

chorus

n°100
février 2012

le magazine
du CHU
de Limoges

la vie de
NOTRE MAISON



chorus

LA VIE DE

NOTRE MAISON

la vie de
NOTRE MAISON





Sommaire

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

Publication du service
de la communication

service.communication@
chu-limoges.fr

Directeur de la publication
Hamid Siahmed
Rédacteurs en chef
Maïté Belacel,
Philippe Frugier
Secrétaire de rédaction
Maïté Belacel
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Illustrations
Frédéric Colffe
Imprimeur
Fabrègue,
St-Yrieix-la-Perche (87)
Tirage
9 500 exemplaires
Dépôt légal
1^{er} trimestre 2012
ISSN 0986-2099

03 | Editorial

04 | De " La vie de notre
maison " à " Chorus "

05 | Gouvernance

10 | Projet d'établissement,
projets de service

15 | Budget

18 | Qualité

26 | Recherche

27 | Travaux -
équipements

33 | Coopération régionale
et internationale

35 | Vie sociale

36 | Illustrations au fil
du temps

éditorial

par Hamid Siahmed,
Directeur général



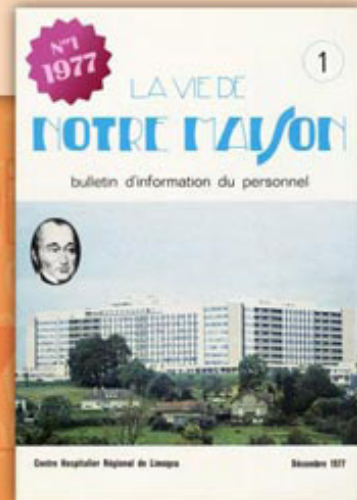
En 1977, paraissait le premier « bulletin d'information du personnel » du CHU de Limoges sous le nom « La vie de notre maison ». En 35 ans, la maison a grandi, et le CHR est devenu CHU. Des sites constitutifs de notre établissement ont disparu, d'autres sont sortis de terre. Les techniques et les organisations ont évolué. « Une autre époque » comme le disent les plus anciens. En attestent certaines photos et articles réalisés tout au long de ces trois décennies. Et pourtant... Ce numéro anniversaire est particulièrement intéressant. Bien des préoccupations et projets

**Cent numéros,
35 ans et
une ambition**

actuels étaient déjà présentés et des solutions avancées dans ces anciennes éditions dont nous avons choisi de publier quelques « bonnes pages ». De la problématique d'accueil des patients non programmés, de la nécessité de développer une culture de la qualité ou une coopération inter-établissements, de celle de favoriser nos relations avec la

médecine de ville, des besoins de recrutement, d'une gestion budgétaire rigoureuse et de disposer d'indicateurs d'activité, de l'essor inévitable de l'ambulatoire, en passant par les enjeux liés au dossier patient, jusqu'à la domotique et les difficultés de stationnement autour de l'hôpital... Tout y est ou presque ! A désespérer ? Certainement pas. Plutôt l'inverse. Vous savez combien je partage cette citation de Pierre-Augustin Caron Beaumarchais extraite du Barbier de Séville : « La difficulté de réussir ne fait qu'ajouter à la nécessité d'entreprendre ». Car finalement, la constante, pour hier, aujourd'hui et pour demain, consiste bien en notre engagement collectif à tout faire pour que les parcours de nos patients soient les plus adaptés à leurs besoins. Votre travail au quotidien, votre investissement dans le plan d'actions établi suite au rapport de certification HAS, le projet d'établissement 2012-2016 comme notre contrat de performance doivent servir cette cause. A l'instant où j'écris ces mots, le mois de janvier n'est pas encore terminé. J'en profite donc pour vous souhaiter ainsi qu'à vos proches une excellente année 2012, riche de projets, de défis, de succès et de santé. ■

De " La vie de notre maison " à " Chorus "



N°1
1977



éditorial

Le 9 janvier 1976 aura marqué, pour notre ville et notre région, une date importante dans l'hospitalisation. C'est en effet ce jour, qu'après une longue attente, l'Hôpital Universitaire Dupuytren ouvrait officiellement ses portes.

Conçu selon les techniques actuelles, pourvu des perfectionnements les plus modernes, ce nouvel hôpital a enfin doté Limoges d'un établissement hospitalier digne d'une capitale régionale.

Avec sa mise en service complète, cet établissement a vu en peu de temps le personnel hospitalier passer de 1.800 à 3.600 agents.

Devant cet accroissement rapide du personnel et par suite de l'évolution technologique, il est apparu hautement souhaitable que chacun, au poste qu'il occupe, puisse mieux connaître dans son ensemble la vie du Centre Hospitalier auquel il appartient, que chaque agent ait ainsi le sentiment qu'il fait partie d'une grande équipe, d'une grande famille, où tous les efforts, dans leur diversité, tendent vers un même et noble but : soigner.

C'est ce que se propose de réaliser cette publication périodique.

Je suis persuadé que cette brochure, due à l'initiative de M. REBEYROL, Directeur Général, accomplira son œuvre, qu'elle permettra de resserrer les liens qui existent entre les divers personnels et qu'au-delà, en renforçant la compréhension et l'entente entre les services, elle contribuera à la bonne marche de l'établissement et, en fin de compte, à l'amélioration des conditions d'hospitalisation.

Louis LONGEQUEUE,
Maire de Limoges,
Président du Conseil d'Administration
du Centre Hospitalier Régional et Universitaire
de Limoges.

N°1
1977

avant-propos

Cette Revue, nous l'avons voulue et préparée pour qu'elle soit le lien entre tous les membres de la grande équipe hospitalière que nous formons, afin que chacun connaisse mieux la Maison, ce qui s'y fait, s'y prépare (avec quels moyens ?).

Pour que chacun aussi apprenne à mieux connaître ce que font les autres, qui travaillent dans les services voisins et sur lesquels nous pourrions être tentés de porter un jugement hâtif et donc sommaire.

Pour que les « nouveaux » encore un peu perdus, peut-être écrasés, dans ce vaste ensemble qu'est l'Hôpital Universitaire, ou au-delà le puzzle que constitue le C.H.R., se sentent accueillis.

Nous voudrions aussi, qu'elle porte à chacun, et au-delà de notre groupe, à l'extérieur, les efforts que tous ensemble nous faisons pour améliorer sans cesse le service rendu aux malades qui se confient à nous.

Car si pour l'essentiel, nous disposons des moyens humains et technologiques qui sont indispensables pour exécuter correctement ce service, il nous faut (il nous faudra toujours) rechercher, encourager, améliorer la qualité des relations humaines à l'intérieur de notre Maison.

— Relations humaines de qualité avec les malades et leurs proches, cela va de soi, et nous en sommes tous soucieux quel que soit notre niveau de responsabilités ; mais est-ce si évident, si couramment pratiqué, qu'il ne faille en reparler en permanence au risque de passer pour « Rétro » ?

— Relations humaines, normales, chaleureuses entre membres du personnel dont la solidarité, la camaraderie sont pratiques quotidiennes : oui cela va de soi, mais ne doit-on pas le redire, quand trop d'agents (les nouveaux, mais aussi des anciens) se sentent isolés, quelquefois rejetés, souffrent de solitude...

Alors, notre vœu est que ce Journal Trimestriel, qui s'efforcera de dire, de décrire, voire d'exalter ce que font les uns et les autres, soit aussi et surtout le trait d'union entre nous, soit encore le témoignage de ces femmes et de ces hommes qui pratiquent un métier auquel ils croient, qui emplit leur vie, lui donne un sens.

Le Service des Malades est plus que jamais un service exigeant ; c'est aussi une tâche humaine parmi les plus nobles.

J. REBEYROL,
Directeur Général.
Y. LEMARIÉ,
Directeur Général Adjoint.

N°10
1987

VOICI DONC LE NOUVEAU NOM DE NOTRE JOURNAL

Pourquoi CHORUS ?

— Parce qu'il symbolise la reprise en chœur, le travail ensemble, la vie en commun.

— Parce qu'il dégage le désir d'harmonie dont a besoin l'hôpital d'aujourd'hui, pour la cohésion et l'efficacité, au profit des malades.

— Parce que, de surcroît, le jeu des lettres composant ce titre permet de visualiser le sigle C.H.R.U.

Gouvernance

N°68
2003

45 conseils de Services au CHU

Elire un Conseil de Service (ou de Département) est, depuis la loi du 31 juillet 1991, devenu une obligation législative. Ces structures permettent d'associer tous les personnels à la gestion de leur service, en favorisant leur participation et leur expression. Le législateur a souhaité que chaque service ait une gestion participative interne associant l'ensemble des professionnels.

Le Conseil de Service a pour mission, l'élaboration d'un Projet, mais également la réflexion sur le fonctionnement et les moyens du service.

Présidé par le Chef de Service, il est constitué de personnels médicaux et non médicaux volontaires, tirés au sort et répartis en collèges.

Le CHU de Limoges se met progressivement en conformité avec la législation en installant encore quelques conseils de services.



A ce jour, 45 services ont élu leurs représentants. Au CHU, les conseils de services se réunissent régulièrement et permettent ainsi au personnel de s'impliquer dans la vie de leur service.

N°1
1977



La parution de cette revue est l'occasion idéale de vous présenter notre « Maison » dont vous connaissez tous l'aspect extérieur, mais qui cache derrière ses façades une réalité beaucoup plus complexe.

Ce numéro et les suivants vous permettront d'avoir une meilleure connaissance de son fonctionnement, de ses rouages, de ses moyens... Vous découvrirez l'ensemble des problèmes juridiques, médicaux, techniques, économiques et sociaux qui coexistent en son sein.

Nous nous préoccupons tout d'abord de vous présenter brièvement son aspect juridique et son fonctionnement général.

1) Une question de terminologie...

La dénomination C.H.R. (Centre Hospitalier Régional) introduit une notion juridique; un C.H.R. étant un « Etablissement public » doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est composé pour ce qui nous concerne d'un ensemble de six établissements :

- L'Hôpital Universitaire Dupuytren (1.280 lits), 2, avenue Alexis-Carrel, 87031 Limoges cédex.
- L'Hôpital du Cluzeau (168 lits - 200 lits sont prévus après extension), 51, avenue Dominique-Larrey, 87031 Limoges cédex.
- L'Hôpital Général (172 lits), 25, rue de l'Hôpital, 87031 Limoges cédex.
- La Maison de Retraite de Chastaingt (720 lits), rue Henri-de-Bournazel, 87031 Limoges cédex.
- L'Hospice de Châteauneuf-la-Forêt (116 lits), Bellegarde-les-Flours, route de Sussac.
- Le Foyer de l'Enfance « Villa Robert », (73 lits), rue de Fontaury, 87031 Limoges cédex.

Il est bon de rappeler que le sigle C.H.R. ne doit en aucun cas s'appliquer à l'un de ces établissements qui possèdent chacun leur spécificité, et donc leur appellation.

Gouvernance

N°24
1990



L'EDITO

d'Alain RODET
Député Maire de Limoges
Président du Conseil d'Administration du C.H.R.U.

Le 11 août dernier, Louis LONGEQUEUE s'éteignait au Centre Hospitalier Dupuytren.

Cet établissement, dont il présidait le Conseil d'Administration, avait toujours été une de ses préoccupations majeures. Sa formation professionnelle et universitaire, ses qualités humaines le prédisposaient à s'intéresser de très près à la vie de l'hôpital. Mais il savait aussi en tant qu' élu local combien un centre hospitalier, au même titre qu'une université, est un des éléments déterminants qui font qu'une ville peut prétendre au titre et au rôle de capitale régionale.

En lui succédant au Conseil d'Administration, j'entends agir avec la même ténacité aux côtés de l'équipe de direction, pour que le C.H.R.U. de Limoges reste à la pointe du progrès médical.

Les acquisitions récentes — notamment en matière d'imagerie par résonance magnétique — la rénovation complète du plateau des urgences et le projet interne d'entreprise sont la marque de cette volonté sans cesse réaffirmée.

L'hôpital de Limoges permet ainsi de prendre en charge dans les meilleures conditions thérapeutiques les malades du Limousin et même de régions limitrophes.

Je voudrais donc féliciter chercheurs et médecins dont les techniques d'intervention concourent à garantir et à imposer la bonne réputation de notre hôpital.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des personnels qui ne connaîtront jamais la même notoriété mais dont l'accomplissement quotidien de tâches parfois éprouvantes permet de faire regresser la souffrance et la maladie.

N°31
1993

LA COMMISSION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

Cette commission est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :

- 1° L'Organisation Générale des Soins Infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers.
- 2° La recherche dans le domaine de Soins Infirmiers et l'évaluation de ces soins.
- 3° L'élaboration d'une politique de formation.
- 4° Le projet d'établissement.

LA PREMIÈRE RÉUNION DE LA COMMISSION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS AU C.H.R.U. DE LIMOGES

Le lundi 8 février 1993 à 14 heures a eu lieu la première réunion de la Commission du Service de Soins Infirmiers.

N°50
1999



Editorial

du Pr Bernard DESCOTTES
Président de la CME

Qualifié de fonction éminente ou de titre prestigieux au sein de l'hôpital, le rôle de Président de la CME n'en demeure pas moins et avant tout celui d'un homme sur qui repose les lourdes responsabilités des orientations médicales où doit s'engager la communauté médicale de cet établissement.

C'est demander au Président de savoir s'engager avec courage, énergie, détermination, objectivité et honnêteté dans l'analyse des situations présentées, dans la compensation des carences ou défaillances individuelles, dans le choix des stratégies les plus profitables à nos patients, à la reconnaissance et peut-être à l'avenir de notre CHRU.

C'est dire que la somme de travail à abattre s'annonce déjà importante dans un système regorgeant d'effets pervers où l'hôpital moteur du progrès médical, au cours des 30 dernières années s'est essoufflé, ankylosé et presque paralysé. Ceci tient peut-être au fait qu'à l'intérieur du système hospitalier reposant sur la notion de service, chacun dans son domaine très spécialisé a développé ses activités sans toujours tenir compte ni des contraintes économiques, ni même dans certains cas, de l'intérêt général.

A cette faiblesse s'ajoute fréquemment l'absence d'harmonie au sein de la mosaïque soignante ou on ne rencontre bien souvent que des individualismes, des égoïsmes ou corporatismes dans lesquels l'intérêt du malade n'a pas la place qui devrait être la sienne.

A cela, il ne faut pas le nier, s'est associé insidieusement une véritable gangrène d'un système déjà mal en point : la déresponsabilisation, c'est-à-dire la crainte, voire la peur des prises de responsabilité par ceux qui au plus haut niveau ont le pouvoir. Le bombardement incessant de circulaires, protectrices de leur sécurité juridique, cherchant rarement à savoir si le texte est applicable sur le terrain, génère de plus en plus de démotivation chez les soignants.

De grâce, revenons vite à la réalité de nos engagements de «soulager et soigner toujours, guérir parfois» des malades qui nous sont adressés dans des situations d'angoisse, de désespoir et quelquefois de drame.

Aussi, durant ces quatre années de présidence, je veillerai à rappeler :

N°22
1990

A LA COMMISSION MEDICALE

Changements d'intitulés de Services hospitaliers

Les techniques et activités médicales évoluent et influent sur les structures hospitalières ; il est normal que les intitulés des services traduisent ces évolutions ; c'est là le signe d'un dynamisme tout à fait prometteur pour notre C.H.R.U. En 1989, cinq services hospitaliers ont demandé à ce que leur intitulé soit modifié.

Il s'agit des services suivants :

— Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire et Angiologie (au lieu de Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire).

— Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Servico-Faciale (au lieu de Service d'Oto-Rhino-Laryngologie).

— Service de Radiologie A (au lieu de Radiologie Centrale).

— Service de Radiologie B (au lieu de Radiologie Vasculaire).

— Service d'Hépatogastro-Entérologie (au lieu de Gastro-Entérologie).

Les pôles d'activité créés au C.H.R. de Limoges

La loi hospitalière du 27 juillet 1987 a donné la possibilité de créer au sein des services des pôles d'activité. Ces pôles d'activité permettent à un adjoint du chef de service d'être totalement responsable sur le plan administratif comme sur le plan médical du secteur dont la charge lui a été déléguée par son chef de service. Les pôles d'activité, en accroissant la proximité entre le malade et l'équipe médicale, sont une structure qui contribue considérablement à l'humanisation de l'hôpital.

A ce jour, dix-neuf pôles d'activité ont été créés dans les services hospitaliers.

N°13
1983



Editorial

Au nom de la "Solidarité", pour la protection sociale de nos concitoyens, une nette majorité est sans doute prête à continuer à consentir des efforts financiers en fonction de ses revenus, à faire preuve de patience, de coopération, pour maintenir et développer la qualité des soins et le progrès.

Et voilà que l'accès à des techniques nouvelles coûteuses conditionnera des soins conformes aux données actuelles de la science, renforçant les chances de guérison et de survie dans « les centres hospitaliers et universitaires, établissements de pointe et de progrès technique et médical »⁽¹⁾.

Paradoxalement, le renouvellement et la mise à jour des équipements ne risquent-ils pas d'y être plus lents, en raison des contraintes économiques ?

La croissance des dépenses de santé et leur nécessaire maîtrise, problème politique, atteignent les « gens de terrain », qu'on le veuille ou non. Faisant front à une démotivation stérile, sauront-ils combiner solidarité et effort personnel, participer et faire des choix entre le souhaitable et l'indispensable ?

La réponse, à notre avis, est dans la participation à tous les niveaux, la responsabilisation, le dialogue : en se rencontrant, chacun est gagnant à échéance et nos établissements à coup sûr. Les années 1984 et sans doute aussi 1985-1986 vont constituer une période charnière pour le fonctionnement de nos hôpitaux publics.

Les réformes structurelles, médicales, statutaires, de gestion, se succèdent et l'on pressent que leur survenue se précipite. Les décisions finales nous échappent, elles sont politiques ; tout au moins peut-on espérer qu'elles soient un compromis relativement acceptable, qui aura dépensé les divergences, voire certaines indifférences actuelles.

Pour le fonctionnement harmonieux de la recherche, de la prévention, du diagnostic, du traitement, de la vie de nos établissements, la coopération de chacun d'entre nous devra se développer encore sans arrière-pensée.

La possibilité existe : trop de cloisonnements, trop d'individualités subsistent qui rendent inutilement difficiles choix et travail en commun, options de progrès et continuité dans l'action de ceux qui, avant nous, en d'autres périodes de crise, ont su, plus que tenir, aller de l'avant.

Le malade, cet autre que nous-même aujourd'hui... et nous même peut-être demain, attend cette résolution à l'action et au progrès collectif et individuel que nous aurons eu la chance de faciliter.

A. LACIRE,
Directeur Général.

(1) Pierre BEREGOVY, lettre du 14 octobre 1983.

• que chacune de nos préoccupations personnelles, catégorielles ou professionnelles s'effacent devant celles des malades qui, par leur choix d'être traités dans un établissement public, n'ont pas choisi d'être pénalisés par ses dysfonctionnements. Si l'hôpital fonctionne mal, le public ira ailleurs car il a d'autres choix.

• que les préoccupations des soignants, dont j'ai une profonde considération, soient prises en compte par les décideurs et que les décisions prises soient proches des réalités du terrain.

• que la communauté médicale devienne harmonieuse, compréhensive, acceptant que le toujours plus pour pas plus de résultat ne peut perdurer, qu'il lui faudra peut-être apprendre à faire mieux avec ce que l'on a déjà.

• que notre communauté devra également apprendre qu'il ne peut pas y avoir deux catégories de personnel hospitalier : ceux qui font tourner les services et prennent des risques personnels en assumant leur responsabilité et ceux qui évaluent et jugent sans prendre le moindre risque personnel car ils n'assument rien.

• que la confiance soit totale avec l'administration, rouage indispensable à la bonne marche d'un hôpital en sachant que la confiance ne se décrète pas, elle s'obtient. Elle s'obtient si un dialogue est instauré entre deux partenaires et non entre un chef et un subordonné.

Au terme de ces quelques lignes, je mesure combien a été important et lourd le travail mené durant huit années par Monsieur le Professeur CATANZANO à qui je rends hommage. Je mesure l'importance de notre engagement pour ces quatre années. Je sais que je peux d'ores et déjà compter sur les membres du bureau mis en place, sur les membres de cette nouvelle CME pour m'aider dans l'accomplissement de nos objectifs.

N°12
1982

Gouvernance



Editorial

Evolution du C.H.R.U. de Limoges

Les deux éléments constitutifs du C.H.U. de Limoges : l'Hôpital et la Faculté de Médecine ont assez curieusement la même ancienneté, puisque leurs origines datent du début du XVII^e siècle.

Pour mesurer le chemin parcouru, quelques chiffres peuvent alimenter notre réflexion, et nous amener à penser que l'évolution a peut-être été aussi spectaculaire au cours de ces dernières décennies que pendant les trois siècles précédents.

En effet, la jeune Faculté de Médecine et de Pharmacie de Limoges est l'héritière d'une institution vénérable et fort ancienne, puisque c'est en 1627 que le Roi confirme les statuts d'une « maîtrise d'apothicaire », puis d'un Collège de Médecine à Limoges, précisant que l'enseignement devra comprendre : « Anatomie, dispute et autres semblables exercices... ». Cette faculté compte actuellement 2 000 étudiants, dont 1 600 en médecine, encadrés par 144 enseignants, dont les 116 de Médecine sont presque tous hospitalo-universitaires.

L'Hôpital :

C'est à saint Martial que l'on doit, au III^e siècle, la création du premier hôpital de Limoges. Un deuxième hôpital, l'hôpital Saint-Gérald, fut créé au XII^e siècle. Il représente la partie située au début et à droite de la rue de l'Hôpital.

La ville de Limoges décide en 1657 la fondation d'un Hôpital général qui réunira en un seul établissement tous les hôpitaux particuliers et toutes les confréries charitables disséminées dans la ville (un acte de l'Assemblée de Ville, daté du 14 novembre 1657, destine l'hôpital Saint-Alexis, qui recueille les mendiants et les victimes des famines particulièrement nombreuses à cette époque, à être une institution à la fois charitable et religieuse).

L'ensemble de l'hôpital général actuel constituait l'hôpital Saint-Alexis.

L'unification des hôpitaux de Limoges se fit entre 1657 et 1660, et les lettres patentes autorisant la fondation de l'hôpital général sont de décembre 1660. Le statut désigne dix administrateurs parmi les notables et les corps constitués de la Ville, la commission administrative est présidée par l'Evêque.

L'hôpital abritait 514 pauvres pour 195 lits. Le corps médical comprenait deux médecins et un chirurgien. Quant à la Pharmacie, elle était aux mains des sœurs hospitalières et l'une d'elles remplissait les fonctions permanentes d'"Apothiquaïresse".

La communauté de l'ordre des Sœurs Hospitalières de Saint-Alexis a été liée par contrat à l'hôpital, le 28 octobre 1839.

Le Docteur CHASTAINGT mourut près de Pierre-Buffière le 16 septembre 1849 et légua ses biens à la Ville pour la construction d'un asile de vieillards, trente ans après sa mort. L'asile Chastaingt ouvrit le 16 janvier 1899. L'asile d'aliénés avait été ouvert sous le nom d'"asile de Naugat", en décembre 1864.

Le total général des lits en 1898 était de 1 030.

Le Maire de Limoges est le Président de la commission administrative depuis 1801. C'est probablement par référence à l'époque où l'Evêque de la ville était président du Conseil d'Administration, que M. LONGEQUEUE, actuel président, a pu déclarer que la construction du C.H.U. de Limoges, élément essentiel de la création et du développement de la région du Limousin, avait été « l'événement le plus important depuis la construction de la cathédrale ».

Examinons l'évolution, dans les vingt dernières années, de l'activité du C.H.R. de Limoges en comparant les éléments du « rapport moral » de 1959 et celui de 1981, et en admettant comme critères le montant du budget, le prix de journée, le nombre de malades, le nombre de médecins, d'internes, d'externes et de personnels paramédicaux.

a) Le budget

En 1959, un peu plus d'un milliard d'anciens francs (c'est-à-dire 41 milliards de francs actuels).

En 1981, près de un milliard de francs actuels (budget multiplié par le coefficient 25).

Le prix de journée en chirurgie était de 30 francs lourds, il est actuellement de 1 400 francs.

b) **Le nombre de lits** était de 1 500 (dont près de 1 000 pour l'hôpital général). Il est actuellement de 2 287 (dont 1 255 pour l'hôpital Dupuytren, 154 pour le Cluzeau, 360 pour l'hôpital Rebeyrol, 402 pour l'hôpital du Docteur Chastaingt et 116 pour l'hôpital de Châteauneuf-la-Forêt), 771 de ces 2 287 lits sont en chambres à un lit.

A cet ensemble, il faut ajouter :

- le S.A.M.U.,
- le Centre Régional d'Informatique Hospitalière qui traite la gestion de 54 établissements hospitaliers,
- le service d'hospitalisation à domicile prévu pour vingt malades,
- un hôpital de jour gériatrique prévu pour vingt places.

c) **Le personnel**

Les cadres de direction qui étaient, en 1959, représentés par un directeur, un sous-directeur et un économiste, sont actuellement au nombre de quatorze, plus deux ingénieurs.

Le personnel médical comportait, en 1959, une trentaine de médecins, 14 postes d'internes et 40 d'externes. Le nombre de postes mis au recrutement chaque année était de quatre environ pour le concours d'internat et de six en moyenne pour l'externat. A l'époque, le C.H.R. comportait un interne de garde (qui a été pour la première fois doublé par un externe de garde par délibération du C.A. du 12 avril 1960).

Il comporte actuellement 327 médecins, dont 106 hospitalo-universitaires, 76 praticiens hospitaliers et 145 médecins attachés, 120 postes d'internes et 384 étudiants hospitaliers.

Le nombre des médecins, de quelque catégorie que ce soit, a presque décuplé.

Le dernier concours d'internat a mis au recrutement 31 postes.

Le personnel paramédical comprenait 555 personnes en 1959 (dont 67 infirmières et infirmiers, 110 aides-soignantes et 211 agents des services hospitaliers). L'effectif est actuellement de 4 130 personnes, dont près de 700 infirmiers et infirmières, 11 sages-femmes, près de 600 aides-soignantes et près de 1 000 agents des services hospitaliers.

Bref, en vingt-deux ans :

- le budget a été multiplié par 100 (en fait par 25 en francs constants),
- le prix de la journée a été multiplié par 40 (en fait par 10 en francs constants),
- le nombre des médecins par 10,
- le nombre des personnels paramédicaux par 7 (le nombre des infirmiers et infirmières par 10).

Les administrateurs qui, avec moi, ont eu le privilège d'être associés depuis vingt-trois ans à la vie de cet hôpital, peuvent dire que cette évolution est une véritable mutation.

Mutation qui a consisté, en particulier, à transformer l'hôpital d'une ville (où l'hospitalisation privée recevait les malades les plus intéressants) en une structure sanitaire complète, de haute technicité, d'une région tout entière et débordant même sur les départements périphériques pour le recrutement de ses malades et celui, pour la Faculté, de ses étudiants. Elle a été assurée par l'ensemble des administrateurs, directeurs, médecins, personnels de cette maison : chacun aujourd'hui peut se sentir fier d'y avoir été associé.

Notre C.H.U. est un ensemble remarquable quant à la qualité des soins donnés à nos malades et la réalisation des deux objectifs sans lesquels il n'y aurait pas de progrès : la recherche et l'enseignement, tant pour la formation initiale des médecins, pharmaciens et sages-femmes, et autres personnels, que pour la formation continue de tous, et en particulier la Formation Médicale Continue.

Notre souci sera de maintenir, dans la difficile conjoncture actuelle, la qualité du C.H.U. de Limoges et, si possible, d'en poursuivre le progrès.

Michel CAIX,
Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Limoges,
et Vice-Président du Conseil d'Administration du C.H.R.

N°4
1979

Gouvernance

La circulation et le stationnement des véhicules dans l'enceinte de l'Hôpital Universitaire Dupuytren

Les agents et les consultants ou visiteurs de l'Hôpital Universitaire Dupuytren savent combien, à certaines heures de la journée il est difficile de trouver à stationner dans certains des parcs de stationnement de l'Établissement. Il s'agit là d'un problème quotidien, c'est pourquoi la rédaction de « La vie de notre maison » a décidé d'y consacrer une place importante dans ce numéro. Elle tient tout particulièrement à remercier M. BRAGARD, directeur de la Compagnie des Transports de Limoges et ses collaborateurs pour l'excellent article qu'ils nous présentent, à propos de la desserte de l'Hôpital Universitaire.

LE REGNE DE LA VOITURE INDIVIDUELLE

Quelles que soient les idées générales que l'on peut formuler sur ce sujet, il s'agit bel et bien d'un phénomène dont on ne peut que prendre acte : l'homme moderne ne peut plus s'abstenir d'utiliser sa voiture. Moyen de transport moderne et autonome, elle règne désormais en maîtresse absolue sur la vie des sociétés développées.

La communauté sociale que représente le C.H.U. n'échappe pas à ce phénomène et, tous les jours, agents, visiteurs, consultants ou fournisseurs se pressent autour de l'Hôpital Universitaire au volant de leur voiture. La difficulté naît alors à la fois du nombre des candidats au stationnement et aussi, dans une large mesure de l'indiscipline qui les caractérise. Combien en effet, tous les jours, assaillent les concierges de l'Hôpital de tous les arguments possibles et imaginables dans un seul but : pénétrer sur le site et stationner le plus près possible de l'Hôpital.

Il est des jours où tout ce petit monde, qui représente une population permanente de plus de 3 000 personnes, à force d'anarchie, met réellement en danger le bon fonctionnement de l'Hôpital.

Qu'il s'agisse de « bouchons » devant le sas réservé aux ambulances arrivant aux urgences, de véhicules obstruant la sortie du garage du S.A.M.U. ou même d'une ribambelle « d'isolés » stationnant en dépit du bon sens devant des emplacements normalement réservés aux sapeurs-pompiers ; les infractions sont quotidiennes et, pourquoi ne pas le dire, un peu décourageantes pour ceux qui ont la charge difficile de faire régner un minimum d'ordre et de sécurité à l'Hôpital Universitaire.

DES MOYENS LIMITES

Et pourtant, si l'on y réfléchit bien, comparé à de nombreux autres Établissements Hospitaliers implantés au cœur des grandes villes de notre pays, l'Hôpital Universitaire Dupuytren bénéficie de nombreux atouts.

Au premier rang de ces atouts, il y a tout compte fait un grand nombre d'emplacements de stationnement répartis en divers points du site hospitalier.



Projet d'établissement, projets de service

N°25
1991

PROJETS DE SERVICE ET ACTIONS QUALITE : OU EN EST-ON ?

Aujourd'hui, nul ne l'ignore, le C.H.R.U. de Limoges a choisi pour projet de devenir l'hôpital le plus accueillant de France.

Pour la démarche de mise en place et de développement du projet, les projets de service constituent un aboutissement :

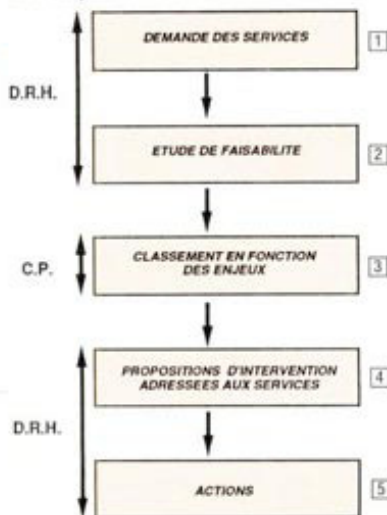
— parce qu'ils permettent de mobiliser les personnels du service sur la promotion de la qualité, aussi bien de leur prestation au malade que de leurs conditions de travail ;

— parce qu'ils permettent de résoudre les problèmes de fonctionnement des services, souvent en suspens jusqu'alors, dans une dynamique de projet de service efficace dès le court terme.



Concrètement comment réalise-t-on une démarche qualité ?

Les étapes sont les suivantes :



1 Le chef de service, ou l'un des responsables, demande une aide méthodologique pour conduire une action d'amélioration de la qualité. La demande doit exprimer le plus précisément possible le but à atteindre, les problèmes à régler, etc.

2 La Direction des Ressources Humaines réalise alors une étude de faisabilité de l'opération demandée. Pour quelles raisons ?

— pour clarifier et compléter la demande initiale et voir laquelle des 4 démarches qualité offertes répond le mieux au contexte et aux difficultés à résoudre ;

— pour identifier le ou les facilitateurs potentiels du service, c'est-à-dire les personnes qui sont les mieux placées pour conduire le travail en interne, soutenir les groupes participatifs, apporter de la méthode. Le facilitateur n'est pas forcément une personne de l'encadrement ;

— pour permettre à la Direction des Ressources Humaines de mieux connaître le service et de savoir comment sont perçues les démarches participatives par les personnels et les responsables.

N°99
2001

L'Unité de Concertation Pluridisciplinaire en Cancérologie

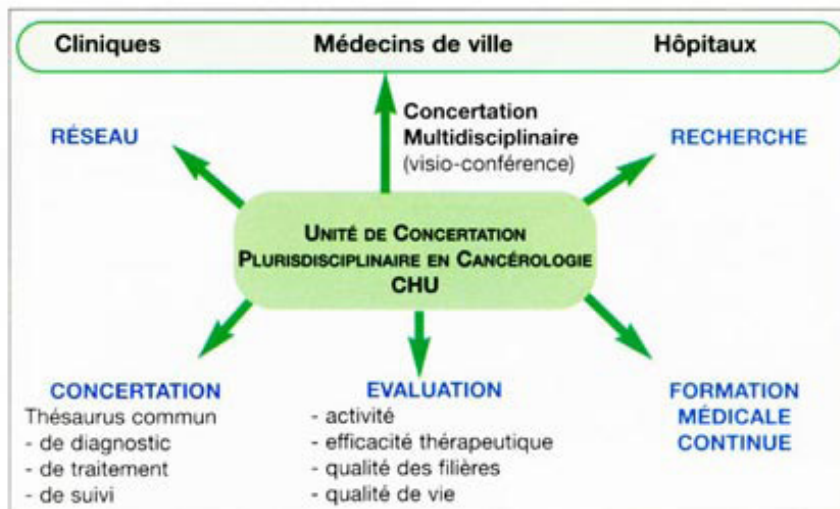
Les missions de cette unité sont multiples

- ✓ **Organisation de la concertation pluridisciplinaire** pour la prise en charge au sein du CHU des patients atteints d'un cancer.
- ✓ **Mise en place de thésaurus commun** pour harmoniser la prise en charge des patients.

✓ **Evaluation**, à la fois **quantitative** en terme d'activité par l'intermédiaire du nombre de dossiers vus au cours des différents comités et **qualitative** par l'évaluation de l'efficacité des traitements, de la qualité des filières de soins et la qualité de vie.

✓ **Organisation de réunions de formation** (compte rendu de congrès, mise au point de protocole ou présentation des essais thérapeutiques en cours).

✓ Apport d'une **aide** pour la mise en place du **réseau régional de cancérologie** et surtout pour la réalisation de l'évaluation de celui-ci.



Les différents comités par spécialités

JOUR	LIEU	HORAIRES	COMITÉS	RESPONSABLES	SUPPLÉANTS
lundi	Oncologie Médicale	12h30	Gynécologie	Dr AUBARD	Dr PUYER, Dr SERVAUD
	Hôpital du Cizeau	17h30	Pneumologie	Pr BONNAUD	Pr MELLONI
	Oncologie Médicale	18h	Digestif	Pr GAINANT Pr PILLEGAND	Dr MATHONNET Dr CESSOT
mardi	Oncologie Médicale	9h-13h	Cancérologie générale		
	Oncologie Médicale	14h	Radiologie	Dr BOUILLET	Dr DESFOUGERES
	ORL	17h30	ORL	Pr BESSEDE	Dr ORSEL
mercredi	Oncologie Médicale	17h	Dermatologie	Pr BEDANE	Pr BONNETBLANC
	3ème mar. du mois	Oncologie Médicale	16h	Onco-génétique	Dr GILBERT
jeudi	Neurochirurgie	11h45	Neurochirurgie	Pr MOREAU	
	Oncologie Médicale	18h	Urologie	Pr COLOMBEAU	
vendredi	St-Junien - Guéret	Après-midi	Consultations avancées	Dr GENET	

TOUT SAVOIR SUR LE PROJET MÉDICAL

1 . Filière de prise en charge du sujet âgé

ORIENTATIONS

Le C.H.U. définira une politique gériatrique ainsi que la mise en adéquation des moyens humains et organisationnels correspondants.

Cette politique prendra en compte le développement :

- d'une gestion ambulatoire des personnes âgées,
- de la régulation par les gériatres au service des Urgences,
- d'une articulation efficace à partir des Urgences (rapprochement Urgences - Polyclinique Médicale - Médecine Gériatrique),
- de la coopération des différents services avec la gériatrie,
- des relations avec les hôpitaux périphériques.

2 . Filière oncologie

ORIENTATIONS

En application des orientations du S.R.O.S., le C.H.U. va mettre en place une véritable filière d'Oncologie Médicale.

Les chimiothérapies en hospitalisation complète seraient assurées, pour une meilleure qualité de prise en charge :

- pour les chimiothérapies aplatantes, par les services d'Hématologie Clinique, d'Oncologie Médicale, d'Oncologie Pédiatrique,
- pour les chimiothérapies lourdes, sans greffe de moelle, par les services d'Hématologie Clinique, d'Oncologie Médicale, d'Oncologie Pédiatrique, de Dermatologie, de Pathologie Respiratoire, de Rhumatologie,
- pour les chimiothérapies en hôpital de jour, dans ces mêmes services avec, en plus, l'Urologie.

Des staffs communs, par organe, regrouperont les spécialités médicales concernées et des protocoles de prise en charge seront élaborés pour chaque type de néoplasie.

3 . Développement Hôpital de jour - Réduction D.M.S.* et Révision des capacités-lits

ORIENTATIONS

L'importance prise par les hospitalisations de jour dans la prise en charge des patients implique une restructuration des services.

En outre, de nombreux services ont une masse critique de patients dont la D.M.S. est inférieure à 5 jours et justifiant la création de lits d'hospitalisation de semaine.

4 . Développement de la chirurgie ambulatoire

ORIENTATIONS

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie sans hospitalisation, présentant les avantages suivants :

- mise en place d'une chirurgie tendant vers la perfection (zéro complication),
- partenariat avec les médecins généralistes,
- pas de mélange des différents types d'hospitalisation.

5 . Développement des partenariats avec les Établissements de Santé

ORIENTATIONS

Les conventions inter-hospitalières impliquant le C.H.U. devront être réorientées, pour l'avenir, en tenant compte :

- du rôle et de la place du C.H.U. dans le réseau de soins ainsi constitué,
- d'une clarification des obligations et des intérêts pour le C.H.U.,
- des besoins du C.H.U. en matière de fonctionnement des unités de personnes âgées.

6 . Mise en place de contrôle qualité dans les services de radiologie

ORIENTATIONS

La maîtrise de la qualité dans la prestation radiologique implique la définition des constituants élémentaires, humains et matériels, de la qualité.

7 . Mise en place d'un système d'évaluation de la qualité des soins dans les services de soins

ORIENTATIONS

Le C.H.U., en conformité avec les dispositions de la Réforme Hospitalière de 1991, a décidé de développer l'évaluation de la qualité des soins : évaluation transversale et évaluation interne à chaque service. Pour cela, quatre indicateurs transversaux ont été mis en évidence :

- surveillance des infections nosocomiales,
- surveillance des filières de soins optimales,
- amélioration de la qualité de l'information médicale (dossier du malade, transmission de données...),
- surveillance des accidents iatrogènes.

L'évaluation interne des services sera réalisée à la demande de chaque service producteur ou utilisateur de prestations.

8 . Filière Soins Intensifs - Réanimation

ORIENTATIONS

L'orientation du S.R.O.S. selon laquelle le C.H.U. devrait s'interroger sur l'opportunité de créer un Service de Réanimation Chirurgicale a été prise en compte par le C.H.U.

Il s'agit de savoir si le Service de Réanimation Polyvalente, lorsqu'il sera entièrement ouvert, permettra de satisfaire l'ensemble des besoins.

9 . Réorganisation Pôle mère - enfant

ORIENTATIONS

Deux regroupements d'activité sont prévus pour parfaire le fonctionnement de ces secteurs, aboutissant à la création d'un pôle **Naissance** et d'un pôle **Enfance**.

10 . Regroupement des activités à vocation identique ou complémentaire

ORIENTATIONS

Le Projet Médical a permis au C.H.U. de redéfinir, dans un souci de cohérence, l'organisation fonctionnelle, structurelle et spatiale des services médicaux.

11 . Politique d'orientation vers les services de suite

ORIENTATIONS

La politique voulue par le C.H.U. permettra une affirmation claire de la mission médicale, la définition des indications médicales retenues pour chacun des services, la mise en place d'une articulation performante entre Urgences, services de spécialités, Polyclinique, services de suite,...

12 . Politique d'adéquation des malades provenant des Urgences vers les services M.C.O.

ORIENTATIONS

Le nombre des inadéquations dans l'orientation des patients médicaux admis au Service des Urgences du C.H.U. (1500/an) provoque un allongement de la D.M.S. et, partout, une augmentation des capacités-lits. En outre, une orientation inadéquate peut porter préjudice à certains malades mal orientés.

Bien que revêtant un caractère universitaire, le C.H.U. ne peut se soustraire à son rôle d'hôpital général pour la population locale arrivant par les Urgences.

N°36
1995

SPOD : la Surveillance Post-Opératoire à Domicile

DIMINUER DE 50% LE TEMPS D'HOSPITALISATION

Son principe est de diminuer de 50% au minimum le temps d'hospitalisation d'un patient opéré dans le cadre du service de Chirurgie Viscérale et Transplantations tout en permettant au patient de revenir à domicile en étant sécurisé. En effet, à la différence de la chirurgie ambulatoire, dès sa sortie du service, le patient sera pris en charge pendant un nombre de jours variables et limités par son médecin traitant. Ce médecin traitant, préalablement initié au fonctionnement du système SPOD, passe voir en visite son patient une fois par jour, deux fois si nécessaire et transmet chaque fois par Minitel les données cliniques et para-cliniques recueillies lors de l'examen du patient. Ces données transmises par Minitel sont transcrites sur un ordinateur installé dans le service de Chirurgie Viscérale et Transplantations. Cet ordinateur est surveillé plusieurs fois par jour par un assistant chirurgien. Si l'une des données cliniques apparaît anormale, l'assistant contacte directement le médecin traitant. Cette assistance est assurée 24 heures sur 24 grâce à un chirurgien joignable en permanence, soit par Bip au sein de l'hôpital, soit par Eurosignal à l'extérieur. A la moindre complication ou alerte, sur appel du médecin traitant ou lecture des données transcrites, le chirurgien reprendra le patient dans le service sans passer par les urgences.

Ce système est entré en application depuis le 1^{er} mai 1995 dans le service de Chirurgie Viscérale et de Transplantations du Professeur Descottes, initiateur du système.

Ce système s'applique à 21 types d'interventions réalisées dans le service de Chirurgie Viscérale et Transplantations. Les estimations réalisées au vu des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) permettent d'envisager qu'un tiers des patients opérés annuellement pourra profiter du SPOD. Ceci laisse entrevoir une possible économie de santé puisque cela aboutit à changer le coût d'une journée d'hospitalisation contre le coût d'une à deux visites de médecin généraliste.

N°1
1977

Bienvenue à l'école de kinésithérapie

Au terme de plusieurs mois de réflexion et de concertation, le Comité Départemental de la Croix-Rouge Française et le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Régional sont tombés d'accord sur le texte d'une convention qui devait tendre à résoudre un angoissant problème du moment et donner satisfaction à tous, notamment aux étudiants en masso-kinésithérapie de la région.

En effet, la Croix-Rouge a son école; l'A.P.S.A.H. a une section kinésithérapie pour mal-voyants et le C.H.R. envisage d'ouvrir sa propre école. Imaginer trois écoles de cette discipline pour notre région n'était guère pensable.

Il a donc été convenu que l'administration hospitalière logerait l'école de la Croix-Rouge avec ses cadres administratifs, financiers et pédagogiques, jusqu'à ce que le C.H.R. puisse assurer le fonctionnement de sa propre école. Alors, la Croix-Rouge remettrait son établissement entre les mains du Centre Hospitalier.

PASSAGE DES PATIENTS DU SERVICE DES URGENCES DANS LES SERVICES DE MÉDECINE

Au cours du premier semestre 1990, un Groupe Diagnostic mettait en évidence les difficultés du service des Urgences pour orienter les malades présentant une pathologie médicale, dans les différentes unités de médecine concernées.

Quelles sont ces difficultés, et quelles solutions peut-on envisager pour les résoudre ?

LES DIFFICULTÉS IDENTIFIÉES

La première difficulté est due au grand nombre de patients arrivant par les Urgences (24800 par an).

La moyenne journalière pour l'année 1989 est de 68 patients. Il existe de grandes variations selon les jours de la semaine (maximum : lundi et mardi) et les périodes de l'année (maximum : janvier, février, mars, avril, juillet, août) compte tenu des statistiques des cinq dernières années. La valeur maximale correspond à 110 entrées; la valeur minimale est de 43 entrées.

La deuxième difficulté correspond à une disponibilité journalière de lits, peu importante dans les services de médecine, où le taux d'occupation est de l'ordre de 88 %.

La troisième difficulté pour le service des Urgences, est de ne pas connaître en temps réel, le nombre de lits effectivement disponibles, service par service.

Il est mal aisé dans ces conditions de réaliser une adéquation du transfert du patient, entre le service qui accueille et la spécialité dont le patient relève.

Il en résulte :

- un « engorgement » quasi permanent du service des Urgences, surtout en début d'après-midi;
- une absence fréquente de concordance entre la pathologie présentée par le malade et le service le recevant;
- une hospitalisation prolongée dans les services aigus de personnes nécessitant un « placement » en Gériatrie.

LES SOLUTIONS ENVISAGÉES

Afin de remédier à cette situation, un certain nombre d'objectifs sont alors définis par le Groupe Progrès :

- 1° Connaître en temps réel la disponibilité des lits de médecine dans le C.H.R.U. et leur situation dans les différents services.
- 2° S'efforcer de réaliser le plus rapidement possible un diagnostic et les soins adaptés dès le passage du malade aux Urgences.
- 3° Identifier dès leur arrivée aux Urgences les patients nécessitant un transfert en Gériatrie pour « placement ».
- 4° Réaliser la meilleure adéquation possible entre la pathologie présentée par le malade et le service qui l'accueille.

LES RÉUNIONS AVEC LES SERVICES DE MÉDECINE

Le Groupe Progrès décide alors d'avoir un contact direct avec tous les services de médecine du C.H.R.U. pour exposer ces difficultés et discuter des moyens pour y remédier.

Avec l'aide de la D.R.H., une réunion d'une heure a été organisée dans chacun des services de médecine concernés.

Participaient à ces réunions :

- le Professeur Liozon ou le Professeur Piva (alternativement M. le Professeur Liozon et M. le Professeur Piva ont assuré avec

M. Vidal, Directeur des Ressources Humaines, ou M^{me} Yvenat, Cadre-infirmier D.R.H., l'animation de ces réunions);

- les Médecins, les Surveillantes, les Infirmières du service dans lequel se déroulait la réunion;
- les Infirmières Générales;
- la D.S.I.O. (Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation);
- M. Hebrard qui représentait les services financiers;
- les Surveillantes du service des Urgences.

Chaque service a été sensibilisé sur l'intérêt de la connaissance du mouvement des patients en temps réel à l'aide du minitel.



BILAN DE CES RÉUNIONS

Une discussion franche s'est instaurée entre les différents participants au cours de chacune de ces réunions. Ceci a permis de progresser sur un certain nombre de points jusque là ignorés ou mal connus et d'apporter des modifications au fonctionnement existant :

- Les Surveillantes, les Infirmières sont conscientes qu'il ne doit pas exister de « spécialiste du mouvement ». Toute Infirmière, à l'heure actuelle, participe à la gestion du mouvement des patients ce qui n'était pas toujours le cas, il y a huit mois;
- cette gestion est réalisée en temps réel, c'est-à-dire dans l'heure qui suit l'admission ou la sortie de chaque patient;
- les services sont conscients des avantages qu'ils peuvent retirer pour le patient et pour eux-mêmes, de la gestion en temps réel de ces mouvements.

Ces avantages ont été mis en évidence par les interventions de M. Hebrard, de la D.S.I.O. et du service des Urgences pour :

- permettre un suivi correct du dossier du patient pour les services financiers;
- assurer pour les hôtes et le standard, un repérage permanent du lieu où se trouve le malade;
- faciliter le transfert du patient le plus sereinement possible et le plus précisément possible du service des Urgences vers l'unité de Méde-

cine, en limitant les appels téléphoniques abusifs (un accord téléphonique reste toutefois nécessaire);

- favoriser dans l'avenir, pour les services, l'obtention sur imprimante des résultats définitifs de laboratoire.

UNE NOTION NOUVELLE : LES LITS OPÉRATIONNELS

Ces réunions ont abouti à la création d'une notion nouvelle : les lits opérationnels.

Cette notion correspond à la différence entre les lits montés et les lits fermés dans l'unité fonctionnelle (lits fermés pour travaux par exemple). Ceci est une information capitale pour le service des Urgences. La D.S.I.O. a modifié le programme informatique pour l'y faire figurer.

OU EN EST-ON AUJOURD'HUI ?

Après huit mois d'étude, de réunions dans tous les services de médecine, il apparaît actuellement que la gestion des mouvements en temps réel, est correctement réalisée, excepté dans les cas de dysfonctionnement du système d'affichage prématuré du « AU REVOIR, A BIENTÔT » sur l'écran du minitel ce qui décourage les utilisateurs :

- ceci est parfois indépendant de leur volonté et provient d'un problème technique non encore résolu;

- ou lié à un ordre erroné de la part des soignants : touche « ENVOI » au lieu de « SUITE » sur l'écran minitel. Ceci impose une réactualisation de la formation des utilisateurs.

La D.S.I.O. a pris en compte les remarques et a demandé à chacune des unités de fournir au jour le jour, heure par heure, la liste des anomalies enregistrées afin de corriger les problèmes techniques ou humains encore existants.

Pour l'instant, lorsque le patient ne peut être transféré dans le service adapté à son état, celui-ci est inscrit sur liste d'attente dans ce service. L'unité qui l'accueille provisoirement possède toutes les informations nécessaires pour assurer le transfert secondaire le plus rapidement possible.

Les résultats obtenus, en lien avec les services de médecine, se sont avérés particulièrement fructueux et ont permis d'améliorer le transfert des patients relevant des services de médecine. De ce fait, les relations entre les services de médecine et le service des Urgences ont été encore améliorées.

Cet effort doit être cependant poursuivi pour bien gérer définitivement les mouvements des malades en temps réel.

L'orientation correcte des personnes âgées selon un motif médical, médico-social ou social doit débuter dès les Urgences; les efforts doivent être centrés et soutenus dans ce sens à l'heure actuelle.

Il reste malheureusement le problème d'une bonne adéquation entre les pathologies présentées par les malades et le nombre de lits disponibles pour recevoir les patients relevant de cette pathologie. Par définition, un service d'Urgence ne peut prévoir ces données.

Professeur Frédéric LIOZON,

Professeur Claude PIVA,

Christiane ROSE,

Les Surveillantes du service des Urgences,
Marie-Claude SOULAGNET-BASCOU.

Budget

N°13
1983

LE BUDGET GLOBAL AU C.H.U.

Par J.-F. LANOT, Attaché de Direction

Parmi les grandes réformes hospitalières en cours, la réforme de la tarification est sans doute la plus fondamentale, puisqu'elle va profondément modifier l'organisation financière et comptable des hôpitaux.

On sait qu'après diverses expérimentations portant sur différentes formules, le gouvernement a finalement arrêté son choix sur celle dite du "budget global". C'est donc cette réforme du budget global qui sera mise en place progressivement dans tous les hôpitaux, à partir du 1^{er} janvier 1984. En effet, un décret du 11 août 1983 et diverses circulaires d'application sont venus préciser les modalités de mise en œuvre de cette importante réforme de la tarification et du financement des hôpitaux publics.

On retiendra qu'à compter du 1^{er} janvier 1984, tous les Centres Hospitaliers Régionaux devront « se mettre » au Budget Global.

L'intérêt essentiel de cette réforme tient dans trois éléments principaux qui en constituent la nouveauté :

1. L'ABANDON DE CRITÈRES TRADITIONNELS D'ACTIVITÉ

Désormais, le nombre de lits, le nombre de journées réalisées ou le nombre d'entrants cesseront en partie de constituer l'unité de mesure principale de l'activité de l'hôpital. Pour établir le budget, on recherchera un ensemble d'éléments plus divers tenant compte des objectifs médicaux à moyen terme, des améliorations qualitatives et quantitatives apportées aux soins, etc. Ainsi, on peut penser que chaque **centre de responsabilité** (unité, service ou département) se verra doter de moyens en fonction d'un véritable « programme » qui dépassera notablement la seule prévision du nombre des journées. En pratique, cette recherche de nouveaux critères et l'établissement d'un budget propre à chaque centre de responsabilité devrait favoriser les alternatives à l'hospitalisation (hôpitaux de jours, soins à domicile, soins en externe, etc.) et **permettre aux équipes médicales et soignantes une meilleure participation à l'élaboration et au suivi des budgets.**

2. DOTATION GLOBALE ANNUELLE

La création d'une dotation globale annuelle et son versement par douzième par une seule Caisse d'Assurance Maladie au profit de l'hôpital devraient

améliorer le fonctionnement financier de l'hôpital.

Une fois calculés les budgets propres aux différents centres de responsabilité, leur somme constitue la **dotation globale annuelle** : c'est-à-dire l'ensemble des crédits de fonctionnement qui sont mis à la disposition de l'hôpital pour une année entière.

Cette dotation, pour la part qui revient aux organismes de Sécurité Sociale, sera versée **automatiquement** aux hôpitaux à raison d'un versement mensuel représentant 1/12^e de son montant. C'est un **seul et même** organisme de Sécurité Sociale appelé "**Caisse Pivot**" qui assurera ce versement et qui se retournera ensuite vers les autres organismes pour se faire rembourser. *A priori*, ce dispositif devrait présenter deux avantages : **une simplification** pour l'hôpital qui n'a désormais qu'un seul interlocuteur financier du côté des régimes d'assurance maladie, et **une meilleure trésorerie**, puisque l'hôpital est assuré de bénéficier, quelle que soit son activité, d'une rentrée régulière de fonds.

On notera également que face à cette **globalisation** de la dotation, la facturation individuelle des soins perd beaucoup de son importance et que l'on peut imaginer, dans un avenir proche, de réelles simplifications administratives sur ce point.

Enfin, sous certaines conditions, il sera possible en cours d'exercice, en cas d'aléas économiques, ou d'augmentation significative de l'activité, de "**réajuster**" le niveau de la dotation globale à celui des besoins.

3. LA PROCÉDURE BUDGÉTAIRE

Enfin, c'est dans la procédure budgétaire elle-même qu'interviennent d'importants changements. Ils concernent notamment la négociation du budget avec les organismes d'assurance maladie. C'est la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.C.O.) qui sera le maître-d'œuvre de cette négociation à laquelle participeront des représentants de l'hôpital (Administrateurs et Directeurs). On peut dire que cette procédure a pour effet d'institutionnaliser une véritable tutelle financière des organismes d'assurance maladie sur les budgets hospitaliers.

EN CONCLUSION

On retiendra qu'il s'agit d'une importante réforme de fond du fonctionnement financier des hôpitaux, conçue à la fois comme un instrument de gestion et de responsabilisation face aux dépenses de santé. Sa mise en place, dès 1984, a nécessité un formidable effort de travail de la part des différentes directions, et en particulier de la Direction des Services Financiers qui a réalisé une véritable prouesse en s'adaptant très rapidement à cette nouvelle règle du jeu. Au-delà du budget global et de ses modalités pratiques, ce sont les moyens mis à la disposition de l'hôpital qui sont en jeu, et on ne peut que formuler le souhait que notre hôpital puisse dans l'avenir bénéficier des moyens humains et matériels indispensables à son légitime souci de développement au service des usagers. En effet, qu'il soit global ou pas, le budget d'un hôpital n'a de sens que s'il est un véritable moyen d'action dans le sens de la qualité des soins et d'un meilleur service public.

Nos établissements dans la crise

La circulaire du 29 mars 1979 avait été le coup de semonce — confirmée dans son esprit — par le plan Barrot-Farge du 25 juillet 1979, il a fallu faire face à cette nouvelle orientation matérialisée par les principes suivants :

- les dépenses de santé augmentent trop vite, plus vite que le P.N.B. (produit national brut),
- parmi celles-ci, les dépenses hospitalières sont celles qui croissent le plus et représentent désormais plus de 50 % des dépenses de santé,
- or, la sécurité sociale est en difficultés graves et elle ne peut faire face à cet accroissement de charges,
- donc, il faut freiner la croissance des dépenses de santé et tout particulièrement les dépenses hospitalières.

Le principe : « les recettes des hôpitaux sont des dépenses pour la sécurité sociale » a été rappelé avec vigueur et les hôpitaux ont été invités fermement à freiner l'évolution de leurs budgets et prix de journée (dont la croissance au cours des dernières années a été de près de 20 % par an !).

A côté d'un contrôle budgétaire renforcé, l'un des moyens de cette politique a été de supprimer les traditionnels « budgets supplémentaires » qui permettraient en cours d'année de « rectifier » le budget primitif et d'incorporer les recettes et dépenses supplémentaires constatées.

Qu'en a-t-il été pour notre C.H.R. au cours de cet exercice 1979 qui s'annonçait difficile ?

Tout d'abord, il faut noter que le Conseil d'administration, dans sa séance du 12 octobre 1979 a protesté contre l'atteinte portée à son autonomie, par ces directives, le Conseil estimant qu'il a toujours eu le souci d'une gestion stricte et rigoureuse, n'ayant que le souci des meilleurs soins aux malades.

Le budget primitif 1979 (Exploitation) de notre Etablissement s'élevait à la somme de : 403 306 947 F, mais ne tenait pas compte de l'ouverture de l'Hôpital Jean-Rebeyrol, programmé pour octobre 1979, soit un an après l'élaboration de ce budget.

Pour permettre l'ouverture de ce nouvel hôpital, un budget supplémentaire (« budget rectificatif ») a été présenté pour un montant de 19 572 014 F.

Le budget obtenu couvrant en fait, pour l'essentiel, la charge des 60 emplois accordés pour mettre en route cet établissement, a été de 21 205 414 F.

Ainsi donc, notre budget d'exploitation pour 1979 a été de 424 512 361 F.

Malgré les difficultés économiques (hausse des prix - érosion monétaire) et la mutation profonde amorcée dans notre système d'accueil des personnes âgées par la fermeture du « Vieux Chastaingt » et l'ouverture de « Jean-Rebeyrol », nous avons pu tenir, avec ce budget, puisque les résultats propres à l'exercice 1979 (compte administratif) se soldent par un déficit de 1 185 658,01 F, représentant 0,295 % du budget.

Ce résultat que je considère comme très satisfaisant est à mettre à l'actif de nos services financiers et comptables, mais aussi de tous les personnels qui ont parfaitement compris qu'il fallait, en ces temps difficiles, faire preuve de plus de rigueur encore dans la gestion des moyens mis à notre disposition.

Sur le plan des effectifs de personnels, nous avons pu obtenir, en 1979, la création de :

- 20 postes médicaux, soit : 1 poste de Maître de conférence agrégé (par transformation d'un poste de chef de clinique) - 1 poste de chef de clinique-assistant - 5 postes d'assistant-adjoints « mono-appartenant » du cadre des C.H.R. - 3 postes d'assistants-adjoints « hors C.H.U. » - 10 postes d'interne en médecine et pharmacie,
- 80 postes de personnels hospitaliers (20 au budget primitif - 60 au budget supplémentaire pour Jean-Rebeyrol).

Sur le plan des travaux et des équipements, nous avons pu mener à son terme — dans les délais — la construction de l'hôpital Jean-Rebeyrol (35 millions de travaux - 5 millions d'équipement), rénovation de la partie centrale du Cluzeau (service du P^r Germouty et du D^r Fabre) a été réalisée et assurance nous a été donnée que l'aile « Ouest » (P^r Laubie) serait entreprise en 1980. Le financement du S.A.M.U. a été obtenu (travaux commencés en 1980). Le scannographe a été installé et un important programme d'équipements médicaux réalisé. Des travaux conséquents ont pu être entrepris dans les services généraux (blanchisserie - cuisines).

En conclusion, malgré des difficultés accrues, dues surtout à un alourdissement des procédures administratives et de contrôle, je peux affirmer que notre C.H.R. et les hôpitaux qui le composent n'ont pas eu à souffrir de la récession, mais au contraire, ont poursuivi leur croissance et les malades qui nous font confiance n'ont pas eu à constater une diminution de la qualité des soins et de l'accueil que nous leur accordons. Seul grave sujet de préoccupations, pour lequel en 1980 il faut que nous arrivions à trouver des solutions : l'hospitalisation des personnes âgées, problème sur lequel travaille un groupe d'étude qui a déjà fait des propositions, dont certaines devraient voir le jour dans les prochains mois.

Au contraire sans doute, puisqu'en 1979, nous avons enregistré 46 079 entrées pour 44 868 en 1978 (à l'exclusion de l'hémodialyse) et 143 719 consultants externes pour 132 644 en 1978.

Espérons qu'en 1980, nous pourrions continuer notre progression et parachever notre équipement. Mais, chacun doit être persuadé que, par la qualité et la rigueur de son travail, il contribue au bon développement et à la bonne gestion de notre C.H.R.

Y. LEMARIÉ,
Directeur Général.

LES BUDGETS DE SERVICE

Personne ne l'ignore aujourd'hui, les dépenses du risque maladie coûtent cher à la Sécurité sociale et, parmi elles, les dépenses hospitalières qui représentent près de 50 % de l'ensemble.

Depuis 1983, avec le budget global et le taux directeur, le ministère de la Santé contrôle l'augmentation des ressources de l'hôpital.

Dans ce contexte économique et financier difficile, il est légitime et utile de faire participer les responsables de chaque service à la gestion de leur propre budget.

"Chorus" a demandé à Adeline Chassain, chargée du service d'Analyse de Gestion, de définir la politique menée en la matière par le C.H.R.U. de Limoges.

Longtemps la gestion des hôpitaux s'est caractérisée par une forte centralisation. Surtout administrative, elle accompagnait les évolutions médicales sans recherche particulièrement l'efficacité économique.

La nécessité de concilier la qualité et l'innovation médicale avec des moyens quasiment constants a amené les responsables des services hospitaliers à mettre en œuvre une gestion plus rigoureuse de leurs ressources.

Ce défi, qui engage non seulement la gestion et la finance mais encore l'organisation entière de l'hôpital dans la recherche des gains de productivité, nécessite un dialogue approfondi entre l'administration et l'encadrement médical et soignant.

Impliquer les responsables dans la gestion de leur service signifie élaborer en commun une sorte de contrat fixant une prévision d'activité et des moyens, c'est-à-dire un budget de service.

QUELQUES CHIFFRES...

Pour assurer le fonctionnement de l'ensemble des services médicaux, médico-techniques et logistiques, le C.H.R. de Limoges dispose d'un budget d'environ 1 milliard de francs.

Ce budget recouvre les dépenses de personnel pour 70 %, les dépenses médicales pour 13 % et hôteliers pour 6 %. Les autres dépenses (gestion, entretien et frais financiers) représentent 11 %.

Depuis la loi du 19 janvier 1983, substituant à la tarification à la journée le budget global, cette enveloppe ne varie plus proportionnellement à l'activité réalisée, mais est réévaluée chaque année en fonction d'un taux directeur d'environ 3 %, fixé par le ministère de la Santé pour l'ensemble des hôpitaux.

POURQUOI LES BUDGETS DE SERVICE...

Un objectif à court terme : que les responsables médicaux et paramédicaux se sentent réellement concernés par les aspects économiques de leurs activités et entreprennent dans la mesure de leur possibilité des efforts de gestion.

Un objectif à moyen terme : que le budget de service devienne la traduction financière de la démarche de qualité définie dans le cadre des projets de service et permette à tous moments de faire le point sur les actions entreprises.

SUIVRE LES DEPENSES LIEES A L'ACTIVITE MEDICALE

Depuis le 1^{er} janvier 1988, le budget du C.H.R. de Limoges a été réparti en 75 budgets de service, c'est-à-dire que chaque service dispose d'un budget qui lui est propre et représente les moyens disponibles pour réaliser son activité.

Toutes les dépenses ne font pas l'objet d'un suivi.

Seules ont été retenues les dépenses variant directement avec l'activité médicale.

Il s'agit principalement des dépenses de médicaments, sang, prothèses, fournitures de laboratoires et de radiologie, de certaines dépenses hôteliers (produits d'entretien par exemple) ou de gestion (téléphone, frais de bureau) ainsi que des demandes d'examen de laboratoires et de radiologie.

Le budget de service fait apparaître chaque trimestre pour tous les postes de dépenses : la prévision, la réalisation et le crédit restant disponible.

Il est accompagné d'un tableau de bord ci-joint qui permet l'analyse des écarts constatés dans la réalisation des dépenses :

- écart dû à l'évolution de l'activité ;
- écart dû à un changement dans les pratiques de soins et aboutissant à un coût unitaire différent par malade traité.

Les services ont également connaissance de tous les produits qu'ils ont consommés.

DIALOGUER AVEC LES RESPONSABLES DE SERVICE

Les prévisions budgétaires sont réalisées en concertation avec les responsables de service lors de réunions qui se tiennent en juillet et réunissent les médecins, les surveillantes et les représentants de la Direction.

Au cours de ces réunions, sont arrêtés l'activité prévisionnelle des services et le niveau des moyens consentis. Les nouvelles activités liées aux innovations médicales sont discutées en référence au Plan directeur médical et font l'objet d'une demande de financement qui sera transmise à la Tutelle.

Pour récompenser les efforts de gestion, un intéressement des services a été prévu sous la forme d'un crédit d'investissement spécifique.

PERSPECTIVES...

En lui-même, le budget de service est un outil qui garantit la transparence de l'information sur les coûts de l'activité médicale. Il ne résout en rien les problèmes de financement des techniques de soins de plus en plus coûteuses.

Au C.H.R. de Limoges, il a permis cependant d'anticiper l'apparition de nouvelles activités et d'en assurer le suivi. En outre, il a mis en avant un certain nombre de dysfonctionnements comme le stockage dans les services, l'inflation des demandes d'actes de laboratoires, la progression des dépenses de téléphone. Sur ces points, une action efficace a été conduite avec les médecins et les surveillantes.

A terme, le budget de service pourra être géré en temps réel et deviendra ainsi un outil de gestion active au service des responsables hospitaliers.

A. CHASSAIN.

Qualité

N°57
2001

Certification ISO 9002 pour la Blanchisserie du CHU



Le CHU a reçu officiellement le Certificat de Système Qualité ISO 9002 pour «le traitement du linge en blanchisserie hospitalière» à la Blanchisserie Centrale, mercredi 6 décembre 2000.

Le Système Qualité, mis en place à la Blanchisserie, a été évalué et jugé conforme aux exigences de la norme ISO 9002, par le Bureau Veritas Quality International (BVQI).

N°83
2007

Rapport de certification

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fin février-début mars 2007, les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) étaient présents dans notre établissement afin de réaliser un audit. La HAS nous a transmis, le rapport de certification au mois de juillet dernier et a prononcé une certification avec suivi.

par la direction de la qualité et des relations avec les patients

Cette certification avec suivi porte sur les points suivants :

Un rapport de suivi sera produit sur les sujets concernés dans un délai de 1 an à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

- ▶ garantir la confidentialité des informations relatives aux patients en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et Unité de Soins de Longue Durée (USLD) (26a) ;
- ▶ garantir l'accessibilité aux professionnels de l'information contenue dans le dossier du patient en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) (34b) ;
- ▶ assurer la sécurité du circuit du médicament en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), Soins de Suite et Réadaptation (SSR), Soins de Longue Durée (SLD) et Hospitalisation A Domicile (HAD) (36a, 36c).

Par ailleurs, la HAS invite notre établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- ▶ finaliser la déclinaison de la politique du dossier patient dans le projet qualité (04 e) ;
- ▶ poursuivre la politique d'humanisation des locaux (10 a) ;
- ▶ organiser la coordination de la gestion des risques (14 a) ;
- ▶ organiser la coordination des vigilances avec la gestion des risques (15 d) ;
- ▶ finaliser les règles de tenue du dossier patient et en assurer la diffusion (24 a) ■

N°65
2003

QUALITE... ACCREDITATION...

Extraits du rapport d'accréditation : Nos points forts et les améliorations à apporter selon l'ANAES

Droits et Information du Patient (DIP)

Les améliorations doivent porter sur :

- l'extension du recueil d'information sur la personne à tenir informée du diagnostic et/ou de l'état de santé ;
- l'atteinte de l'exhaustivité dans le recueil du consentement écrit lors des protocoles de recherche clinique ;
- la poursuite de la réduction du nombre des chambres à trois lits.

Dossier du Patient (DPA)

Les améliorations doivent porter sur :

- la formalisation de la politique et des modalités de circulation du dossier patient ;
- la date et la signature de toutes les prescriptions médicales.

Management de l'Établissement et des secteurs d'Activité (MEA)

Les améliorations doivent porter sur :

- la formalisation d'une stratégie et d'une politique globale de communication ;
- la diffusion et l'appropriation des rapports d'activité ;
- la généralisation d'entretiens d'évaluation à tous les services.

Organisation de la Prise en Charge des patients (OPC)

Les améliorations doivent porter sur :

- l'amélioration de l'information du médecin traitant sur l'évolution de l'état de santé du patient, au cours de l'hospitalisation ;
- la coordination des salles du bloc opératoire par pôle d'activité ;
- la généralisation de la préparation centralisée des cytostatiques à la Pharmacie Centrale ;
- la formalisation, la mise en place et l'évaluation d'un circuit complet du médicament ;
- l'amélioration, au service des Urgences, des conditions d'attente des personnes stationnant dans le couloir du secteur de médecine, en attente d'un box d'examen.

Gestion des Fonctions Logistiques (GFL)

Les améliorations doivent porter sur :

- la formalisation de la politique de sécurité et de maintenance ;
- la coordination des prestations restauration entre l'unité de production, le service de soins et le patient au niveau des services de soins ;
- la mise en œuvre du protocole d'élimination des produits chimiques et toxiques dans les laboratoires afin de diminuer les rejets à l'égout ;
- la formalisation des fiches de fonctions relatives au service sécurité.

Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle (VST)

Les améliorations doivent porter sur :

- la sensibilisation des médecins prescripteurs à l'obligation d'information des patients transfusés ;
- la création d'une structure permanente pluridisciplinaire pour établir et coordonner le programme de gestion des risques et en assurer le suivi ;
- la définition et la mise en place d'une politique d'évaluation de l'ensemble des procédures ayant trait aux vigilances.

Gestion des Ressources Humaines (GRH)

Les améliorations doivent porter sur :

- l'actualisation de la fiche d'entretien de recrutement ;
- la généralisation des procédures d'accueil et d'intégration, par écrit, à tous les secteurs hors soins ;
- l'organisation de la formation des cadres non formés à l'entretien d'évaluation.

Gestion du Système d'Information (GSI)

Les améliorations doivent porter sur :

- la recherche de l'exhaustivité des demandes d'avis à la Commission Nationale Informatique et Libertés ;
- la rédaction d'une charte d'utilisation du système d'information annexée au règlement intérieur de l'établissement ;
- la mesure de la satisfaction des utilisateurs.

Qualité et Prévention des Risques (QPR)

Les améliorations doivent porter sur :

- la mise en place et le suivi d'indicateurs de résultats ;
- le renouvellement d'enquêtes de satisfaction auprès des professionnels libéraux.

Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI)

Les améliorations doivent porter sur :

- l'extension de la surveillance des infections en continu à tous les services à risque ;
- la validation par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) de toutes les procédures ayant trait à l'hygiène et à la prévention des infections ;
- l'harmonisation de la gestion documentaire dans les secteurs d'activité ;
- la mise en place d'une formation systématique à tout nouveau recruté ;
- l'évaluation des pratiques.

Ces informations sont extraites du compte-rendu d'accréditation disponible sur le site anaes.fr ou consultable à la Direction de la Qualité et de la Clientèle.

Résultats de l'accréditation au CHU de Limoges

Le CHU de Limoges a répondu de façon tout à fait satisfaisante à la procédure d'accréditation

Une seule recommandation :

- Mettre en place et faire fonctionner les conseils de service (MEA6).

Deux réserves :

- Elaborer, mettre en place et évaluer une politique du dossier du patient (DPA1) ;
- Assurer la généralisation des prescriptions médicales identifiées, écrites, datées et signées par les prescripteurs (DPA4).

L'établissement devra fournir à l'ANAES un rapport de suivi relatif aux deux réserves soit au plus tard le 10 Septembre 2004.

Quelques autres résultats

CHU (+ de 2000 lits)	Nombre lits	Réserve majeure	Réserve	Recommandations	Date
Limoges	2139	0	2	1	Sept-02
Lille	2996	1	1	2	Juin-01
Brest	2111	0	2	8	Juin-02
Tours	2007	0	5	10	Mai-01
Montpellier	2923	0	5	10	Fév-02
Nantes	3223	0	5	10	Fév-02

L'EDITO

de Serge FONTARENSKY,
Directeur Général

Quand on va à l'hôpital, c'est pour se faire soigner.

Pourtant, il arrive que, même guéri de la maladie pour laquelle on était venu, on en ressorte avec une infection « NOSOCOMIALE », c'est-à-dire contractée à l'hôpital.

Quel extraordinaire paradoxe, inacceptable, inadmissible, mais pas forcément incompréhensible : l'hôpital, par sa fonction même, est un univers où sont concentrées toutes sortes de maladies. Le problème est de guérir chacun en évitant de faire profiter tout le monde des virus, des bactéries et des microbes des autres.

Depuis la découverte de la pénicilline nous pensions pouvoir vivre définitivement à l'abri d'un confortable bouclier chimique.

Or tout évolue et rien n'est définitivement gagné : les bactéries ont appris à résister aux antibiotiques ; certaines maladies dont la caractéristique est d'empêcher l'organisme de se défendre se sont développées (par exemple le SIDA) ; certaines techniques chirurgicales ont imposé d'abaisser volontairement les défenses de l'organisme (par exemple les greffes d'organes).

Tout cela a favorisé l'augmentation du nombre des infections nosocomiales.

Sans être alarmante, cette situation est préoccupante : c'est une question de santé publique. C'est aussi une question économique (prolongation de la durée du séjour à l'hôpital, surconsommation d'actes médicaux et de médicaments, etc.).

Aux États-Unis le nombre des décès par infection nosocomiale est supérieur à ceux provoqués par les accidents de la route. « C'EST CE QUI NOUS ATTEND DANS QUINZE ANS »... si on ne réagit pas tout de suite !

QU'EN EST-IL CHEZ NOUS, AU C.H.U. DE LIMOGES ?

Il existe, depuis longtemps un comité de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.) ; il faut passer maintenant à la vitesse supérieure.

Avec l'aide de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.) et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.), une « UNITÉ D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE » (U.H.H.), rattachée au Président de la Commission Médicale, va être mise en place. Elle comportera six personnes dont un médecin et trois soignants. Son rôle sera le dépistage systématique et l'intervention directe en situation d'alerte.

Mais aussi la formation des agents et la prévention des infections, car l'hygiène hospitalière n'est pas seulement une affaire d'experts, de prélèvements et de statistiques. C'est d'abord et avant tout une affaire de culture, d'éducation et de comportement quotidien.

C'est, par exemple, se laver les mains entre les visites faites à chacun des malades, qu'on soit aide-soignante ou médecin ; c'est ne pas monter sur sa moto avec ses « sabots de bloc » ou ne pas jeter sa blouse blanche dans son coffre à bagages en quittant rapidement l'hôpital. C'est, quand on est technicien, ne pas transporter l'établi roulant ou la caisse à outils dans les ascenseurs réservés aux malades (par où transistent les opérés qui sont remontés dans les services !).

Toutes ces attentions peuvent paraître modestes. Elles ont pourtant des conséquences considérables sur l'hygiène et sur le développement des infections.

Un dispositif scientifique puissant va progressivement être mis en place.

Mais, comme toujours, ce sont les décisions immédiates qui sont prises au plus près du lieu où elles sont exécutées, et par ceux-là même qui les exécutent, qui sont les plus déterminantes.

Alors n'attendez pas : dans l'intérêt des malades, et dans votre propre intérêt, prenez tous les jours, dès à présent, à votre niveau, les mesures simples et efficaces dont je viens de citer quelques exemples.

L'HYGIÈNE ET LA PROPRIÉTÉ SONT DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS DE L'ACCUEIL.

Or, vous le savez, l'accueil est notre combat intérieur et notre image à l'extérieur : il n'est plus nécessaire de dire aujourd'hui « le C.H.U. de Limoges » ; souvent, il suffit de dire « l'hôpital le plus accueillant de France » et chacun comprend.

**CETTE RÉPUTATION, L'HÔPITAL VOUS LA DOIT.
NOUS DEVONS À L'HÔPITAL DE LA LUI CONSERVER ET DE LA FAIRE GRANDIR, Y
COMPRIS PAR NOTRE COMPORTEMENT IRREPROCHABLE EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET
DE PROPRIÉTÉ.**

N°25
1991

L'HÔPITAL DE LIMOGES INTERROGE LES MÉDECINS LIBÉRAUX DE LA RÉGION

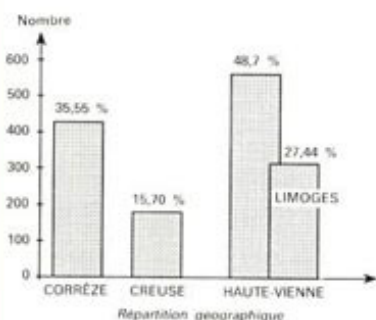
Depuis le lancement de son projet d'entreprise, le C.H.R.U. de Limoges s'est efforcé de déployer toutes les initiatives internes ou externes pour améliorer la prestation offerte aux malades.

C'est pourquoi il s'est, dès 1987, intéressé à l'avis des médecins de ville sur la qualité des relations avec leurs confrères hospitaliers.

En effet, il est primordial pour un bon suivi des malades hospitalisés que les médecins traitants soient étroitement associés au traitement de leur patient.

Au début 1990, le C.H.R.U. a effectué une enquête auprès des médecins libéraux limousins. Objectif : mesurer le chemin parcouru depuis le premier sondage réalisé fin 1987 et apprécier l'indice de satisfaction après 3 ans de recul et d'initiatives pour améliorer notre fonctionnement.

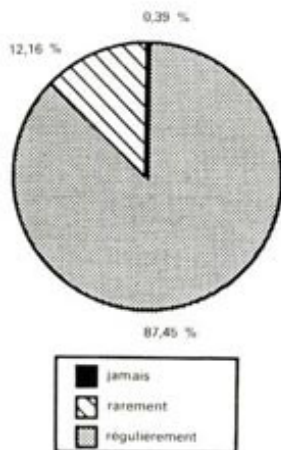
Quels médecins libéraux avons-nous interrogés ?



Sur les 1159 médecins libéraux qui exercent en Limousin :

- 412 sont implantés en Corrèze ;
- 182 sont implantés en Creuse ;
- 565 sont implantés en Haute-Vienne dont 318 pour la seule agglomération de Limoges.

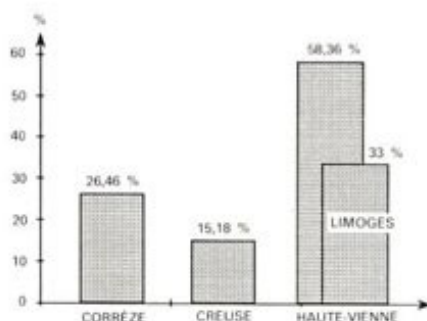
Des médecins libéraux qui connaissent notre hôpital : 87,45 % d'entre eux disent avoir des relations régulières avec le C.H.R.U.



Fréquence des relations avec le C.H.R.U.

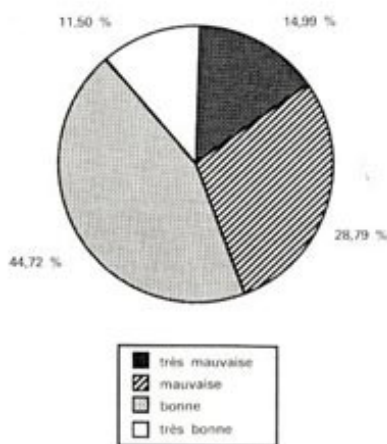


Taux de réponse : 22,17 %. Un intérêt évident pour notre enquête qui montre l'importance qu'accordent les médecins libéraux à la qualité de leurs contacts avec l'hôpital.



Représentativité des 3 départements dans le total des réponses

Globalement, un taux satisfaisant d'opinions favorables : 56,22 % des médecins interrogés jugent très bonne ou bonne la qualité de leurs relations avec le C.H.R.U.



Qualité globale des relations

Comparaison des résultats des enquêtes 1987 et 1990 : sur les 10 items d'appréciation, 7 ont évolué favorablement, 3 se dégradent.

Items du questionnaire	Evolution 1990 par rapport à 1987
Accès téléphonique	→
Conditions de stationnement	→
Accueil réservé dans les services	→
Prise de rendez-vous	→
Connaissance de l'hospitalisation	→
Suivi du malade en cas de changement de service	→
Information sur l'état de santé du malade	→
Maintien des liens malade/médecin traitant	→
Contact avec le médecin hospitalier	→
Délai d'envoi du compte rendu	→

Items du questionnaire pour lesquels la majorité des opinions est positive.

	Bon Très bon	Mauvais Très mauvais
Accueil réservé dans les services	95,32 %	4,68 %
Qualité du compte rendu	94,53 %	5,47 %
Prise de rendez-vous	82,48 %	17,52 %
Contact avec le médecin hospitalier	68,81 %	31,19 %
Accès téléphonique	58,44 %	41,56 %
Conditions de stationnement	50,27 %	49,73 %

Items du questionnaire pour lesquels la majorité des opinions est négative.

	Bon Très bon	Mauvais Très mauvais
Suivi du malade en cas de changement de service	22,27 %	77,72 %
Information sur l'état de santé en cours d'hospitalisation	29,44 %	70,56 %
Information rapide sur le traitement	30,84 %	69,16 %
Délai d'envoi du compte rendu	36,52 %	63,48 %
Connaissance de l'hospitalisation	42,92 %	57,08 %

Les résultats complets de cette enquête ont été adressés aux médecins libéraux qui ont répondu au questionnaire ainsi qu'à l'ensemble des médecins hospitaliers du C.H.R.U. de Limoges.

La Commission Médicale d'Etablissement a elle aussi été informée de ces résultats : elle décidera dans une prochaine séance des suites à donner à cette action.

Norbert VIDAL
Dominique NADAUD

Le Projet

LE SUIVI DU GROUPE ACCUEIL MEDECINS DE VILLE

CHORUS avait annoncé la démarche en avril 1988 ; Flash Info avait évoqué le plan d'action. Vous vous souvenez, le **16 mars 1988**, en soirée, le C.H.R.U :

- conviait 16 médecins de ville à participer à une réunion de travail,
- démontrait, dans le cadre de sa démarche de projet, sa volonté de se rapprocher des praticiens libéraux pour nouer avec eux une véritable relation de partenariat et faciliter ainsi le suivi des malades.

Cette rencontre s'est déroulée dans une atmosphère cordiale et constructive. L'Hôpital était représenté par les professeurs NICOT (Président de la Commission Médicale), CUBERTAFOND (Chef de service Chirurgie A), LEROUX-ROBERT (Chef de service Néphrologie) et S. FONTARENSKY, Directeur Général.

Quels médecins de ville ont accepté cette heureuse collaboration ?

- D^r LEMAIRE François, Limoges.
- D^r JARDEL Philippe, Limoges.
- D^r PONS Jean-François, Limoges.

- D^r HARDY Jean-Pierre, Limoges.
- D^r GRASSER Jacques, Limoges.
- D^r DECOUTY Bernard, Châteauneuf-la-Forêt.
- D^r LAURES Jean-Claude, Isle.
- D^r LAVALADE Philippe, Limoges.
- D^r JACQUINET Michel, Limoges.
- D^r BARRIS Michel, Limoges.
- D^r CHAPUT Armand, Linards.
- D^r FONMARTY Jean-Gérard, Bussière-Galant.
- D^r RATINAUD Didier, Rilhac-Rancon.
- D^r GUIBERT Jacques, Limoges.
- D^r MONASSIER Roger, Limoges.
- D^r JADAUD Jean-Marie, Limoges.

Dix-huit propositions ou observations ont été présentées par ces praticiens. **Trois services, la Chirurgie Générale A, l'Ophtalmologie, la Néphrologie**, ont été volontaires pour mettre en œuvre et tester les propositions jugées applicables.

Quelles sont les initiatives prises ?

Propositions praticiens de ville	Initiatives prises par les trois services-tests
Avoir un parking adapté.	Mise à disposition 16 places de parking le 25 octobre 1988.
Mettre au point un système pratique pour savoir quel est le médecin qui s'occupe du malade.	Chirurgie A et Ophtalmologie : Les médecins du service sont repérés à l'aide de gommettes de différentes couleurs collées sur le dossier de soins, les dossiers médicaux, les plannings, les portes de chambre... Néphrologie Les médecins sont chacun responsable d'un secteur d'hospitalisation. Un tableau signalétique a été prévu dans le service pour la correspondance "chambres/médecin".
Pour être reconnus, donner un badge, une blouse, favoriser la disponibilité des surveillantes lors de leur venue. Pouvoir consulter les dossiers des malades dans le service.	Les trois services considèrent qu'il s'agit là d'un faux problème. Le médecin traitant s'adresse toujours soit à la secrétaire, soit à la Surveillante. Il est donc reconnu en tant que médecin et a donc accès aux dossiers. Les Surveillantes ont informé le personnel pour qu'en leur absence le médecin soit accueilli et accompagné.
Etre informés rapidement dans les circonstances suivantes : • changement de service, admission urgente, intervention chirurgicale, bilan, suivi de l'état de santé... ; Développer l'utilisation du téléphone en cas de décès, de changement de service, d'hospitalisation, suite à une consultation, admission urgente...	Hospitalisation <i>Chirurgie A</i> : L'hôtesse téléphone tous les matins aux médecins traitants pour les informer de l'hospitalisation de leur malade (satisfaction des médecins libéraux). <i>Ophtalmologie et Néphrologie</i> : Inutile (les malades sont envoyés directement par le médecin traitant). Changement de service <i>Chirurgie A</i> : La Surveillante prévient les médecins traitants par téléphone. Le médecin Chef de service rédige un courrier. <i>Ophtalmologie</i> : Rien d'entrepris (peu ou pas de changements de service des malades). <i>Néphrologie</i> : Les malades sont admis pour bilan, à la suite duquel ils reviennent chez eux quelques jours, en sortant de Néphrologie, avant d'être hospitalisés en Chirurgie. Le Chef de service a donc le temps d'envoyer un courrier au médecin traitant. Intervention chirurgicale <i>Chirurgie A</i> : La Surveillante téléphone chaque soir au médecin traitant pour l'informer de l'intervention prévue le lendemain. <i>Ophtalmologie</i> : Un test a été fait dans le même sens mais s'est avéré peu adapté à ce service. Désormais, la Surveillante téléphone au médecin libéral le lendemain de l'intervention pour l'en informer.
Etre informés par l'administration (exemple : bulletin d'avis d'hospitalisation, mouvements du malade...).	Un document d'information a été remis par le bureau des entrées à chaque hospitalisé des trois services. Le malade peut l'adresser à son médecin pour l'informer de son admission. L'hôpital prend en charge les frais d'affranchissement. La lettre peut être mise au courrier par le personnel.
Connaître les disponibilités des médecins du service. Favoriser l'accès des médecins libéraux aux secrétariats médicaux (amplitudes horaires des secrétariats).	Deux mesures sont proposées dans les services-tests : • les médecins sont munis d'un bip (une évaluation d'utilisation sera faite); • une messagerie téléphonique est diffusée dans les secrétariats à partir de la fermeture. Elle indique les plages d'ouverture des secrétariats, ainsi que le numéro du poste infirmier qui prend le relais en dehors de ces heures.

Editorial

Réflexions à propos de l'évaluation de la qualité des soins dans notre Centre Hospitalier Régional et Universitaire



Depuis plusieurs mois, « l'évaluation de la qualité des soins » est le leitmotiv de toutes les réunions hospitalières. Cette formule, a priori surprenante dans la bouche des médecins, qui semblent ainsi se remettre en question, est une réponse de la médecine moderne aux critiques dont elle est l'objet ; aussi bien de la part des philosophes et des financiers que des épidémiologistes qui ne cessent de tempérer le triomphalisme ambiant par des observations et des questions troublantes sur l'efficacité de la médecine dans le bilan de santé de la population.

On parle alors d'« audits », comme audition, c'est-à-dire d'enquêtes effectuées non seulement d'un point de vue théorique mais aussi dans le but de comparer quelque chose à un étalon. C'est ainsi que « l'audit médical » se réfère aux conditions et à l'efficacité des soins médicaux. Il s'agit en un mot de faire des études ponctuelles plus ou moins circonscrites pour identifier les insuffisances du système de soins ou des unités de soins afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Cette définition permet donc d'envisager des investigations aussi bien dans le domaine clinique, biologique ou thérapeutique que dans celui de l'hospitalisation. Ces études doivent déboucher sur des recommandations générales entraînant une amélioration de la qualité des soins, une meilleure rentabilité du plateau technique dont nous disposons et des propositions constructives concernant certains investissements.

Les thèmes habituellement retenus sont donc ceux susceptibles d'amener un changement dans la pratique médicale ou hospitalière. Ils sont établis en fonction d'objectifs précis permettant de détecter l'origine d'un dysfonctionnement soit dans la qualité des soins, soit dans l'hospitalisation. C'est la raison pour laquelle, connaissant l'importance du nombre des personnes âgées dans notre région et les difficultés que nous éprouvons pour maîtriser l'accueil hospitalier et extra-hospitalier de cette catégorie de malades, nous avons retenu comme premier « audit médical » l'étude du « mode d'admission et le devenir des personnes hospitalisées de plus de 65 ans ». L'objectif est clair, il s'agit d'une part de connaître les raisons médicales ou sociales de l'hospitalisation et d'autre part le devenir de ces malades à la sortie de l'hôpital afin de faire le bilan de la qualité et de la quantité des structures d'accueil dont nous disposons. Nous pourrions en nous appuyant sur des résultats et des faits précis, avancer des recommandations, faire des propositions pour la mise en place de moyens nouveaux destinés à améliorer la qualité des soins et le confort des personnes âgées de notre région. Nous devrions avoir ainsi une meilleure rentabilité de notre système de santé, en empêchant les hospitalisations inutiles, en limitant les durées de séjour permettant une meilleure utilisation de notre plateau technique déjà très surchargé par les malades aigus.

Cette première enquête qui a duré un trimestre, a eu lieu il y a quelques mois grâce au dévouement de tout le personnel médical et para-médical du centre hospitalier. Elle a permis d'obtenir des résultats intéressants que nous comptons exploiter et développer dans l'avenir.

L'étude de la qualité des soins, obligatoire aux U.S.A. depuis 7 ans, doit être développée en France et plus particulièrement dans notre Centre Hospitalier Régional de Limoges. Elle doit couvrir aussi bien le domaine de la prévention et du dépistage que celui du diagnostic, de la pratique clinique, de la thérapeutique en passant par les examens para-cliniques et la continuité des soins. Cette démarche dont tout le monde reconnaît aujourd'hui la nécessité et la valeur ne peut que stimuler la rigueur, l'efficacité et le sens des responsabilités collectives.

Le développement des techniques médicales efficaces mais complexes rend nécessaire cette évaluation, même si le caractère nouveau de cette initiative est dans un certain sens provoquant pour la conscience médicale française. Il faut savoir que nos conduites médicales, nos résultats thérapeutiques et nos ressources hospitalières dépendent de la participation de tous à une telle démarche à condition bien sûr qu'elle reste l'affaire des médecins eux-mêmes et que les objectifs d'ordre économique constituent seulement des retombées secondaires, éventuellement positives. C'est de cette façon que nous pourrions assurer les utilisateurs du service de soins, c'est-à-dire les malades, de la réalité des efforts qui sont poursuivis dans leur propre intérêt.

Professeur G. NICOT,
Président de la Commission Médicale Consultative.

Expérimentation au C.H.U. Dupuytren
pour quatre services

DU DOSSIER MÉDICAL ORGANISÉ TRIÉ, CENTRALISÉ ET INFORMATISÉ



par Mme BERGER, A.C.H. à la Direction Générale, chargée du Département des Dossiers Médicaux (D.D.M.)

et Mme BOULESTEIX, Surveillante, à la Cellule Régionale d'Organisation Hospitalière.

Le personnel du Département des Dossiers Médicaux.

Le C.H.R.U. de Limoges vient de vivre quelques mois de « stress » pour la mise en œuvre à titre expérimental d'un DOSSIER MÉDICAL UNIQUE, ORGANISÉ, TRIÉ, INFORMATISÉ et CENTRALISÉ, dans quatre services de l'hôpital Dupuytren, soit :

- la Néphrologie,
- l'O.R.L.,
- la Neurologie et
- la Radiothérapie.

Notre établissement se trouve dans une situation cruciale de saturation et de blocage en matière d'archivage des dossiers médicaux. Un Département des Dossiers Médicaux, situé au 2^e sous-sol, a été créé en février 1978, lorsque les premières difficultés de stockage sont apparues dans les services de l'hôpital universitaire Dupuytren, 2 ans à peine après son ouverture. Son action se limitait alors à décharger les services encombrés et à reclasser les dossiers, service par service, en raison de la diversité des modes de classement.

Aujourd'hui, le D.D.M. gère une partie des dossiers de 19 services, soit au total 260.000. Les mouvements des dossiers sont intenses, les dossiers de moins de 5 ans d'âge étant en nombre important.

Si cette action a permis de résoudre des problèmes ponctuels dans les services, elle n'a pu aboutir à une centralisation des dossiers et à un dossier unique que nous défendons depuis maintes années.

Aussi, cette ancienne forme d'archivage, peu rationnelle, devra se poursuivre en plus de la nouvelle organisation des dossiers médicaux tentée dans 4 services.

La commission des archives médicales et de l'informatique, composée de médecins, d'informaticiens et d'administratifs, a retenu, en liaison avec la commission médicale consultative et en accord avec le conseil d'administration, le procédé dit « DOMICOR » (DOssier MICrofilmé et ORganisé), comme nouveau mode de gestion des dossiers médicaux.

Cette organisation reposant sur plusieurs modules, il a été décidé que sa mise en place serait progressive. Le 4^e trimestre 1981 a ainsi été retenu pour l'expérimentation du dossier organisé, trié et centralisé. C'est le 1^{er} octobre que les premières pochettes d'hospitalisations et de consultations externes ont été créées au D.D.M.

L'expérience de gestion des dossiers médicaux, actuellement tentée avec 4 services repose sur les principes de :

- l'adoption d'un dossier unique par malade et
- la centralisation de tous les dossiers.

Pour les services concernés, le malade qui se présente pour une réhospitalisation ou une nouvelle consultation n'a qu'un seul dossier qui porte toujours le même numéro.

GESTION D'UN DOSSIER D'HOSPITALISATION

A L'ENTREE DU MALADE, le D.D.M. en est informé, grâce à un terminal relié au système Tahiti du bureau des entrées. Le fichier permet de savoir si le malade est déjà connu.



Fichier des malades.

Dossier d'hospitalisation



- ① Support général
- ② Supports radios
- ③ Supports documents papier

Pour tout nouveau malade, un dossier est créé et un numéro permanent lui est attribué. S'il s'agit d'une réhospitalisation, le dossier déjà existant est remis au service d'hospitalisation qui le complétera au cours du nouveau séjour. Des circuits de distribution des dossiers dans les services de soins sont assurés plusieurs fois par jour.

PENDANT L'HOSPITALISATION, les documents importants sont triés et classés au fur et à mesure de leur arrivée par les médecins (classeur à rubriques) et les radiographies importantes sont classées dans les grandes pochettes roses SELECTION. Les documents et radios jugés non intéressants sont placés dans les pochettes REBUT (bleues).

A LA SORTIE DU MALADE, les dossiers des malades sont vus en réunion de service (15 jours au plus tard après leur sortie), le médecin :

- effectue une dernière vérification des documents à conserver,
- dicte à la secrétaire du D.D.M. qui assiste à la réunion, un condensé médical par séjour de malade (fiche GRECO) qui peut être la copie des points principaux du résumé de sortie. Les dossiers parviennent ensuite aux secrétaires des services de soins pour la dactylographie des courriers : lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation. Le classeur dans lequel tous les documents jugés intéressants ont été regroupés par les médecins (suivant l'ordre de classement de la liste type commune aux 4 services), est alors vidé. La secrétaire en constituera un sous-dossier qui sera introduit dans la petite pochette rose SELECTION. Tous les dossiers vérifiés et complets sont alors rapportés au D.D.M.

GESTION D'UN DOSSIER DE CONSULTATION

Chaque service communique au D.D.M., 24 heures à l'avance au moins, les listes des consultants. Les nouvelles pochettes jaunes numérotées ainsi que les dossiers déjà existants sont transmis dans les services. Le lendemain de la consultation, tous les dossiers retournent au D.D.M., accompagnés d'une fiche GRECO pour toute consultation que le médecin aura jugé intéressante.

Dossier de consultants



RETOUR DES DOSSIERS AU D.D.M.

Après vérification (identité du malade, classement et tri des documents), les dossiers sont classés par ordre numérique sur les rayonnages, dans l'attente d'une réhospitalisation, d'une nouvelle consultation ou d'une demande de prêt scientifique.

GESTION DES CONDENSES MEDICAUX : FICHES GRECO

Ce résumé doit contenir toutes les

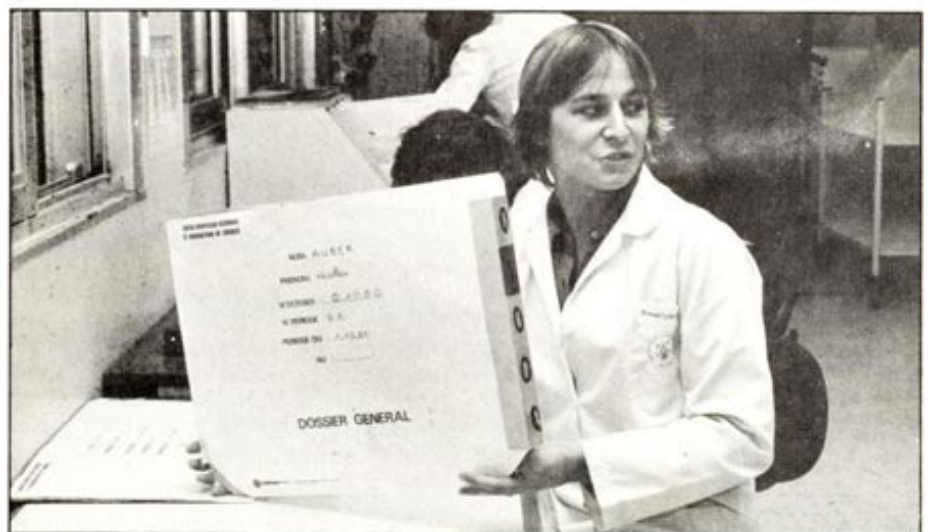


informations que le médecin devra connaître quand il doit réintervenir sur le malade.

Les secrétaires médicales du D.D.M. procèdent à la codification des fiches, en collaboration avec les chefs des services expérimentaux, au moyen de la classification internationale des maladies, des actes chirurgicaux et thérapeutiques (code O.M.S.).

Toutes ces données médicales seront mémorisées sur ordinateur dès le mois de janvier 1982.

Ce système, s'appuyant sur l'existence d'un fichier, permettra alors, à partir d'un terminal installé aux Urgences ou dans les services, d'interroger l'ordinateur sur le passé médical d'un patient au moment de l'hospitalisation.



Le calendrier pour la poursuite de l'organisation nouvelle est fixé comme suit

- Année 1982 : pour les mêmes services, poursuite du dossier organisé avec informatisation
- Années de 1983 à 1986 : généralisation progressive à l'ensemble de l'hôpital : 25 services

COURRIER

« Mon mari, M. V..., hospitalisé dans le service des soins intensifs en Cardiologie, y est décédé le 11-11-78. Je ne peux que remercier infiniment les Docteurs, les Infirmières et le personnel, des soins qui lui ont été prodigués, ainsi que de la compréhension de tous et de l'humanité dont chacun a fait preuve lors de son décès. Merci. »

« La vastitude de l'Etablissement, ses couloirs démesurés, son modernisme, eussent pu le faire apparaître inhumain aux malades et leur inspirer de grandes craintes. Il n'en est rien, bien au contraire. Ses éminents praticiens, le dévouement et l'amabilité du personnel soignant à tous les échelons sont très bénéfiques aux malades et les sécurisent. Ils se sentent vite chez eux dans cette ambiance quasi familiale. Que dire aussi de l'Etablissement lui-même, d'une propreté impeccable et qui se dresse dans un site admirable baigné de lumière. De leur lit et où qu'ils soient, les malades peuvent voir de beaux paysages. Cela aussi est réconfortant... »

« Je pars très satisfait. Merci au Professeur, au Chirurgien et aux Docteurs qui m'ont suivi. Merci aux Infirmières et Aides du service qui ont eu avec le sourire un mot aimable qui fait toujours plaisir. »

« Il est regrettable que les divers examens ne puissent être accomplis à un rythme plus rapide. »

« Il y a beaucoup de bruit aussi bien le jour que la nuit. Le personnel ne pourrait-il pas être chaussé de chaussures autres que des sabots. Elles devraient penser un petit peu aux souffrants. »

Recherche

RECHERCHE MEDICALE ET SANTE EN LIMOUSIN

La Faculté de Médecine et la Faculté de Pharmacie de Limoges ont organisé les 20 et 21 avril 1990 un forum "Recherche Médicale et Santé en Limousin". Ces journées comportaient une exposition des thèmes de recherche actuellement effectués par les différentes équipes d'enseignement, de soins et de recherche de notre C.H.U. L'exposition s'est tenue à la disposition du public pendant 48 heures dans le hall de la Faculté. Tous les services étaient présents, tant les laboratoires que les services de clinique. Dans les 49 stands se relayaient les jeunes chercheurs et leurs aînés chevronnés pour expliquer les travaux en cours de réalisation.

P^r Jean-Pierre SAUVAGE.

Les orientations de la Recherche Clinique en Limousin

Lors de la création de la DRRC en 1996, sous l'impulsion de notre Président de la CME, le Professeur Bernard DESCOTTES, nous avions comme objectifs d'agir en plusieurs temps :

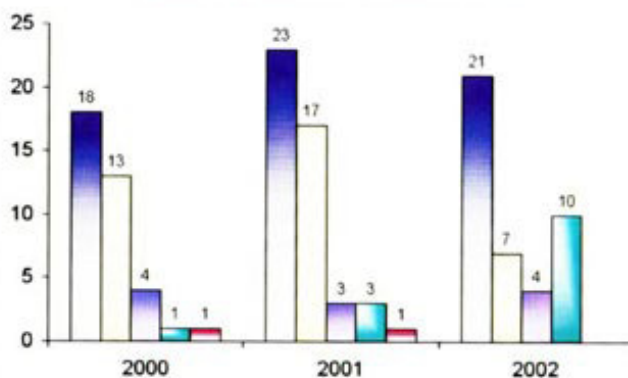
- la lisibilité de la recherche clinique existante : la création d'un local et de moyens humains spécifiques a été la première étape.
- la sensibilisation des équipes médicales à la recherche clinique et à l'application des bonnes pratiques communes à tous les hôpitaux a été la 2^{ème} étape.

• le regroupement des thématiques de recherche en fonction des savoir-faire régionaux et en articulation avec les unités de recherche plus fondamentales existant dans les Facultés de Médecine, de Pharmacie et de Science était la 3^{ème} étape.

La signature d'une convention tripartite entre l'INSERM, l'Université et le CHU en juin 2002 permettra de mettre en place une structure mixte pour valoriser, regrouper en institut fédératif de recherche reconnu ou des grandes thématiques consensuelles spécifiques de la région seront établies.

La recherche clinique en Limousin était née depuis longtemps, elle est actuellement lisible, elle sera prochainement reconnue.

Nombre de projets promus par le CHU selon les sources de financement



Total
 Financement local
 Cofinancement
 PHRC
 (dont PHRC national)

Travaux - équipements

N°4
1979



Destruction des déchets - 1979

N°64
2002



photo de CHORUS

Une deuxième salle de coronarographie a été installée dans le Service de Cardiologie.

N°42
1997

INAUGURATION de la Cuisine Centrale

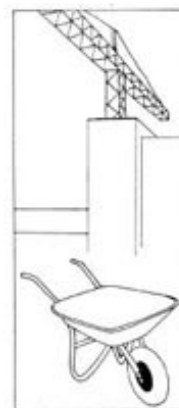


Le discours d'Alain RODET

Lundi 9 Décembre 1996,
à l'issue du Conseil
d'Administration du CHU,
de nombreuses personnalités,
au premier rang desquelles
Alain Rodet, Député-Maire de
Limoges et Serge Fontarensky,
Directeur Général du CHU,
ont inauguré la nouvelle cuisine
centrale de l'Hôpital
Universitaire Dupuytren.

N°26
1991

INVESTIR C'EST PRÉVOIR !



LE NERF DE LA GUERRE

Les hôpitaux, en général, et notre Centre Hospitalier Régional et Universitaire, en particulier, sont engagés dans une véritable course d'obstacles destinée à leur permettre d'accompagner les incessantes évolutions techniques de la science médicale.

C'est un véritable combat que de permettre à l'hôpital de se doter des capacités d'investissement nécessaires à la poursuite de ces progrès. C'est aussi sa raison d'être.

Dans l'hôpital moderne, l'investissement, c'est le nerf d'une guerre technique dont les enjeux sont vitaux pour la survie même de l'institution.

Engagés dans cette course aux progrès, la Direction du Centre Hospitalier Régional et l'ensemble des équipes médicales, chirurgicales et médico-techniques ont bâti, depuis plusieurs années, un ensemble de schémas de planification des **grands investissements** indispensables à la poursuite de notre modernisation.

N°66
2003

HÔPITAL DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT : C'EST PARTI !!!



photo de CHORUS

LIRE
EN PAGE
10

N°57
2001

Bientôt, le nouveau Hall d'accueil



La restructuration représente de gros travaux dont le montant s'élève à 26 millions de francs.

Dès la fin du 1^{er} semestre 2001, une entrée toute en courbes, conçue en table d'orientation, émergera à la proue de l'actuelle entrée principale. Plus vaste et plus lumineux, privilégiant le bois, le verre et le métal, le nouveau hall s'étalera sur 2 200 m² et s'organisera sur 2 étages.

N°31
1993

TROIS CHAMBRES ÉQUIPÉES DE DOMOTIQUE EN RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLES : UN PLUS POUR LES HANDICAPÉS

Le mercredi 3 mars 1993, l'Équipe de Direction du Service de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles, a présenté à M. FONTARENSKY, Directeur Général, et à M. le Professeur CATANZANO, Président de la Commission Médicale d'Établissement, les trois chambres du Service qui venaient d'être récemment équipées d'un contrôle d'environnement.

Surtout, un petit film vidéo réalisé par M. le Docteur SALLE, comportant l'interview d'un malade, a convaincu les participants de l'intérêt de cette réalisation pour les plus handicapés de nos malades.

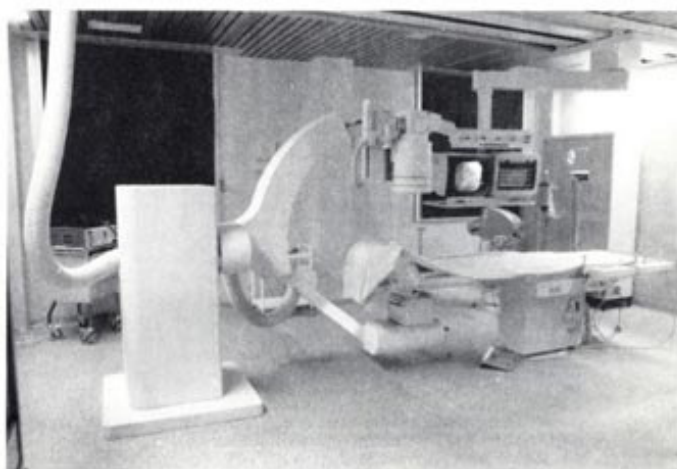
Cette installation a vu le jour grâce à la compétence de M. SOMBARDIER, Ergothérapeute du Service, et à sa collaboration avec le Département Biomédical et la Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation.



Présentation d'une chambre équipée du contrôle d'environnement.

N°26
1992

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE



LA CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Cette nouvelle sous-spécialité de la cardiologie s'est développée depuis 15 ans. Elle comporte toutes les thérapeutiques cardiaques effectuées par l'intérieur des vaisseaux ou des cavités du cœur. En 1977, GRUENTZIG pratiquait, en Suisse, la 1^{re} dilatation d'artère coronaire à l'aide d'un ballon. Depuis, cette technique est devenue quotidienne. Cette angioplastie coronaire permet d'éviter à certains patients des pontages qu'il fallait faire auparavant. Elle ne remplace cependant pas toute la chirurgie coronaire. La cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque restent deux activités très proches et très complémentaires, indispensables l'une pour l'autre.

Il est également possible d'utiliser un ballon mis en place dans le cœur pour dilater des valves mitrales rétrécies et éviter une intervention de remplacement valvulaire. La dilatation des valves aortiques a été également pratiquée, mais cette technique est pratiquement abandonnée car elle a été suivie de récurrences trop rapides du rétrécissement de la valve.

Bien d'autres nouvelles techniques se développent. Elles ont fait l'objet d'un congrès qui s'est tenu à Limoges au mois d'avril 1992. Il s'agit des fraises et « mini-robots » introduits dans les coronaires pour supprimer les rétrécissements. L'énergie LASER commence à trouver une application à l'intérieur même de ces artères coronaires. Des ressorts métalliques peuvent être laissés dans ces vaisseaux de quelques millimètres pour empêcher la reformation des sténoses. La désobstruction, soit en urgence, soit quelques jours après un infarctus d'une artère coronaire permet l'amélioration du pronostic des patients. Enfin, il faut mentionner de nombreux progrès effectués par des équipes de cardiologie pédiatrique. Cela peut éviter des interventions chirurgicales chez des enfants (pour fermer une communication interauriculaire, un canal artériel...).

EN CONCLUSION, la cardiologie a considérablement progressé depuis 15 ans. La précision dans les diagnostics et la surveillance des patients s'est améliorée grâce aux multiples techniques non invasives (ECG d'effort, explorations isotopiques, échographies-doppler, Holter...). Les plus grands progrès thérapeutiques ont été réalisés par l'apparition de médicaments très efficaces et par la qualité des techniques chirurgicales. La Cardiologie Interventionnelle se situe à la frontière entre ces deux importantes voies thérapeutiques. Elle nécessite de l'expérience et un matériel coûteux, mais très précis, dont est actuellement équipé notre hôpital.

Docteur Patrice VIROT
Docteur Jean-Jacques DOUMÉIX
Docteur Claude CASSAT
Cardiologie

N°23
1991

LE SIMULATEUR D'APPARTEMENT UN OUTIL ESSENTIEL A LA RÉADAPTATION

L'objectif de tout service de Réadaptation est de préserver au maximum les possibilités de choix de la personne.

Conséquence des états chroniques invalidants (y compris le vieillissement), le handicap naît de la confrontation d'une incapacité à une situation de vie.

Si la rééducation vise à limiter les incapacités, la réadaptation concerne les actions sur l'environnement.

Ainsi :

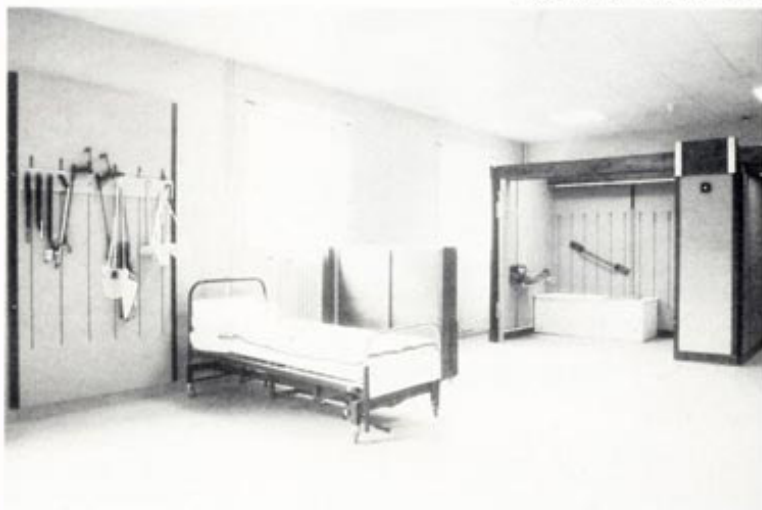
— pour **SIMULER**, en espace réel, les lieux de vie de patients handicapés, de tous âges, pour un retour ou un maintien à domicile ;

— pour **DÉFINIR** au mieux les aménagements à apporter à leur logement en sélectionnant les aides techniques visant à diminuer les situations handicapantes ;

— pour **s'ENTRAÎNER** dans ses nouvelles conditions de vie,

le projet d'acquisition d'un Simulateur d'Appartement, salle de simulation et d'entraînement, est une étape essentielle dans le combat pour l'**AUTONOMIE RETROUVÉE**.

Docteur J.-Yves SALLE



Durant ces deux ans, notre Projet de Service a retenu l'attention de l'ensemble du Personnel. De nombreuses réunions ont permis de confronter les opinions des divers intervenants au service de nos malades, et nous ont montré combien Rééducation et Réadaptation étaient le fait de l'ensemble des membres du service, dont chacun est un maillon indispensable.

Nous souhaitons tous que la réflexion engagée se poursuive à l'avenir, et que les décisions prises et à prendre nous permettent de réaliser notre ambition d'être :

**UN DES SERVICES DE RÉÉDUCATION
ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES
LES PLUS PERFORMANTS DE FRANCE**

L'Équipe Médicale et le Personnel du Service.

N°24
1990

MINITEL : UN SERVICE DE PLUS

Depuis le 19 septembre 1990, la réservation de la plate-forme LASER se fait par MINITEL.

Les utilisateurs peuvent consulter le programme d'utilisation de la salle sur une plage hebdomadaire, ainsi que le déroulement journalier des interventions.

Les médecins et chirurgiens peuvent programmer leurs interventions dans la période et la tranche horaire qui leur convient, depuis n'importe quel poste du C.H.R.U.

Ce programme a été mis au point par la D.S.I.O. en collaboration avec le bloc opératoire central.

D'autres applications de ce programme pourraient voir le jour dans l'avenir.

Maurice VAISSE.

N°8
1981



N°13
1983



L'INFORMATIQUE AU SERVICE DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE

Expérience du dossier médical informatisé au C.H.U. Dupuytren

par M. BOURLET, Directeur du C.R.I.H.

L'utilisation de l'informatique dans tous les secteurs d'activité se développe rapidement. Chacun peut voir, sans s'étonner, des terminaux d'ordinateur au guichet de sa banque, de la S.N.C.F., à la caisse des magasins, à l'école et même chez lui, puisque notre poste de télévision associé au téléphone aura bientôt accès à un réseau informatique.

De tous ces développements, l'utilisation de l'Informatique dans le domaine de la médecine risque d'être l'un des plus spectaculaires.

A une époque où les pays développés craignent de ne plus pouvoir subvenir aux dépenses de santé, cette évolution mérite toute notre attention.

L'application de l'informatique à la médecine revêt trois aspects bien différents.

vent améliorer sensiblement les procédures courantes de gestion et de transmission d'informations au sein de l'hôpital.

- un ordinateur dans un laboratoire peut gérer : les demandes d'analyses, les différents postes de travail ou les « automat » et la restitution des résultats vers les services demandeurs.
- certains établissements utilisent au niveau de la pharmacie un système traitant des médicaments qui prend en compte les prescriptions de chaque malade et gère directement la distribution individuelle et les stocks.

Les gains apportés par ce type de système en confort du travail et en sécurité pour le malade, sont considérables.

LES DOSSIERS

Le stockage et l'exploitation sur ordinateur du dossier médical des patients fait appel à un type d'application bien différente des deux précédentes. Il s'agit d'enregistrer sur les mémoires de l'ordinateur les informations médicales relatives à un malade dans un double objectif :

- interroger à tout moment le système pour connaître le dossier d'un malade en cours de traitement ou le passé médical d'un malade réhospitalisé. Lors de cette interrogation, on doit pouvoir compléter ce dossier.
- faire à partir d'un ensemble de dossiers enregistrés, des sélections ou des études statistiques (« épidémiologique ») sur telle ou telle maladie ou pratique médicale.

Nous mettons actuellement en place au C.H.R. de LIMOGES un système de dossier médical informatisé « SESAME ».

La mise en œuvre de l'informatique se fait simultanément et en coordination avec le dossier médical papier centralisé traité dans le numéro 10 de cette revue.

LA TECHNIQUE UTILISEE

Les utilisateurs (médecin ou archiviste) ont à leur disposition un « terminal » écran-clavier-imprimante connecté par un réseau de télécommunications à l'ordinateur du C.R.I.H. A travers ce terminal, ils ont à leur disposition la puissance d'un gros ordinateur et le programme « SESAME ».



L'INSTRUMENTATION

Il s'agit d'ordinateur associé au fonctionnement d'appareil de diagnostic ou thérapeutique. Le scanner installé au C.H.U. ou les systèmes de monitoring qui fonctionneront prochainement en cardiologie ou en réanimation, font partie de cette catégorie.

LA LOGISTIQUE MEDICALE

Certains systèmes mis en place dans le cadre d'une organisation adaptée, peu-



Le nombre de terminaux actuellement en service est de huit. Il augmentera progressivement au fur et à mesure de la généralisation du système. A terme, il faut envisager que chaque service disposera de plusieurs postes de travail.

SESAME permet de stocker des informations organisées en questionnaires.

Chaque utilisateur de SESAME définit dans le système son propre questionnaire. Le système peut gérer simultanément un nombre très important de questionnaires différents.

Après avoir bien défini les informations qu'il désire stocker, le praticien rentre lui-même en temps réel sur son « écran-clavier » le questionnaire qu'il souhaite. Une fois le questionnaire pris en compte dans le système, l'utilisateur répondra pour chaque malade qu'il désire enregistrer, aux questions qui lui sont posées sur son écran. Il constituera ainsi son propre fichier de malade.

Le questionnaire et le fichier correspondant sont la propriété exclusive de l'utilisateur.

A la création du questionnaire, le médecin doit donner au système les mots de passe dont il garde le secret et qui protégeront ses informations.

En effet, avant toute utilisation d'un questionnaire, l'utilisateur doit préciser à l'ordinateur les mots de passe protecteurs. Aucune information ne sera restituée si les mots de passe ne sont pas conformes.

Plusieurs utilisations déjà opérationnelles au C.H.R.U.

UN INDEX DES MALADES

Le premier questionnaire réalisé est très limité. Il permet simplement d'enregistrer chaque patient ayant fait l'objet d'un archivage médical papier ou informatique, et de connaître en l'interrogeant le **numéro permanent** de dossier.

Aujourd'hui, 12 000 personnes sont déjà connues de ce fichier.

UN RESUME MEDICAL STANDARD

Un questionnaire médical succinct permet d'enregistrer pour chaque malade hospitalisé ou consultant, quelques données rapidement utiles en cas de retour à l'hôpital ainsi qu'une codification des maladies destinées à faire des statistiques d'activité en terme de morbidité sur l'ensemble de l'hôpital. 8 000 résumés sont déjà enregistrés.

Ces deux premiers questionnaires sont utilisables par toutes les personnes qui ont accès au système. Certaines informations cependant sont protégées par un mot de passe particulier. A terme, tous les malades figureront dans ces questionnaires.

A partir de chaque écran en place dans l'hôpital et en particulier celui des urgences, on pourra interroger ces questionnaires. Cela permettra :

- de savoir que le malade a déjà un dossier à l'hôpital.
- de connaître immédiatement le passé médical d'un entrant, notamment les données vitales particulières telles que les allergies ou pathologies qui font partie du résumé médical.

DES QUESTIONNAIRES SPECIFIQUES



Quelques médecins commencent à utiliser le système pour gérer leur propre dossier dans leur discipline. En NEPHROLOGIE, un important questionnaire de 900 items est mis en œuvre pour le suivi des malades hypertendus.

Progressivement, cet outil sera mis à la disposition des médecins qui le désirent.

Une modification profonde du mode de travail de tous ceux qui utilisent l'information médicale devra se faire. Il semble que le maximum d'efficacité de ce genre de système sera obtenu lorsque le médecin travaillera directement sur l'écran en présence du malade, supprimant bien des supports papiers intermédiaires, les classements et déclassés de documents, une partie de la dactylographie qu'assure actuellement les secrétariats médicaux.

Beaucoup d'imagination et d'efforts restent à déployer.



N°5
1979

SPECIAL HOPITAL J.-REBEYROL



Pose de la première pierre

Travaux - équipements

N°62
2002



éditorial

de Serge Fontarensky, Directeur Général

Et si nous parlions informatique médicale... ?

Le docteur Durand reçoit en consultation Monsieur Dupont. Il frappe quelques éléments d'identification sur sa console informatique et voit instantanément apparaître l'historique de tous les passages de Monsieur Dupont dans les services de soins du CHU et a accès au contenu de tous les dossiers médicaux constitués dans chacun des services auxquels Monsieur Dupont a fait appel.

Rêve ? Science-fiction ? Non : énorme opération en cours de réalisation au CHU de Limoges. A la fin de l'année prochaine 35 services seront équipés, a minima pour commencer, d'un tel système, qui sera ensuite étendu à tous et enrichi chaque année de fonctions nouvelles.

Estimant à juste titre que le Dossier Médical Commun (DMC) accessible à tous les médecins était une nécessité impérieuse et que désormais les esprits étaient mûrs pour le concrétiser, le Président de la Commission Médicale en a fait une priorité de premier rang parmi ses objectifs, une sorte de gonfanon de son mandat.

Jusqu'ici les services de soins proprement dits étaient, il est vrai, un peu les parents pauvres de l'informatisation par rapport à l'existant et aux projets à court terme des laboratoires, de la radiologie et des blocs opératoires.

La mise en place du DMC permettra une prise en charge globale du patient et d'optimiser le fonctionnement des services médicaux.

Il s'agit là d'une avancée sans précédent et d'une application stratégique majeure de notre système d'informations.

Quinze informaticiens seront mobilisés sur le projet dont le cadrage a été défini par un groupe de travail pluri-disciplinaire rassemblant les représentants des professionnels concernés (médecins, secrétaires, cadres infirmiers, pharmaciennes etc...).

Les enjeux et les perspectives sont considérables :

- amélioration des conditions de travail des médecins et des secrétaires par l'accès en direct et sans délais à l'ensemble de l'historique médical que les différents services, ayant pris en charge un patient, auront pu accumuler au fil des mois et des années.
- disparition progressive des circuits papiers (bons de demande d'examen aux laboratoires ou d'imagerie, ordonnances adressées à la pharmacie, prescriptions des actes para-médicaux etc...) au profit des prescriptions médicales informatisées.
- Il s'en suivra des gains de temps très importants, donc une augmentation de la productivité globale et, par voie de conséquence une réduction des durées moyennes de séjour (DMS).
- Supprimant les délais de transmission des demandes et des résultats, le système favorisera le développement des hospitalisations de jour et des soins ambulatoires.
- Le recours au plateau technique étant optimisé, ce dernier sera plus performant et verra ses coûts baisser.

LE DOSSIER MEDICAL COMMUN INFORMATISE sera organisé en divers sous-dossiers :

- **le dossier clinique** et de spécialité comportant l'ensemble des comptes rendus, des diagnostics et des décisions thérapeutiques,
- **le dossier biologique** qui rassemblera tous les résultats d'analyse effectués par nos laboratoires et, à terme, ceux réalisés également hors CHU,
- **le dossier d'imagerie** donnant accès en temps réel aux comptes rendus d'imagerie et aux images elles-mêmes stockées dans le futur PACS (Picture Archiving and Communication Systems) du département d'imagerie médicale.

Au delà du dossier médical proprement dit sera finalement constitué un véritable **DOSSIER DU PATIENT, INFORMATISE**, qui se composera du dossier administratif, du DMC et des dossiers paramédicaux (dossiers de soins infirmiers, de kinésithérapie etc...).

Ainsi les cliniciens pourront percevoir d'emblée le patient non plus « par tranches » mais **dans sa globalité**.

Enfin le système permettra l'échange rapide des données médicales avec la médecine libérale, les cliniques et les autres hôpitaux. De ces échanges dépendent largement la qualité des réseaux de soins et de la prise en charge des patients ainsi que la réduction des prescriptions redondantes ou contradictoires.

Le socle du système sera opérationnel dès décembre 2003. La mise en œuvre de toutes les fonctionnalités se fera progressivement afin de permettre aux structures médicales de « digérer » cette révolution en adaptant leur organisation et leurs modes de fonctionnement, et au CHU... d'en étaler l'impact financier sur plusieurs années.

Coopération régionale et internationale

N°66
2003

Le Vietnam à Limoges

Les 25, 26 et 27 septembre dernier, le Professeur Le Van Diem, le Professeur Nguyen Thi Bich Dao, tous deux directeurs d'hôpitaux, et le Docteur Pham Thi Nguyen Trang étaient présents à Limoges afin de signer une convention de partenariat entre le CHU de Limoges et le Centre Hospitalier Saint Paul de Hanoi (Vietnam).



N°63
2002



Le Pr Descottes sur le stand de l'ADCV (Aide pour le Développement de la Chirurgie au Vietnam) à la Foire exposition de Limoges

N°36
1995



Délégation du CHU de Limoges en Pologne

N°44
1997

DELEGATION DU MINISTRE DE LA SANTE CHINOIS



Le CHU a accueilli jeudi 11 septembre 1997 une délégation du Ministère de la Santé chinois, de la province de Jiangsu, composée de 3 personnes.

Le programme de la matinée a porté sur la présentation du système de santé français, des activités du CHU et du projet social. La visite du centre de régulation téléphonique,



du garage du SAMU et du Service des Urgences ont également figuré au programme.

Cet accueil s'est déroulé dans le cadre d'une visite d'un laboratoire pharmaceutique de Limoges, Pharmacia & Upjohn.



EDITORIAL

de Serge FONTARENSKY, Directeur Général

LE C.H.U... ET LES AUTRES

Parti de rien, ou presque, le système hospitalier public en France, tel que nous le connaissons aujourd'hui, s'est construit à cadence accélérée pendant les trente ou trente cinq années qui ont suivi la dernière guerre. On peut dire que la période 1945-1980 a été l'âge d'or du monde hospitalier, « l'époque des bâtisseurs ».

Les conditions étaient toutes favorables : il fallait construire ou reconstruire, la Sécurité Sociale était florissante, les budgets des hôpitaux n'étaient pas limités par le budget global et augmentaient de 20 à 40 % l'an. Cela a permis de mettre en place ce capital inestimable qu'est l'outil hospitalier français actuel dont on a pu considérer qu'il était un des meilleurs, sinon le meilleur du monde.

Mais, rien n'étant parfait, cette croissance galopante, insuffisamment pensée et contrôlée, a comporté quelques aspects critiquables dont nous avons aujourd'hui à gérer les effets négatifs : l'absence de difficultés financières, l'accompagnement systématique, en tout lieu, du développement des techniques médicales et le principe d'autonomie des hôpitaux ont engendré une atmosphère de « chacun pour soi », plus ou moins concurrentielle dans laquelle le plus souvent chacun s'ignorait et parfois même on se faisait la guerre.

Il s'en est suivi des situations de double emploi et des activités hospitalières mal coordonnées aussi bien au sein du département qu'aux niveaux régional ou national.

Les conditions qui existent aujourd'hui ne nous permettent plus de vivre sur ce schéma : que ce soit pour des raisons financières car nous sommes condamnés à une efficacité collective plus grande, c'est-à-dire à faire au moins aussi bien pour moins cher ou mieux pour le même prix ; ou que ce soit pour cause d'aménagement du territoire car il faut éviter qu'il y ait des secteurs surabondants à côté de zones désertiques ce qui, d'ailleurs, pose toute la problématique du rapport entre la qualité et la proximité des soins.

Ainsi la conjugaison des contraintes économiques et du concept d'aménagement du territoire nous oblige à concevoir une relation différente entre les hôpitaux publics eux-mêmes et entre le monde hospitalier public et le monde extérieur médical ou non médical.

LE CHU y a partout un rôle à jouer.

UN ROLE DE TOUT PREMIER PLAN.

Chargé de la formation des médecins, impliqué dans l'évolution des techniques et pratiquant quotidiennement la médecine de pointe il est le pôle de référence régional, ce qui lui confère une place éminente ainsi qu'une responsabilité particulière **dans la rénovation du tissu hospitalier.**

Depuis plusieurs années, le CHU de LIMOGES a pris la mesure de l'enjeu et s'est engagé activement dans le processus.

Le bilan est déjà important puisque pas moins de 20 conventions ont été signées avec 13 hôpitaux du département et de la Région, ou des régions limitrophes couvrant actuellement 40 activités médicales spécifiques. Globalement ces coopérations peuvent se présenter sous trois formes : soit le CHU se déplace vers l'hôpital contractant, soit l'Hôpital contractant vient exercer dans l'environnement du CHU et accède à ses moyens, soit le CHU et l'Hôpital contractant réalisent un échange permanent dans le cadre d'un réseau.

Par ailleurs une coopération logistique concernant la blanchisserie ou l'incinération des déchets est engagée avec plus d'une vingtaine d'organismes (établissements hospitaliers publics ou privés, laboratoires, services publics non hospitaliers ...).

Dans tous les cas le CHU de LIMOGES et son partenaire s'efforcent de trouver chacun un ou plusieurs avantages.

Il reste à persévérer dans cette voie et à intensifier le processus tout en veillant à ce que le réseau lui-même se construise de manière intelligente au sein d'une politique régionale cohérente, en évitant que les conventions passées entrent en conflit avec d'autres conventions.

L'ouverture sur l'extérieur ne s'arrête pas là : le CHU de LIMOGES a pris en charge la santé en milieu carcéral dans le cadre d'une convention passée avec la maison d'arrêt de Limoges signée le 31 Janvier 1995 : elle fut la première en France. C'est aujourd'hui une réussite totale. D'autres avancées en direction d'autres services publics peuvent être imaginées s'ils sont utiles.

Sont à explorer également les voies de rapprochement et de coopération **entre l'hôpital public et le secteur privé** (clinique et médecine ambulatoire). Aujourd'hui un accord pour l'utilisation conjointe de l'IRM du CHU est en cours de mise au point. Mais dans le domaine de la coopération public/privé tout reste à faire car le poids des habitudes, des mentalités et des parti-pris réciproques est lourd. Raison de plus pour y mettre plus d'énergie.

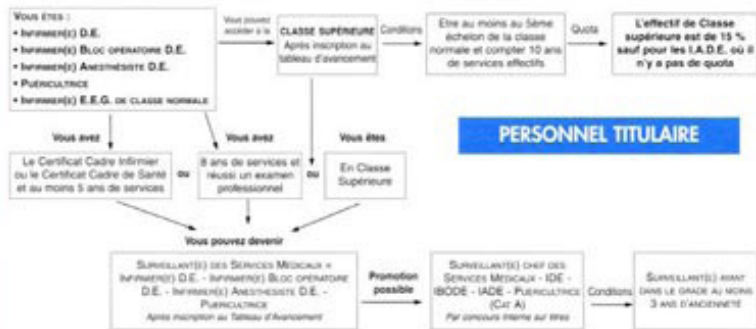
De l'énergie, de toutes façons, il nous en faudra beaucoup, comme toujours, pour faire avancer les choses. Mais le jeu en vaut la chandelle : il s'agit de participer à la **RENOVATION DU TISSU HOSPITALIER ET MEDICAL REGIONAL**, d'être le moteur de sa mutation en vue de le rendre souple et harmonieux, bien inséré dans un grand Système National de Santé, **COHERENT et EFFICACE...**

Vie sociale

N°38
1996

Depuis les Décrets du 30 novembre 1988, le statut des Personnels Infirmiers a été modifié à sept reprises. Après la refonte des grilles intervenue le 1er août 1994, il est nécessaire de faire le point sur la situation actuelle des Infirmier(e)s et les possibilités de promotion.

Si vous souhaitez de plus amples renseignements, la Direction des Ressources Humaines, secteur Gestion des Carrières, est à votre disposition.



UNE CARRIÈRE EN PLEINE ÉVOLUTION

Entre 1989 et 1994, le gain indiciaire dû aux seuls reclassements, pour l'ensemble des 3 grades des corps des personnels infirmiers, a varié entre 23 et 88 points soit sur 6 ans entre 575 Francs et 2 200 Francs selon l'échelon dévolu par chaque agent. A cela sont venus s'ajouter : la revalorisation des primes, les Nouvelles Bonifications Indiciaires, ainsi que les Bonifications pour études et reprise d'ancienneté qui se sont traduites par des avancements de 1 à 6 échelons selon les cas.

Exemple : • Situation d'une Infirmière Anesthésiste D.E. :
 au 5ème échelon de la Classe Normale en 1988 : Indice Majoré 341
 est au 8ème échelon de la Classe Normale en 1994 : Indice Majoré 470
soit un gain indiciaire d'environ 3 350 Francs

• Situation d'une Infirmière D.E. :
 au 6ème échelon de la Classe Normale en 1988 : Indice Majoré 399
 est au 8ème échelon de la Classe Normale en 1994 : Indice Majoré 470
soit un gain indiciaire d'environ 1 775 Francs

PERSONNEL CONTRACTUEL

L'accès aux différents corps des infirmiers et spécialisés se fait par concours sur titres ouverts aux candidats possédant les diplômes requis pour exercer.

Martine CHATARD, Chef de Bureau

N°21
1990

LE BILAN SOCIAL

NOUVELLES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES, QUELQUES RENSEIGNEMENTS CHIFFRÉS SIGNIFICATIFS EXTRAITS DU DERNIER BILAN

V. FORMATION

La Promotion Professionnelle a concerné 38 agents pour une dépense de : 4.700.000 F (Ecole de Masseurs Kinésithérapeutes, Ecoles d'Infirmières D.E., Ecole de Cadres, Ecole d'Infirmières Aides-Anesthésistes...).

L'Ecole d'Aides-Soignants a concerné 27 agents pour une dépense de : 336.000 F.

La cotisation à la Formation Permanente, qui a concerné 1695 agents, s'est élevée à : 5.059.000 F.

Total : 13.119.000 F soit 3 % des dépenses de personnel.

VI. RELATIONS PROFESSIONNELLES

76 réunions d'information du Personnel ont eu lieu en 1989 principalement sur le thème du projet du C.H.R.U.

VII. AUTRES CONDITIONS DE VIE

Ce chapitre répertorie les sommes versées par l'Etablissement pour les Œuvres Sociales.

La contribution financière au fonctionnement des crèches s'est élevée à 2.422.700 F et celle du self du personnel à 2.059.106 F (sur les coûts directs uniquement).

Pierre CALMON.

Un décret de 1988 a rendu obligatoire l'élaboration d'un Bilan Social dans les établissements hospitaliers de plus de 300 lits.

I. EMPLOIS

Dans ce 1^{er} chapitre quelques données chiffrées significatives pour le personnel non médical sont à relever notamment en ce qui concerne les effectifs :

• La répartition des agents par catégorie professionnelle :

- 66 % de personnel soignant;
- 17 % de personnel médico-technique;
- 10 % de personnel administratif;
- 7 % de personnel techniques.

• La répartition par sexe :

- 77 % de personnel féminin;
- 23 % de personnel masculin.

Les mouvements du personnel font apparaître 157 départs en 1989 (dont 55 retraites) et 288 changements d'affectation.

Les promotions à un grade supérieur s'élèvent à 323, auxquelles s'ajoutent 300 reclassements à effet du 1^{er} janvier 1989 concernant principalement les personnels médico-techniques et les personnels de rééducation.

En matière d'absentéisme, le montant des salaires et charges versé pendant les journées d'absences pour maladie dépasse 34 millions de francs.

II. RÉMUNÉRATIONS ET CHARGES SOCIALES

Le rapport entre les 10 % des agents les mieux rémunérés et les 10 % des moins rémunérés est de 2,3 (en dehors du personnel médical).

III. CONDITIONS D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ

Les accidents de travail et de trajet avec arrêt de travail sont au nombre de 131, représentant 2950 journées perdues (repos hebdomadaire déduit) 4 maladies imputables au service ont donné lieu à 478 journées d'arrêt de travail.

179 personnes ont été formées à la Prévention et à la Sécurité pour un coût de 205.586 F. 213.370 F de travaux ont été entrepris à ce titre.

IV. CONDITIONS DE TRAVAIL

160 horaires différents existent dans les différents services du C.H.R.U. de Limoges révélant une certaine souplesse de fonctionnement.

397 personnes ont bénéficié en 1989 d'un travail à temps partiel (soit à leur demande, soit pour des raisons médicales ou encore dans le cadre d'une cessation progressive d'activité).

De nombreux travaux et équipements ont été réalisés en vue d'apporter une amélioration des conditions de travail :

- 1.185.779 F ont été consacrés aux travaux (aménagement de bureaux, aménagements intérieurs, stores, etc.);
- 1.197.050 F aux équipements (mobilier de bureaux, matériels d'entretien, etc.), plus les opérations d'ordre plus général contribuant à cette amélioration.

Illustrations au fil du temps

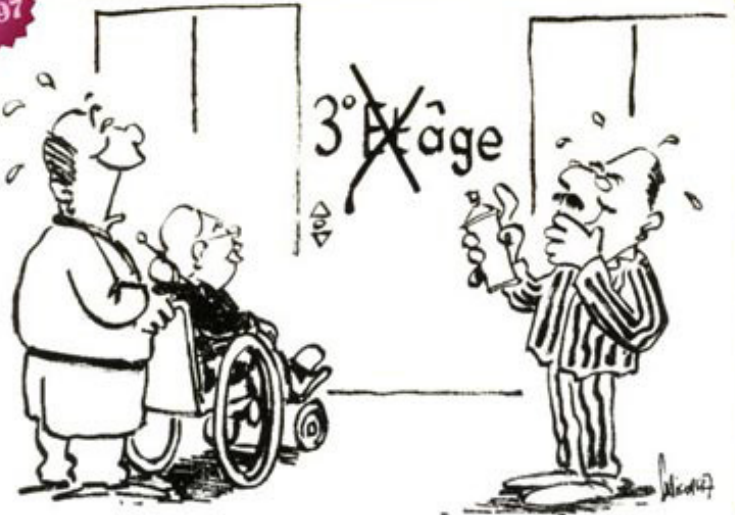
N°26
1991



N°36
1995



N°42
1997



N°36
1995



N°9
1981



N°9
1981

MARIAGE



N°27
1992



N°13
1983



N°22
1990

