous disposons et les actions à conduire en phase de pandémie. Ce document (voir « Alertes et vigilances » dans Hermès) va vivre au fil de l'évolution de la situation, mais voici quelques points clés de sa version actuelle.

En fonction du nombre de patients et de la gravité des symptômes de ces patients A(H1N1), les services sollicités pour les prendre en charge seraient les suivants :

- ▶ maladies infectieuses et tropicales
- ▶ réanimation adulte
- ▶ salles de surveillance post interventionnelles
- ▶ réanimation pédiatrique

Une centaine de patients A(H1N1) pourraient ainsi être accueillis simultanément. Au-delà – même si l'hypothèse paraît peu probable à ce jour – des lits sur l'hôpital du Cluzeau accueilleraient les autres patients contaminés. Prendre en charge les patients A(H1N1) tout en poursuivant notre activité hospitalière, est le défi que nous

aurons à relever si le virus se propage aussi rapidement que l'InVS le prévoit. D'autant que l'afflux de patients A(H1N1) se conjuguerait avec un absentéisme sans doute accru : contamination A(H1N1) de personnels, absences pour gardes d'enfants ou de parents si les crèches, écoles et services d'aides à la personne fermaient...

Notre plan de continuité a pour objet d'anticiper les conséquences de la pandémie grippale sur l'absentéisme des employés du CHU. Pour cela, trois grands axes ont été développés :

### Organisation du travail

- ▶ Anticiper et privilégier la prise de congés le plus tôt possible dès août afin de lisser le nombre de jours à pren-





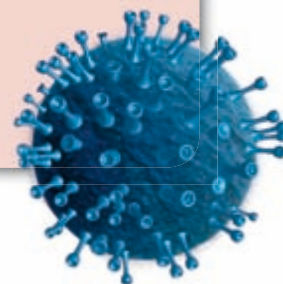
## Le dispositif de déclaration électronique des décès



Le CHU de Limoges en tant qu'établissement « sentinelle » a été activé pour mettre en place le dispositif de déclaration électronique des décès. Une application web spécifique a été créée par l'Inserm et est accessible sur l'intranet du CHU via la rubrique application sous l'intitulé Inserm-CépiDc.

Le principe est simple : le médecin constatant le décès réalise la déclaration directement sur l'intranet du CHU en s'identifiant avec un mot de passe personnel. La déclaration électronique se substitue au document papier officiel :

- ▶ la partie relative aux renseignements médicaux confidentiels est transmise directement à l'InVS,
- ▶ la partie administrative s'édite automatiquement en 3 exemplaires et suit le circuit habituel jusqu'à la mairie (document papier).



dre de décembre à février.

- ▶ Affecter les personnels en fonction des besoins et de l'activité.
- ▶ Déprogrammer certaines hospitalisations et admissions (exemple : chirurgie programmée, activité ambulatoire...) en lien avec les propositions faites par les responsables de pôle/chefs de service.
- ▶ Cibler et prioriser les secteurs où le maintien, voire le renfort, de personnel est nécessaire (exemple : pédiatrie, gériatrie, maladies infectieuses, urgences, réanimation...).
- ▶ Redéployer le personnel en fonction de ces priorités.
- ▶ Recenser les personnels ayant des compétences en réanimation, pédiatrie...
- ▶ Réintégrer les agents partis en promotion professionnelle dans leur grade d'origine.
- ▶ Reporter et dans les cas extrêmes supprimer les formations.

### Conditions de travail

- ▶ Modifier l'amplitude horaire afin de limiter les déplacements en intégrant des temps de pause (exemple : passer à une amplitude en 12 heures avec des pauses toutes les 4 heures).
- ▶ Suspendre les CA/RTT/temps partiel.

### Recours alternatifs

- ▶ Faire appel aux personnes retraitées en définissant les modalités.
- ▶ Solliciter les étudiants en définissant les modalités.
- ▶ Recourir aux personnels des écoles.

La faisabilité, l'opérationnalité et les seuils de déclenchement de ces actions ont évidemment été validés avec tous les représentants des pôles et services et les instances de l'hôpital.

## RENFORCER LA REGULATION DE NOTRE SAMU CENTRE 15

**Comment les Samu/Centre 15 vont-ils pouvoir traiter les appels liés à la grippe, harmoniser les décisions de prise en charge et effectuer un suivi épidémiologique au niveau national ? Des éléments de réponse sont fournis par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (Asip santé) qui prépare pour octobre un Système d'Information (SI) national, appelé " SIN Samu-grippe A(H1N1) ".**

Trois objectifs ont été déterminés pour le SIN Samu-grippe A(H1N1). Il doit en premier lieu permettre le traitement des appels liés à la grippe A(H1N1) à partir des postes de travail existants équipés de logiciel de régulation et à partir des postes de travail supplémentaires installés dans des salles de crise consacrées à la grippe.

Il vise également à harmoniser au niveau national les réponses faites par chaque Samu/Centre 15 et par chaque cellule de crise « au moyen d'un outil commun paramétrable de saisie du questionnaire et d'aide à la décision médicale ». L'algorithme d'aide à la régulation médicale sera automatiquement mis à jour de façon nationale avec les directives de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Enfin, le système doit permettre de donner une « exacte appréciation des sollicitations adressées aux Samu, consolidée au niveau national, grâce à une base de données centrale unique permettant d'effectuer les traitements

informatiques nécessaires pour dénombrer les typologies d'appels et les suites données ». L'InVS aura à cet effet un accès à la base de données.

Des travaux engagés par nos équipes de l'informatique, des achats, des travaux et celles du Samu/Centre 15 entre le 15 août et le 30 septembre ont permis de repenser la salle actuelle (voir " Travaux " page 10).

L'interconnexion entre le SAMU et le SDIS (fibre optique + interfaçage des logiciels de régulation) est programmée pour être opérationnelle à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2009.

L'aménagement et l'équipement d'une seconde salle de régulation temporaire dédiée « grippe », à côté de notre salle de régulation Centre 15 s'achève également.



## NOUS APPROVISIONNER, STOCKER ET DISPENSER

### MASQUES, ANTIVIRAUX ET VACCINS

**La France, comme nombre d'autres pays, a préempté des vaccins, commandé des millions de doses d'antiviraux et de masques. Leur réception, leur stockage, et leur dispensation font naturellement l'objet de règles rigoureuses au sein de notre CHU.**

Notre CHU dispose au 22 septembre 2009 de :

- ▶ 1 010 420 masques (FFP2 et chirurgicaux)
- ▶ 10 333 unités thérapeutiques d'antiviraux Tamiflu® (tous dosages) et Relenza®

A ce jour, nous ne connaissons pas la quantité de vaccins qui sera allouée à notre CHU, ni la date de livraison. Une stratégie de stockage a été étudiée pour conserver l'ensemble des vaccins dans le respect de la chaîne du froid.

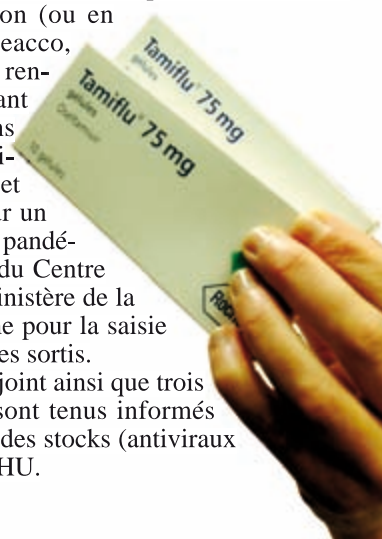
En cas de pandémie grippale et de dispensation importante d'antiviraux et si notre stock atteignait le seuil d'alerte de 40 %, le réapprovisionnement se ferait par le biais d'un bon de commande auprès de la zone défense sud-ouest. Le stockage des masques et antiviraux fait évidemment l'objet d'une surveillance et d'une sécurisation renforcées sur plusieurs sites tenus confidentiels. Une organisation a été mise en place pour permettre une dispensation des masques 7j/7 et 24h/24 par les personnels de la sécurité avec une traçabilité systématique. Ces mesures de précaution sont d'autant plus nécessaires que nous devons,

sur instruction interne à la DRASS, distinguer 2 stocks d'antiviraux :

- ▶ 1 stock à usage interne au CHU,
- ▶ 1 stock destiné à approvisionner les établissements de santé du département de la Haute-Vienne appelé « Plateforme pharmaceutique départementale ».

Notre pharmacien praticien hospitalier référent, Armelle Marie-Daragon (ou en son absence Hélène Beacco, pharmacien assistant), renseigne chaque jour avant 18h00 les dispensations réalisées avec traçabilité des numéros de lot et dates de péremption sur un site sécurisé dédié à la pandémie grippale émanant du Centre de crise sanitaire du Ministère de la santé. Il en est de même pour la saisie des quantités de masques sortis.

Le directeur général adjoint ainsi que trois de ses collaborateurs sont tenus informés régulièrement de l'état des stocks (antiviraux et masques) de notre CHU.



## NOUS VACCINER

Dans un courrier daté du 6 août 2009, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Dhos) indiquait que, si la vaccination des personnels des établissements de santé ne serait pas obligatoire, ceux-ci seraient vaccinés en priorité, y compris les étudiants en stage, internes et libéraux y intervenant.

Trois raisons justifient cette vaccination :

- maintenir le fonctionnement optimal du système de soins,
- éviter que ces personnels ne deviennent malades et vecteurs de dissémination du virus,
- garantir la meilleure protection à ceux à qui l'on impose l'obligation de s'exposer au virus.

Pour notre établissement, cette priorisation a été effectuée à partir des listings des effectifs médicaux et non médicaux travaillant au CHU de Limoges. Près de 6 000 professionnels ont été classés dans la priorité 1, la majorité étant des personnels soignants. Cependant, des personnels administratifs et médico-techniques ont également été inclus dans cette priorité 1. Cette priorisation est destinée à organiser la vaccination contre le virus H1N1.

Il est entendu que tous les salariés souhaitant se faire vacciner le seront. Mais cette vaccination sera échelonnée en fonction des priorisations et des livraisons des vaccins par les laboratoires pharmaceutiques.

« La stratégie vaccinale que nous devons adopter sera modulée par la date d'obtention des vaccins, le nom-

bre de vaccinations à réaliser et le moment de survenue de la pandémie.

Il est important de dissocier la vaccination contre la "grippe saisonnière" de la vaccination contre la "grippe A(H1N1)", précise le Dr Druet-Cabanac, chef du service de médecine du travail et référent de la cellule « vaccination » de notre CHU

Dès réception des vaccins contre la grippe saisonnière, il sera organisé une campagne de vaccination de masse pour tous les personnels de notre établissement. La stratégie choisie devra être une mise en situation identique à celle que nous adopterons pour la vaccination contre la grippe A(H1N1).

Le vaccin saisonnier 2009-2010, vu sa composition arrêtée au printemps dernier, protège contre des gripes H3N2, des gripes B et certaines gripes A(H1N1), mais n'a pas d'effet protecteur contre le H1N1 porcin pandémique.

Pour autant, le Pr François Denis l'affirme : « il est recommandé au personnel soignant de se faire vacciner avec le vaccin saisonnier dès l'automne, puis avec le vaccin pandémique quand il sera disponible en quantité, c'est-à-dire probablement entre novembre et janvier ».

**Dr Armelle Marie-Daragon, référent A(H1N1), pharmacie du CHU de Limoges**

Quelles sont les missions de la pharmacie du CHU dans le cadre du plan grippe A(H1N1) ?

Nous devons gérer les stocks dits « Stocks Etat » de médicaments antiviraux et de masques chirurgicaux et FFP2 qui nous ont été livrés début mai 2009. Il faut réceptionner, stocker de façon sécuritaire et dispenser avec une traçabilité, puis commander auprès de la zone défense sud-ouest les médicaments quand nous atteignons un seuil d'alerte.

Quels sont les éléments les plus complexes à gérer ?

La pharmacie à usage intérieur (la nôtre) doit aussi gérer les stocks d'antiviraux pour les autres centres hospitaliers du département, via la plateforme pharmaceutique départementale. Dans notre CHU, les antiviraux ne sont dispensés que sur prescription médicale. Pour la distribution des masques, une organisation a été mise en place avec le service sécurité pour maîtriser toutes les demandes, en fonction de l'évolution des situations dans les services et éviter les « surstockages » inutiles. Si les masques qui nous ont été livrés constituent un stock d'amorce pour faire face à une situation particulière, nous ne sommes pas certains que ce stock sera renouvelé autant que de besoin.

Comment avez-vous déterminé le nombre de masques, vaccins et traitements à commander ?

L'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS), en lien avec le Ministère de la santé nous a livré les médicaments antiviraux (Tamiflu® et Relenza®) et les palettes de masques FFP2 et chirurgicaux. La quantité a été évaluée en fonction de la taille de notre établissement et de la population du département. Pour les vaccins contre la grippe A(H1N1), la direction a transmis à l'ARH le total des personnels présents au CHU.

Quelle est aujourd'hui la procédure de commande des services du CHU auprès de notre pharmacie ?

Les médicaments sont prescrits sur une ordonnance médicale et les commandes de masques se font sur présentation d'une demande écrite rédigée et signée par le cadre de santé du service demandeur en précisant un argumentaire synthétique (voir annexe à la note d'information du 21 août 2009).





## RETARDER ET LIMITER LA PROPAGATION DU VIRUS DANS NOS SERVICES

**Dès le mois de juillet, en prévision de la possible pandémie grippale, la direction générale, la médecine du travail, les services de maladies infectieuses et le laboratoire de bactériologie-virologie-hygiène ont réfléchi à la procédure de prise en charge de personnels qui manifesteraient des symptômes A(H1N1) sur et hors de leur lieu de travail. Un travail qui s'est matérialisé par la publication d'une note nominativement distribuée à l'ensemble des personnels, étudiants ou stagiaires, présents au CHU et par de nombreuses affiches. Mais, finalement, pourquoi mettre en place une prise en charge différente de celle du grand public invité à consulter son médecin traitant ?**

Pour les mêmes raisons que la vaccination doit être prioritaire pour les hospitaliers : retarder le plus possible la pandémie au sein de nos hôpitaux pour protéger nos patients et être en capacité de remplir toutes nos missions de soin. Voici donc la prise en charge définie en période pré-pandémique dans notre CHU, étant entendu que les dispositions s'adapteront en fonction de l'évolution de la situation...

Tout personnel hospitalier de l'établissement qui présente un syndrome grippal (l'association de signes généraux comme fièvre supérieure à 38°C, courbatures, frissons et des signes respiratoires comme toux ou difficulté respiratoire -dyspnée) doit cesser toute activité de soins ou contacts avec les malades, se friction-

ner les mains à l'aide d'une solution hydro-alcoolique ou se laver les mains avec un savon doux pendant 20 à 30 secondes puis mettre immédiatement un masque chirurgical.

Il doit ensuite prendre contact avec son responsable hiérarchique, médecin ou cadre, puis téléphoner au service de médecine du travail ou au médecin des urgences (les nuits et week-ends) pour avertir qu'il va venir dans le service pour être examiné.

La suite de la prise en charge nous est expliquée par le Dr Druet-Cabanac : « Nous avons organisé un circuit parallèle d'accueil afin de ne pas mettre en contact le personnel " non grippé " venant en consultation avec les personnels " grippés ". Une salle de consultation spécifique équipée a été dédiée dans notre service et

*aux urgences de Dupuytren et tous les moyens nécessaires aux prélèvements naso-pharyngés ont été mis en place.*»

L'examen médical permet alors de poser le diagnostic clinique de grippe, d'évaluer la sévérité des signes cliniques et d'interroger le salarié sur l'existence d'un état de fragilité nécessitant la mise ou non d'un traitement anti-viral. Cette décision de mise sous traitement anti-viral se fait en concertation avec les médecins du service des maladies infectieuses et tropicales. Après l'examen clinique et le prélèvement, le salarié protégé par son masque revient à son domicile et doit prendre contact avec son médecin traitant.

Notre laboratoire de bactériolo-

### Et la vaccination de la population limousine ?

Pour la vaccination de la population limousine, le préfet pourra réquisitionner certains de nos personnels (particulièrement les étudiants infirmiers, étudiants et internes en médecine), les personnels titulaires ne pouvant être sollicités qu'en dernier ressort.



L'accès à la médecine du travail pour le personnel grippé



Réalisation d'un prélèvement naso-pharyngé

logie-virologie-hygiène réalise alors les analyses virologiques à partir du prélèvement nasopharyngé transmis. « Comme il le fait d'ailleurs pour les prélèvements émanant d'autres établissements généraux de la région Limousin : Guéret, Brive..., mais aussi hors région comme Châteauroux », tient à ajouter le Pr Marie Cécile Ploy.

Les prélèvements sont destinés d'une part à un diagnostic rapide « génomique » en deux étapes avec recherche de tous types viraux grippe A(H1N1) et une recherche spécifique du H1N1 porcine dit swl, d'autre part, à une mise en culture afin, si on isole la souche, de pouvoir l'adresser au Centre national de référence sud situé à Lyon pour étude de cette souche et de sa sensibilité aux antiviraux.

Le délai pour connaître les résultats varie selon l'urgence de la situation et les établissements qui réalisent les analyses. Le Pr Denis précise : « Dans une situation d'urgence absolue, le délai de la recherche génomique par *Polymerase Chain Reaction* (PCR en temps réel) peut être abaissé à 3-5 heures. En pratique, vu le coût de l'examen, on regroupe les demandes et le résultat est répondu au plus tard dans les 24 heures. » Un délai qui peut-être beaucoup plus long (plusieurs jours) dans beaucoup d'établissements en France... mais que l'on peut espérer voir considérablement réduit, des tests immunologiques spécifiques du virus A(H1N1) swl (réponse en moins d'une heure) étant en cours d'évaluation.


Avant même de connaître le résultat de cet examen, les responsables médicaux et soignants du service recensent

les « sujets contacts » du personnel dont l'examen virologique va être réalisé. Ces personnes, patients et personnels, qui ont été à son contact dans les 24 heures précédant l'apparition de ses premiers symptômes font alors l'objet de mesures adaptées :

- ▶ elles sont immédiatement prévenues du possible portage du virus par l'agent qui a été à leur contact
- ▶ les mesures de protection leur sont rappelées
- ▶ un traitement prophylactique (préventif) leur est administré si elles présentent des terrains fragilisés : pathologie respiratoire, cardiaque, diabète, traitement sous immunosuppresseur, femmes enceintes, personnes obèses...
- ▶ il leur est demandé, dès l'apparition des premiers signes grippaux, d'informer les responsables du service dans lequel elles travaillent ou sont prises en charge.

Lorsqu'un porteur A(H1N1) est identifié au sein de nos équipes, ses collaborateurs contacts sont reçus avant leur prise de poste, et avant même leur passage au vestiaire. Lors de cette réunion d'information, un médecin du travail, un médecin de maladie infectieuse et une directrice des soins présentent ou rappellent aux agents la conduite à tenir dans leur service et chez eux en attendant de connaître les résultats du prélèvement de leur collègue.

Le résultat une fois connu, ces contacts sont à nouveau informés et écoutés afin que leurs questions trouvent réponse, et les mesures sont adaptées en tenant compte du service, de la personne et de la durée d'incubation (de 2 à 7 jours). ■



Analyse virologique à partir d'un  
prélèvement naso-pharyngé réalisée au  
laboratoire de bactériologie-virologie-hygiène

## A(H1N1) : DONNEES GENERALES

**La grippe A(H1N1)** est une infection humaine par un nouveau virus grippal de la famille A(H1N1) qui infecte habituellement les porcs. C'est une infection virale qui se transmet maintenant d'homme à homme (transmission interhumaine).

**Les symptômes** sont identiques à ceux de la grippe saisonnière :

► fièvre supérieure à 38°, ou courbatures, ou grande fatigue notamment,

**et**

► toux ou difficultés respiratoires.

De nombreux symptômes pseudo grippaux ayant une autre étiologie existent. Le diagnostic de certitude ne peut être apporté dans le cadre hospitalier, que par une confirmation virologique sur prélèvement naso-pharyngé.

**La transmission**, dans le cadre de l'épidémie actuelle, se fait de la même manière que celle d'une grippe saisonnière :

► par la toux, les éternuements ou les postillons ;

► par contact rapproché avec une personne infectée, par exemple lorsqu'on l'embrasse ou qu'on lui serre la main ;

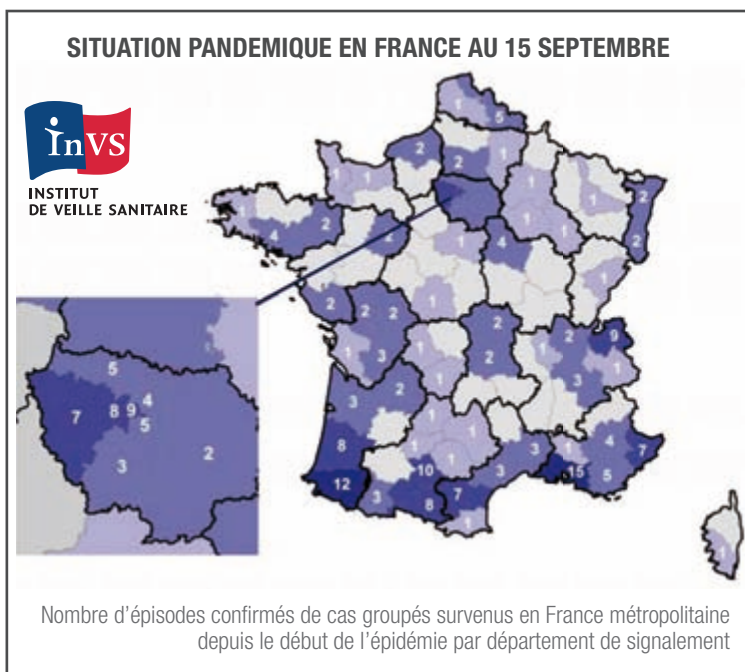
► par contact avec des objets touchés et contaminés par une personne malade (exemple : une poignée de porte, un bouton d'ascenseur...).

**Le vaccin** se présentera en flacon multi-doses (10) et nécessitera une reconstitution ex-temporane avant injection. Deux injections d'un vaccin du même fabricant seront nécessaires à 3 semaines d'intervalle.

Il existe quatre fabricants Sanofi-Pasteur, GSK, Novartis et Baxter. L'Etat français a commandé 94 millions de doses aux 3 premiers. Parmi ces producteurs, les uns produisent le vaccin pandémique sur œufs de poule embryonnés comme le vaccin saisonnier, les autres obtiennent du virus vaccinal sur cultures cellulaires.

Les vaccins contiendront probablement un adjuvant à base de squalène et nécessiteront probablement deux doses distantes d'un mois chez l'adulte et une seule dose chez l'enfant. Les études de tolérance et d'immunogénicité sont en cours avec des délais de sécurité incompressibles. L'efficacité attendue selon l'état de santé des vaccinés va de 60 à 90 %. Ce n'est pas une arme absolue, le vaccin n'empêche pas toutes les infections, mais diminue gravité et mortalité.

**Le dernier bilan** publié par l'Institut de veille sanitaire (InVS), datant du 15 septembre, faisait état de 164 cas de grippe pour 100 000 habitants. A cette date, 26 décès de malades porteurs du virus avaient été constatés (dont 5 en métropole, 1 en Guyane, 5 à la Réunion, 9 en Nouvelle Calédonie et 6 en Polynésie Française).



**Pandémie grippale** [www.pandemie-grippale.gouv.fr](http://www.pandemie-grippale.gouv.fr)

**Ministère de la santé et des sports** [www.sante-sports.gouv.fr](http://www.sante-sports.gouv.fr)

**Institut de Veille Sanitaire (InVS)** [www.inpes.sante.fr/grippeA\(H1N1\)](http://www.inpes.sante.fr/grippeA(H1N1))

**Ministère des affaires étrangères** [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr)

**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** [www.who.int](http://www.who.int)

**Centers for disease control and prevention (USA)** [www.cdc.gov/swineflu/](http://www.cdc.gov/swineflu/)

**Intranet Hermès** : espace grippe A(H1N1)



**N°Indigo 0 825 302 302**

0,15 € TTC / MN

0,15 € ttc/min depuis un poste fixe, service ouvert du lundi au samedi (hors jours fériés), de 9h à 19h.

Ce numéro est accessible depuis l'étranger.





FRANCIS ARSOUZE

## « Il y a de plus en plus de besoins »

Francis Arsouze est assistant socio-éducatif auprès des malades de polyclinique médicale, de médecine interne A et de chirurgie viscérale. Il nous présente sa vision de ce métier " de lien ".



« Notre éthique professionnelle est d'essayer d'accompagner les personnes vers plus d'autonomie et de responsabilité. »

**Comment êtes-vous devenu assistant socio-éducatif en milieu hospitalier ?**

Par un chemin inhabituel. Je travaillais dans une entreprise qui a réalisé un plan social. J'ai saisi cette occasion pour suivre des études d'assistant-social et obtenir mon diplôme d'Etat. Un stage au CH Esquirol a confirmé mon attirance pour ce métier et cet univers, et j'ai rejoint le CHU il y a 5 ans.

**En quoi consiste votre métier ?**

C'est d'abord écouter, parfois ce n'est même « que cela ». C'est ensuite apporter une aide psychologique et technique sur des dossiers, donner une information. Notre éthique professionnelle demande d'essayer d'accompagner les personnes vers plus d'autonomie et de responsabilité. Ma mission est bien d'initier des démarches, pas de les faire à la place des patients. Même s'il arrive que l'on doive pallier l'impossibilité de certains à les conduire... Il faut aussi assurer la coordination entre le patient, sa famille et les équipes médicales et soignantes. Je réalise quotidiennement des points avec les cadres de santé ou les infirmiers sur les patients, et participe aux staffs sociaux.

**Qui vous sollicite : le patient, la famille ou nos équipes ?**

Les 3... cela dépend des problématiques et de l'état de santé des patients. Les publics

et les situations sont très hétérogènes.

**C'est sans doute ce qui fait l'intérêt de votre métier...**

Oui, mais pas seulement. Il est aussi enrichissant de travailler avec des équipes pluri-disciplinaires et avec des acteurs extérieurs : le Conseil général, les CLIC\*, les Ehpad, les caisses de retraites, la CPAM...

**Vous exercez avec une contrainte temps très présente...**

C'est ce qui est le plus difficile. Il faut, avec le patient, trouver avant sa sortie une solution compatible avec ses aspirations, ses possibilités (financières notamment) et son état de santé. Or, ce sont des choix qui peuvent constituer de vrais bouleversements dans sa vie. Le problème du temps se pose aussi pour trouver une place dans une structure d'accueil, celles-ci étant souvent complètes. Des documents nécessaires à la sortie ne sont pas toujours renseignés comme il faut... Des patients sont parfois hospitalisés un peu plus longtemps que nécessaire, le temps que l'on réponde à ces points.

**Et vous trouvez toujours une solution ?**

On s'efforce de le faire. Mais il faut avoir une certaine capacité à gérer la frustration : on initie les choses, mais on a peu de retour sur le devenir du patient. On ne sait jamais à l'avance si ce que l'on a impulsé

et ce pour quoi l'on travaille a abouti.

**On imagine aussi que vos échanges avec patients et proches doivent parfois être marquants.**

Parler avec un patient en fin de vie, parfois sa famille, de « ce qui va suivre » (les obsèques...) est difficile. Le fait de pouvoir compter sur les collègues pour s'entraider et « évacuer » des moments difficiles est alors très important. Mais l'on connaît aussi des « grands sourires » de patients.

**Les attentes et besoins de nos patients évoluent-ils ?**

Mon sentiment est qu'il y a de plus en plus de besoins. Les gens ont de plus en plus de problèmes de ressources, de mutuelles... les situations sociales se précarisent de plus en plus (éclatement familial, isolement...). Il y a aussi un vieillissement de la population et des capacités d'accueil insuffisantes en institutions.

**Votre blouse blanche facilite-t-elle votre reconnaissance par les équipes médicales et soignantes ?**

Non. Nous avons cette reconnaissance car nous travaillons tous les jours avec elles. D'ailleurs, pour faciliter le contact avec certains patients (en pédiatrie notamment), les assistantes sociales n'en portent pas toujours et sont tout autant reconnues. ■

\* Centre Local d'Information et de Coordination

# « Une science du mouvement et en mouvement »

Chef du service de rhumatologie, président du Comité de Lutte contre la Douleur (CLuD) et co-inspirateur de la Fédération de la douleur qui va voir le jour, le Pr Philippe Bertin nous présente sa spécialité et les progrès effectués dans la lutte contre « les douleurs »...



« La bonne entente et la coopération entre médecins, infirmières et aides-soignantes du service qui partagent la culture de " lutte contre la douleur et de prise en charge globale " »

**Pourquoi avez-vous choisi d'exercer cette spécialité ?**

Dès le début d'internat, j'étais attiré par la rhumatologie. 90 % des personnes consultent pour « des douleurs » qui peuvent être d'origine ostéo-articulaire bien-sûr mais aussi neurologiques, cancérologiques, ou autre... Il faut donc avoir une démarche diagnostique clinique complète et c'est ce qui rend cette spécialité extrêmement intéressante.

**Vous êtes au CHU de Limoges depuis 1985...**

J'apprécie mon activité clinique, mais aussi l'enseignement et la recherche - je me réjouis de l'attention qui est à nouveau accordée à la recherche et à l'enseignement. Ces activités, seulement possibles en établissement universitaire, me permettent de maintenir mes connaissances à niveau. C'est essentiel pour nos patients, de même que la bonne entente et la coopération entre médecins, infirmières et aides-soignantes du service qui partagent la culture de « lutte contre la douleur et de prise en charge globale ».

**Il est vrai que la rhumatologie du CHU de Limoges a toujours été réputée dans ce domaine...**

En 1988, nous avons créé une consultation multi-disciplinaire de la douleur, et 10 ans plus tard notre équipe publiait « les recommandations de Limoges » sur l'utilisation de la morphine dans les pathologies non cancéreuses. C'étaient les premières recommandations en France qui inspirèrent fortement celles ensuite formulées par l'AFSAAPS et l'Europe. Prochainement, la rhumatologie (pour les douleurs chroni-

ques) et l'anesthésie (pour les douleurs aiguës) officialiseront la naissance de la Fédération de la douleur. Limoges reste donc en pointe sur cette problématique.

**On peut encore progresser ?**

On le fait. Dans tous les services. Les douleurs aiguës en post-opératoire ne sont plus celles d'hier. Côté douleur chronique, la prise en charge médicamenteuse doit s'améliorer. Il faut que l'on trouve des molécules aussi efficaces que la morphine mais plus faciles à utiliser. Il nous manque un médicament entre le paracétamol et la morphine, à plus forte raison depuis le retrait de la famille de médicaments associant du paracétamol et un opiacé (comme le Di-Antalvic).

**Pour le public, rhumatologie rime avec « l'inévitable arthrose » ?**

La rhumatologie est beaucoup plus que cela. Nous prenons aussi en charge des patients jeunes atteints de pathologies immunologiques invalidantes comme les spondylarthrites ankylosantes, les polyarthrites rhumatoïdes. Nous prenons aussi en charge l'ostéoporose, les lombalgies, les cervicalgies, les pathologies péri-articulaires... nous travaillons donc beaucoup avec les équipes des autres spécialités médicales (dermatologie, médecine interne, gastro-entérologie, neurologie...) et aussi d'orthopédie, de rééducation fonctionnelle et de neurochirurgie.

**Est-ce une spécialité qui a beaucoup évolué ?**

La rhumatologie est « une science du mouvement et en mouvement ». Nous étions

dans une spécialité « contemplative » dans laquelle nous ne sommes plus. Une personne de 40 ans atteinte de polyarthrite rhumatoïde devait le plus souvent arrêter définitivement de travailler et prendre de la cortisone pendant des années. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, notamment grâce aux biothérapies\* qui ont transformé la vie des patients souffrant de rhumatismes inflammatoires.

Grâce à la densitométrie osseuse, l'ostéoporose est aussi mieux diagnostiquée et donc mieux traitée : par exemple 1 seule perfusion par an réduit de 70 % le risque de fracture chez les patients porteurs de cette pathologie.

Encore un exemple d'évolution : entre 1985 et 2009, la durée moyenne de séjour est passée de 11 jours à moins de 4 (la plus faible en médecine pour notre CHU). Seule l'arthrose n'a pas bénéficié des mêmes avancées thérapeutiques. La recherche n'a pas encore trouvé sur quels mécanismes importants de l'arthrose cibler l'action.

**Un mot sur l'activité du service ?**

On est débordé (rires)... comme tout le monde ! On a par exemple réalisé plus de 5 500 consultations externes par an. La réputation du service et le passage de 2 000 à 1 000 rhumatologues en France en 10 ans contribuent à ce recrutement qui va bien au-delà de la région (Charente, Cantal...). ■

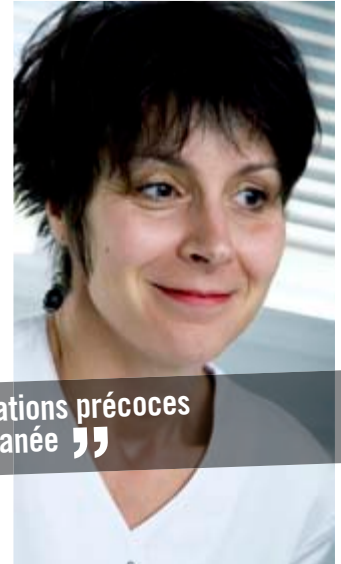
\*Méthode thérapeutique fondée sur l'emploi d'organismes vivants (levures, ferments, certains microbes) ou de substances prélevées sur des organismes vivants (hormones, extraits d'organes ou de tissus). Par opposition à chimiothérapie, où l'on utilise des substances de synthèse.



FANNY TERRO

# « On fait preuve de beaucoup d'empathie »

Fanny Terro est orthophoniste depuis novembre 2007 dans le service de médecine physique et de réadaptation. Elle nous présente son exercice dans un secteur qui la passionne.



« On essaie d'intervenir au début, car les stimulations précoces et intensives améliorent la récupération spontanée »

## Quel est votre parcours ?

Diplômée en 1993, j'ai travaillé deux ans en Haute-Normandie avant d'arriver sur Limoges. J'ai exercé à mi-temps en libéral et dans un établissement pour enfants handicapés. J'ai su qu'un poste se libérait au CHU, que je connaissais un peu car je participais à des groupes de travail.

## Pourquoi avoir choisi notre hôpital ?

Le travail avec les adultes me manquait et il y a peu d'établissements spécialisés. A l'hôpital, il y a de bonnes conditions de travail. J'ai les moyens de progresser dans mon métier. J'apprécie le contact avec le patient, les familles et le travail en équipe.

## Quel est votre rôle ?

Essayer de rétablir le mieux possible et le plus vite la capacité de communication pour le patient qui ne sait plus comprendre ou n'arrive plus à parler. On est formé à utiliser tous les moyens de communication en général, autres que la communication verbale. On essaie de mettre en place des outils (photos, catalogue repas, pendules modulables...). On utilise la communication multimodale (mimer, dessiner...). On utilise plusieurs entrées pour qu'il y en ait une qui puisse fonctionner. On s'occupe aussi des troubles de la déglutition.

## L'équipe du service est-elle associée à vos missions ?

Oui, la communication concerne tout le monde. Nous sommes en train de proposer des outils différents et adaptés pour chaque professionnel afin de faciliter la

communication. On intervient aussi sur des demandes ponctuelles afin de montrer comment on peut améliorer la communication dans une situation de soins précise. On travaille plus spécifiquement en parallèle avec la neuropsychologue pour les troubles cognitifs et avec les médecins et les diététiciennes pour la déglutition.

## Qui sont les patients que vous avez en charge ?

Des femmes, des hommes, des adultes jeunes ou âgées. Ce sont des patients qui ont essentiellement eu un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, quelques fois une tumeur... On réalise un bilan sur prescription médicale, du langage, voir de la déglutition, puis on établit un plan de rééducation.

## Quelle est la place de la famille dans cette rééducation ?

Je reçois les familles. On les implique au maximum pour qu'elles aient une bonne attitude face à leur proche. On les aide à poser les bonnes questions, plutôt des questions fermées. Souvent, elles assistent au bilan et parfois aux séances. La famille amène des photos pour nous aider à travailler avec leur proche. Elle nous raconte l'histoire de vie pour le patient mutique, pour le motiver au maximum.

## A quel moment de la rééducation intervenez-vous ?

Dès que le médecin nous le demande. Souvent dès l'arrivée en médecine physique. On essaie d'intervenir au début, car

les stimulations précoces et intensives améliorent la récupération spontanée. Après vient la récupération continue, mais c'est plus lent.

## Des déceptions parfois ?

Déceptions ? Non. Mais frustrations, oui ! Un sentiment d'impuissance, oui ! Quelques fois, on n'arrive pas à trouver de solution, de canal, de porte d'entrée pour communiquer avec le patient. Malheureusement, on n'est pas des magiciens...

## Qu'est-ce qui vous plaît dans votre travail ?

L'histoire des gens. Les aider à retrouver leur place dans leur vie. On travaille beaucoup avec l'entourage. On n'est pas seul avec le patient. J'aurais très bien pu travailler avec des adultes sourds ou qui ont eu un cancer de la gorge, mais non, j'ai préféré la communication d'origine neurologique.

## On s'attache aux patients ?

Oui. On fait preuve de beaucoup d'empathie. Parce que ce sont des hommes et des femmes... Je ne souhaite pas me "blinder" dans mon métier, sinon, je perdrais cette empathie.

## Les moments les plus forts ?

Il y en a plusieurs ! Quand au bout de 25 minutes avec un patient qui a du mal à parler, je trouve ce qu'il a voulu me dire. Et que je vois sur son visage le soulagement d'avoir été compris. Ou encore, quand les premiers mots arrivent... ■

## « Telle une enquête policière... »

Patrick Bussièrre est technicien au département technique biomédical. Durant sa carrière, il a vu évoluer les technologies et son travail passant du « dépannage au composant » à l'informatisation des appareils médicaux.



« Si nous n'étions pas là, le coût de la main d'œuvre et du déplacement serait beaucoup plus important et l'immobilisation forcément plus longue »

#### Quel est votre parcours ?

Après un bac F2 en électronique, j'ai fait un court passage dans une société de télécommunication comme technicien de contrôle qualité. Puis j'ai eu l'opportunité de rejoindre l'hôpital en 1979. C'était pour moi l'occasion de revenir dans ma région natale. A l'époque, il n'y avait que 5 techniciens et un ingénieur.

#### Quelles sont les missions du service ?

Le biomédical assure le bon état de marche et l'entretien périodique du matériel médical, tout en respectant la sécurité du patient et la maîtrise des budgets. Nous avons en charge l'ensemble des secteurs du CHU ainsi que l'hôpital de Saint-Junien. Notre domaine d'activité s'étend du simple pousse-seringue jusqu'aux équipements d'imagerie, en passant par le monitoring, la dialyse et le bloc opératoire... Nous avons deux types d'activité : le « curatif » ou dépannage, et le « préventif » qui concerne le remplacement périodique des pièces d'usure et le contrôle complet des performances et de la sécurité des équipements. L'achat de nouveaux équipements est une activité non négligeable. Chaque jour, le biomédical négocie les tarifs et donne son expertise technique sur le matériel et ses fournisseurs éventuels.

Les technologies évoluent, comment tenez-vous à jour vos connaissances ?

La perpétuelle évolution du métier implique que nous participions régulièrement à des stages, et que nous rencontrions des médecins et des ingénieurs technico-commerciaux pour effectuer une veille technologique. Afin de comprendre les interactions entre nos équipements et le corps humain, nous avons tous des notions en physiologie. Il en est de même concernant l'hygiène et la sécurité vis-à-vis des patients et du personnel.

#### Si le service biomédical n'était pas là... que se passerait-il ?

Des constructeurs sont presque toujours présents pour intervenir... mais la plupart sont basés sur Paris, Toulouse ou Bordeaux. Pour une urgence, nous intervenons dans le quart d'heure, eux, au mieux le lendemain. Si nous n'étions pas là, le coût de la main d'œuvre et du déplacement serait beaucoup plus important et l'immobilisation forcément plus longue. Nos horaires d'ouverture vont de 8h à 18h en semaine. Un service d'astreinte prend le relais pour les problèmes urgents.

#### Comment votre métier a évolué ?

Les nouvelles découvertes, les avancées technologiques ont bouleversé notre pratique. A l'époque, la recherche des pannes s'effectuait avec les schémas électroniques, l'oscilloscope et le fer à souder. Aujourd'hui la plupart de nos équipements

embarquent un ordinateur ou l'équivalent, qui nous guide par des codes d'erreur ou des « journaux d'événements ». Une sorte de boîte noire de l'appareil. Il y a quelques années nous avons, à la demande de médecins, conçu et réalisé des appareils spécifiques. De nos jours cela ne serait plus possible en raison des réglementations en vigueur.

#### Quelles sont vos relations avec les équipes médicales et soignantes ?

Nous sommes référents techniques lors de l'achat de matériel. Au cours de la présentation d'un appareil, nous l'examinons. Il est parfois démonté, afin que nous donnions notre avis sur sa fiabilité et sa facilité de maintenance. Les techniciens forment également le personnel soignant à l'utilisation du matériel. Nous essayons d'être proches des utilisateurs et parfois d'assister à des examens pour mieux comprendre les conditions d'utilisation.

#### Qu'est ce qui vous plaît dans votre métier ?

Sa perpétuelle évolution qui nous oblige à nous remettre sans cesse en cause. J'aime également la diversité de nos actions. Chaque matin ou presque, j'ignore ce que sera le contenu de ma journée. J'ai toujours autant de plaisir à analyser les différents « indices » et à résoudre les problèmes telle une « enquête policière » lors des dépannages. ■



# Organisation des blocs opératoires :

## L'EXEMPLE DU CHU DE NICE



Dr Jean-Louis Bernard, médecin responsable de pôle, Fabienne Dulbecco, responsable soignant de pôle - Pôle organisation et gestion des blocs opératoires-stérilisation - CHU de Nice

**Optimiser l'organisation des blocs opératoires est un enjeu pour tous les établissements hospitaliers. Le CHU de Nice a accepté de nous présenter son expérience et les bénéfices de son travail.**

### La conduite de projet

#### Démarche projet

Le projet d'établissement prévoyant à l'horizon 2011 le regroupement des salles d'intervention sur 2 blocs opératoires, la direction générale a initié en 2005 un projet de restructuration des blocs opératoires. Le comité de pilotage de ce projet était présidé par le directeur général et la coordination assurée par le coordonnateur général des soins. Le CHU de Nice a bénéficié d'un accompagnement par un prestataire extérieur (CETH), qui a d'abord réalisé un état des lieux déclaratif, suivi rapidement d'une évaluation, pendant quatre semaines, de l'activité de l'ensemble de nos blocs opératoires, en utilisant les données saisies en temps réel par les infirmiers des blocs opératoires sur le dossier patient informatisé. Une étude spécifique à l'activité d'urgence nocturne a été menée afin de permettre une offre répondant au besoin.

Des groupes de travail ont été animés conjointement par la consultante externe et par le cadre supérieur chargé des blocs opératoires pour l'ensemble du CHU, qui venait d'être missionné à cet effet.

#### Professionnels impliqués

Le comité de pilotage comprenait des médecins représentants des chirurgiens et des anesthésistes. Les groupes de travail (par spécialités chirurgicales) relatifs à la réorganisation de l'offre en plages opératoires comprenaient des chirurgiens et des anesthésistes (au minimum 2 réunions par spécialité).

#### Arbitrages

Les groupes de travail ont proposé et le comité de pilotage a validé.

### Le régulateur

#### Responsabilité

Cette fonction est assurée par les cadres du bloc et du secteur anesthésie/SSPI : à tour de rôle (planning) par un cadre de santé IBODE de bloc, un cadre de santé IDE de bloc, un cadre de santé IADE de secteur d'anesthésie.

#### Missions

Les missions du cadre régulateur sont centrées sur l'optimisation de la productivité des salles d'opération en optimisant la gestion des flux et l'allocation des ressources au plus près des besoins - pour permettre le déroulement optimal du programme opératoire du jour. Il assure également la gestion et les dysfonctionnements du jour.

Une évaluation de cette fonction a été réalisée et les points forts objectivés ont été :

- l'optimisation des remplacements et de l'organisation des repas pour les équipes,
- l'optimisation de la gestion des flux des patients externes et internes,
- l'optimisation de la gestion des brancardiers externes,
- la diminution des délais d'attente en SSPI,
- le renforcement de la mutualisation des effectifs (renfort mutuel IBO/IDE/IADE/AS inter-blocs sur le même hôpital),
- l'amélioration de la communication IBO/IADE (cohésion équipe cadre) et décloisonnement : on s'adresse au cadre régulateur et non au CS IBO/IADE,
- l'incision plus tôt (objectif 8h30),
- l'enchaînement entre 2 interventions plus rapides,
- l'ouverture de salles supplémentaires pour enchaînement (« ping pong ») :

gain de temps de ménage.

#### Limites

Il y a parfois un manque d'autorité par rapport aux prises de décision dans la priorisation des patients lors de la gestion des flux (arbitrage médical).

#### Remplacement

Cette fonction est effectuée par un groupe de cadres via une organisation par planning : une à deux régulations (7h/17h) par semaine.

#### Autres missions du régulateur

La fonction de cadre gestionnaire d'une équipe et d'un secteur d'activité de bloc et/ou d'anesthésie-SSPI.

### Le personnel non médical

#### (IBODE, IADE, AS)

#### Amplitude horaire variable

Les besoins (RH par amplitude horaire et par compétences) ont été évalués au regard de l'offre de vacations opératoires (plages opératoires). Les cadres élaborent ensuite les plannings pour répondre à ces besoins avec des groupes d'agents sur des cycles en 7h42, 9h, 10h ou 12h.

#### Plages opératoires

Les plages opératoires sont d'une amplitude de 10h ou de 7h pour les activités programmées.

#### Organisation en réponse à l'absentéisme

Absences de longue durée :

- ▶ infirmiers (spécialisés ou non) : intérimaires ou heures supplémentaires (selon le secteur)
- ▶ AS/ASH : mensualités.

Absences de courte durée :

- ▶ tous grades : réorganisation et si besoin recours aux heures supplémentaires (selon activité).

## Polyvalence des personnels

Elle existe sur la base du volontariat, mais c'est une polyvalence « raisonnée » : il ne s'agit pas de faire bouger les agents par principe mais pour répondre à des besoins et uniquement au volontariat. Par contre, sur un bloc pluridisciplinaire : polyvalence IADE, polyvalence IBODE circulante, polyvalence IBODE instrumentiste si expert(e)s. A noter que les IBODE diplômés et les IADE ont, de par leur formation, un « cursus varié » et sont plus aisément polyvalentes (stages réalisés durant leur formation sur de nombreux blocs du CHUN). AS bloc : polyvalence sur toutes les fonctions AS bloc. AS SSPI : polyvalence sur toutes les fonctions AS SSPI.

Dans les secteurs à haute technicité :

- ▶ pour les IADE : polyvalence sur le site et au volontariat inter-sites
- ▶ pour les IBODE circulants : polyvalence sur le site et au volontariat inter-sites
- ▶ pour les AS bloc : polyvalence sur toutes les fonctions AS bloc sur le site et au volontariat inter-sites
- ▶ pour les AS SSPI : polyvalence sur toutes les SSPI sur le site et au volontariat sur les soins critiques du site ou inter-sites.

## Dossier patient informatisé Solution logicielle

Nous ne sommes qu'aux balbutiements : nous avons sur chaque bloc (pour chaque spécialité chirurgicale) un programme opératoire en ligne (soit Excel, soit Access) comportant un minimum de mêmes types d'in-

formations (appelées « fondamentaux de programmation ») et plus selon les besoins de spécialités.

2 spécialités ont un autre outil. L'un est développé par le secteur sur 4D. L'autre est implanté par la direction du système d'information en coordination avec notre pôle de Qbloc (Agfa) car le CHU a une gestion des rendez-vous sous Qplaner. Nous ne sommes pas à ce jour satisfaits par les performances de Qplaner et travaillons à son amélioration ; sinon, nous envisagerons de changer de logiciel.

## Points forts et les points faibles de QBloc

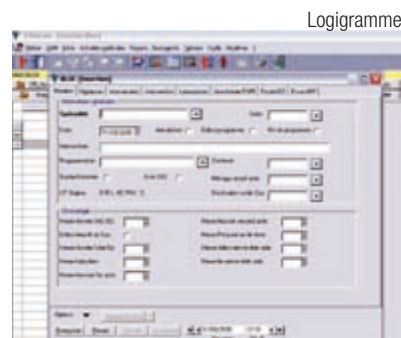
Points forts : interface avec dossier patient (Clinicom) et QPlaner. En théorie, Qbloc répond aux attentes en terme de programmation. Points faibles : ergonomie, lisibilité, personnalisation difficile.

## Gestion des urgences (logigramme)

**En journée et en semaine pendant l'activité chirurgicale programmée**  
L'annonce est formulée au cadre régulateur du bloc par fax (sur un document signé unique pour tout le pôle) par le chirurgien demandeur et l'anesthésiste. L'intervention est ensuite intégrée au programme opératoire du jour par le cadre régulateur avec l'aide du médecin anesthésiste référent.

## En dehors de l'activité chirurgicale programmée de jour, de nuit et le week-end

Coordination entre médecins anes-



thésistes et chirurgiens.

## Fonction du régulateur des urgences

En semaine entre 7h et 17h, il s'agit du cadre régulateur

## Responsabilité arbitrage urgence vraie/urgence différée

Le chirurgien et le médecin anesthésiste

## Bilan Bénéfices

- ▶ Un taux d'occupation des salles en progression (notre cible = 75 % - cible MeaH)
- ▶ Un taux de débordement en baisse (notre cible < 7 %)
- ▶ Des débuts d'intervention moins tardifs (mais avec des écarts selon les spécialités).
- ▶ Le réajustement semestriel des vacations opératoires au regard des activités produites et des demandes de nouvelles activités additives par secteur : données d'activités précises extraites de l'Infocentre (chiffres vérifiés et non remis en cause). ■

Le bloc opératoire du CHU de Nice





# Médailles d'honneur départementales et communales

Le 29 juin dernier, s'est déroulée la remise des médailles d'honneur départementales et communales. Une occasion de récompenser le travail des personnels du CHU ayant accompli entre 20 et 30 ans de service dans notre hôpital.



Les médaillés

## Médailles de vermeil (30 ans de service)

Christiane Auvert  
Elisabeth Benigno  
Marie-Hélène Bois  
Brigitte Bonnet  
Christiane Bouchardy  
Edgard Bouton  
Françoise Braye  
Marie-José Broussaud  
Claude Chambord  
Francis Cleret  
Colette Courivaud  
Liliane Delaumenie  
Ginette Dufourneau  
Claudette Gainant  
Christine Graff  
Martine Granet  
Monique Grenier  
Jacqueline Lavaux  
Suzanne Maquarie  
Chantal Marginier  
Annie Marsaudon  
Nicole Morin  
Françoise Mourieux  
Nicole Mouveroux  
Monique Pepion  
Jeanine Poutaraud  
Janine Ribleur  
Paulette Roulaud  
Françoise Sirieix  
Arlette Thomas

## Médailles d'argent (20 ans de service)

Claire Alamome  
Marie-José Arnaud  
Marie-Odile Bado  
Christine Bonnaud  
Sylvie Bonnefond  
Marie-Dominique Bonneset  
Agnès Bouchery  
Brigitte Boulestin  
Colette Cabriol  
Danielle Chaumeny  
Muriel Chavagne  
Jean-Christophe Codez  
Yasmina Coiffe  
Catherine Cristou  
Marie-Christine Daubisse-Gratien  
Véronique Dechamp  
Elisabeth Delaide  
Catherine Desbordes  
Catherine Dulac  
Patrick Faucher  
Elisabeth Faure  
Béatrice Faye  
Sylvie Foussat  
Christine Gaudy  
Christiane Gouny  
Suzy Grenaille  
Carole Jacquet  
Isabelle Kichou  
Françoise Konomi  
Françoise Labarussias

Maryse Laffetas  
Bernadette Laplaud  
Agnès Lautredou  
Béatrice Legrain  
Christine Legrand  
Laurence Lelong  
Marie-Rose Metayer  
Chantal Meurant  
Bernadette Meynieux  
Monique Monnier  
Serge Montelut  
Pascale Morange  
Michelle Nouaille  
Florence Nouhaud  
Fabienne Pacheco  
Christiane Perrier  
Didier Peyrelade  
Philippe Pot  
Régine Pragout  
Véronique Preux  
Nadine Rabier  
Didier Rondet  
Bernadette Roux  
Marie-Françoise Sadry  
Christine Tall  
Bernadette Vandeput  
Bernard Vergonjanne



Campagne d'affichage sur le dépistage de la syphilis  
réalisée par le service communication du CHU.  
Rue des Combes, Limoges - 1<sup>er</sup> septembre 2009.  
*photo : Frédéric Coiffe*



**M.A.C.S.F.**

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Épargne Financement

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