

chorus

n°106
novembre 2013

le magazine
du CHU
de Limoges

Mieux connaître

- PRELEVEMENTS RENAUX : DES EQUIPES A L'INVESTISSEMENT EXEMPLAIRE
- LA CELLULE D'ORDONNANCEMENT ET DE GESTION DES FLUX : NOUVEAU, INCONTOURNABLE

Dossier

Soulager la douleur sans médicament

Ailleurs

- LA GESTION DES FLUX AU GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH

Rencontres

- Pr ALAIN VERGNENEGRE
- Pr DOMINIQUE MOULIES
- VALERIE DELAIDE



AAALLUUMEER
lecc feccu !!! ...Ycaaaah
AAALLUUMEER **LEccc FEU !!!**
na na naaa naaa naaa naaa

Avec la musicothérapie,
les douleurs de Mr Lambert
ont disparu. Mais pendant
4'22 je dois avouer
que c'est au tour du service de
prendre son mal en patience...



24

SOULAGER LA DOULEUR
SANS MÉDICAMENT

Sommaire

19 | chiffres clés 2012

04 | actualités

**23 | du côté de
la gérontologie**

08 | à venir

24 | dossier

Soulager la douleur sans médicament

09 | rencontres

09 | Pr Alain Vergnenègre / Pr Dominique Mouliès

12 | Valérie Delaïde

34 | ailleurs

La gestion des flux au groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph

13 | recherche

13 | Increase : nouvelle structure de recherche
au CHU de Limoges

36 | travaux

14 | mieux connaître

14 | La cellule d'ordonnancement et de gestion
des flux : nouveau, incontournable

15 | Prélèvements rénaux : des équipes
à l'investissement exemplaire

16 | La qualité et la gestion des risques au cœur
de notre projet d'établissement

17 | Première en région sud-ouest : prélèvement
rénal robot assisté sur donneur vivant

18 | Création d'un Espace de Réflexion Ethique
du Limousin (Erelim)

**37 | ressources
humaines**

Cérémonie de remise des médailles
d'honneur départementales et communales
Concours - Promotions - Carnet

40 | l'image

Visite de Michel Jau, préfet de la région
Limousin, préfet de la Haute-Vienne, au SAMU
et aux urgences, 30 octobre 2013

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
Photographies
Phanie Presse,
Philippe Frugier,
Christophe Chamoulaud
Maïté Belacel
Frédéric Coiffe
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Illustrations
Frédéric Coiffe
Imprimeur
Fabrègue, St-Yrieix (87)
Tirage
9 500 exemplaires
Dépôt légal
4^{ème} trimestre 2013
ISSN 0986-2099

éditorial

par Hamid Siahmed,
Directeur général



Nous vivons une ère de l'urgence qui s'agrémente fort bien de l'individualisme : est urgent ce qui concerne l'individu, en oubliant les enjeux collectifs. Il

serait donc aisé de se laisser convaincre par la voix qui porte le plus, sans que les sujets proclamés prioritaires ne soient toujours ceux dont le CHU a besoin. Mais le temps fait son œuvre, et rapidement le tableau des constantes des projets réellement urgents clignoteraient... Le sociologue et directeur de recherche émérite au CNRS, Edgar Morin a pourtant raison : « *A force de*

sacrifier l'essentiel pour l'urgence, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel ».

« Urgences », n. f. pl.

L'urgence aujourd'hui pour les établissements de santé porte bien sur l'essentiel : trouver le bon lit pour le bon patient. La formule a été usée. Pourtant, jamais les établissements de santé n'ont eu autant besoin de développer un système de gestion des flux et des lits. La cellule

que notre CHU vient d'installer (page 14) doit avec l'aide de chacun, et donc de tous, aider à fluidifier ce parcours patient tant attendu.

Le singulier du mot « urgence » a cependant bien disparu du vocabulaire hospitalier. Les contraintes extérieures mais aussi les opportunités sont là, plus importantes que jamais. Les progrès médicaux, l'exigence du public, le nouveau paysage concurrentiel, les contraintes financières, le contexte normatif... tout oblige notre CHU à évoluer et vite. Je le sais et le comprends, beaucoup pensent que nous lançons beaucoup de projets en même temps. Trop ? Mais lesquels reporter ? La recherche d'efficacité au risque d'abandonner notre droit à décider de l'avenir de notre CHU ? Les projets d'organisation et d'extension du bâtiment Dupuytren pour nos équipes de recherche, de soins ou d'enseignement ? Devons nous repousser à « plus tard » l'investissement dans la qualité pour sécuriser encore la prise en charge des patients ? L'urgence, chacun la regrette, mais chacun la souhaite. Et cela me reconforte finalement : nous sommes tous convaincus que nous pouvons et devons rapidement faire encore mieux. Patience : nous allons vite. ■

Nicolas Lengliné rejoint le CHS Mazurelle

Arrivé en avril 2011, Nicolas Lengliné, directeur adjoint en charge de la logistique, des achats et du développement durable, quittera notre CHU le 31 octobre pour rejoindre le centre hospitalier spécialisé Georges Mazurelle à la Roche-sur-Yon (85). Il y exercera les fonctions de directeur des usagers, des finances et du système d'information.



Le Pr Vergnenègre, nouveau président de la CME

Le 1^{er} juillet, le Pr Alain Vergnenègre a été élu nouveau président de la Commission médicale d'établissement. Voici le détail des votes des 37 votants : 33 « pour », 2 « blanc », 2 « nul ». Il succède officiellement dans cette fonction au Pr Dominique Mouliès, depuis le 1^{er} septembre 2013 (voir aussi page 9).



Bienvenue, Audrey Zimmer

Titulaire d'un DESS en génie biomédical, Audrey Zimmer arrive de Montréal où elle a été coordonnateur de projet au CHU Sainte-Justine pendant 1 an et demi. Rattachée à la direction des projets, de la qualité-gestion des risques et de la contractualisation, elle est en charge du suivi et de la coordination de projets majeurs pour notre CHU : transfert des organisations et des activités au bâtiment biologie-santé, transfert des organisations et des activités au bâtiment clinique médicale - cœur-poumon-rein, réaménagements à l'hôpital de la mère et de l'enfant, réorganisation des blocs opératoires (virage ambulatoire, salles dédiées...), dossier patient informatisé.



Ouverture d'une Unité Chirurgicale d'Urgences

Cette mise en place d'une polyclinique chirurgicale disposant de 8 lits est en lien avec la révision du programme capacitaire impactant les services chirurgicaux du pôle. Positionnée dans l'ex-secteur des SI d'urologie, elle a l'objectif de fluidifier le parcours du patient non programmé en provenance des urgences. Une présentation plus détaillée du projet sera réalisée dans le prochain Chorus.



Forum de l'encadrement : bilan de la 2^{ème} édition



Le 27 juin avait lieu la deuxième édition du Forum de l'encadrement. Alain Rodet, Président du conseil de surveillance a lancé cette journée à laquelle ont participé 110 cadres, l'équipe de direction et le Président de CME. Le thème de l'événement était " Cadre, manager, expert, chef... l'être ou ne pas l'être ". Organisée dans la salle du foyer de l'Opéra théâtre de Limoges, la journée s'est déroulée autour de tables rondes réunissant cadres soignants, administratifs et techniques et d'interventions de personnalités extérieures. La prise de parole de Vincent Chaguet, maître de conférence à la Faculté de droit et des sciences économiques à l'IAE de Limoges intitulée " Ça veut dire quoi être manager ? " a su créer l'émulation au sein de l'auditoire. L'intervention de la troupe « Théâtre à la carte » jouant avec brio les différents types de manager dans des situations bien connues des personnes encadrant des équipes a ponctué cette édition dans de francs éclats de rires.

L'AMICALE DEMENAGE

Depuis le 3 septembre, l'amicale a emménagé au restaurant du personnel, dans l'ancien local du CGOS. Les horaires d'ouverture restent les mêmes : les mardis et jeudis de 11h à 16h.



CONVENTION ENTRE LE CHU ET LA DGFIP

Le CHU de Limoges, le Comptable Public et la Direction Générale des Finances Publiques ont signé une nouvelle convention des services comptables et financiers le 10 juillet 2013.



Nadira Saint-Léger, psychologue clinicienne et du travail

Conformément aux objectifs définis dans le projet social et professionnel de l'établissement et à la volonté de la Direction de créer un espace de santé au travail constitué d'une équipe pluridisciplinaire chargée d'accompagner les agents sur leurs diverses problématiques professionnelles, Nadira Saint-Léger, psychologue clinicienne et du travail a pris ses fonctions le 2 septembre dernier. Ses missions se regroupent autour de deux axes principaux : la mise en place d'actions de prévention des risques psychosociaux en collaboration avec le département santé au travail et la Direction des ressources humaines et la prise en charge individuelle des agents rencontrant des problématiques psychologiques liées à leur travail.

Emplois d'avenir : visite du ministre du travail, Michel Sapin



A l'occasion de la visite de Michel Sapin, Ministre du travail, le vendredi 13 septembre dernier à la mission locale de Limoges, le CHU a eu l'opportunité de présenter la politique qu'il a mis en œuvre pour ce qui concerne les emplois d'avenir. En effet, à la suite de la loi du 26 octobre 2012, le CHU s'était engagé à recruter 16 jeunes éligibles à ce nouveau dispositif sur 2013. Cet objectif a été atteint sur la période de juin à septembre de cette année. Ces 16 jeunes ont été recrutés sur la base du grade d'Agent des Services Hospitaliers (ASH), à temps plein, et seront rémunérés au SMIC. Lors de cette rencontre, Johanna Joséphine, recrutée en emploi d'avenir à l'hôpital de la mère et de l'enfant, a été interrogée par le Ministre et a pu expliquer son projet professionnel et les missions qui lui sont confiées au sein de notre établissement, l'encadrement dont elle bénéficie au sein de la structure, ainsi que le dispositif de suivi de formation mis en place en partenariat entre la DRH du CHU et la mission locale de Limoges. Cette embauche constitue pour l'intéressée un premier pas concret dans la réalisation de son projet initial, qui est de passer le concours d'auxiliaire de puériculture.

Précision relative à la fonction de Josiane Bourinat

Dans le dernier Chorus, un article relatif à l'arrivée d'Alain Loschi en qualité de Coordonnateur Général des Soins (CGS) pouvait laisser penser que Josiane Bourinat « devenait » directrice des soins consécutivement à ce recrutement. Il n'en est évidemment rien puisqu'elle occupe déjà cette fonction depuis de nombreuses années. Josiane Bourinat a pris sa retraite de directeur des soins CGS le 1^{er} janvier 2013, mais à la demande de la Direction générale, a assuré la fonction de CGS jusqu'au recrutement d'Alain Loschi en avril. Elle assure la continuité de la fonction de directeur des soins jusqu'à la fin de l'année.

Rapport final du Plan cancer 2009-2013

Le rapport final du Plan cancer 2009-2013 est achevé. Il est accessible sur le site www.plan-cancer.gouv.fr

Plan cancer 2009 2013



Le Pr Mouliès " recyclé "...



Le 12 septembre, le Pr Dominique Mouliès faisait valoir ses droits à la retraite. Une manifestation organisée au CHU a permis de retracer son parcours et de le remercier de son engagement au service des patients, en présence des acteurs du monde hospitalier, parmi lesquels la communauté médicale était très largement représentée. Originaire de Bordeaux, le Pr Mouliès a commencé sa carrière au CHU de Limoges en 1972, pour effectuer son internat durant lequel il s'est spécialisé en chirurgie pédiatrique auprès du Pr Alain, son « patron » de l'époque, présent à la cérémonie. Le Pr Mouliès a successivement occupé les fonctions de chef de clinique et de praticien hospitalier, avant d'obtenir le titre de professeur des universités en 1990, et d'occuper la fonction de chef du pôle mère-enfant en 2007. Puis, il a succédé au Pr Bernard Descottes en qualité de président de la Communauté Médicale d'Etablissement (CME) de 2009 à 2013. Durant son mandat, il a dû accompagner l'hôpital dans la mise en place de la loi HPST, réforme qu'il qualifia dans son discours de « brutale mais intéressante ». Tout au long de sa carrière, le Pr Mouliès a été reconnu comme l'une des références nationales -tout comme ses nombreuses publications en attestent- en chirurgie orthopédique de l'enfant, et notamment en chirurgie du rachis. Le président du conseil de surveillance, le Directeur général, le Président de la CME, le Doyen, ont évidemment salué une carrière remarquable mais ont aussi été imprégnés dans leur discours du sens de l'humour du Pr Mouliès que chacun connaît. Alain Rodet rappelait ainsi quelques bons mots partagés avec lui dans notre hôpital, Hamid Siahmed lisait

des extraits à la saveur aujourd'hui particulière de courriers datés du début de sa carrière hospitalo-universitaire, tandis que les Pr Vergnenègre et Valleix soufflaient quelques anecdotes sur ses premiers pas à Limoges, où le Pr Mouliès est arrivé sur les conseils du Pr Colombeau... Le Pr Mouliès, armé d'une pile de feuilles pour faire redouter à l'assistance un discours fleuve, a lui aussi retracé son histoire professionnelle. S'il rappelait quel avait pourtant été le désarroi de sa mère lorsqu'il lui avait appris qu'il voulait être chirurgien pédiatrique, il transmet aussi pendant son élocution tout son engagement pour que le CHU de Limoges conforte son excellence. Le Pr Mouliès a quitté officiellement sa tenue de praticien, mais il continuera d'apporter son expertise au CHU de Limoges, puisqu'il est à présent en charge des relations avec la médecine de ville et des coopérations internationales. « Recyclé plutôt que retraité », donc, pour reprendre ses mots.

Nomination

Depuis le 1^{er} septembre 2013, le Pr François Vincent est nommé responsable du service d'explorations fonctionnelles physiologiques.



Certification HAS 2011 : levée des réserves et recommandations



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A l'issue de la démarche engagée après la visite de certification en 2011, l'HAS a décidé de lever l'ensemble des 8 réserves et 9 des 11 recommandations pesant sur notre CHU : 2 recommandations sont maintenues, mais le CHU ne s'était pas engagé à mener des actions dans le peu de temps imparti pour répondre au rapport de suivi pour ces 2 items.

Ce résultat est le fruit du mouvement collectif initié et des efforts engagés par chacun, et tout particulièrement de chaque pilote des actions menées pour améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients. Et à ce titre, nous ne pouvons que les féliciter du résultat obtenu en si peu de temps, et dans un contexte particulièrement difficile.

Fort de ce résultat, nous devons maintenant préparer l'avenir, et notamment la prochaine visite de certification qui interviendra à la fin de l'année 2014.

Le rapport complet est consultable sur hermès, en tapant « Certification HAS 2011 » dans la rubrique « Documentthèque », « Recherche par mot clef ».

Nouveau site d'information sur les médicaments



Le centre régional de pharmacovigilance, de pharmaco-épidémiologie et d'information sur les médicaments de Limoges vous informe de l'ouverture du site officiel d'information sur les médicaments à l'adresse suivante : medicaments.gouv.fr

Vous trouverez sur ce site toutes les informations sur un médicament donné (recherche en nom commercial ou en dénomination commune internationale) qui sont habituellement dispersées dans plusieurs sources d'information : indications, accès au RCP et à la notice, statut au regard de la commercialisation, prix et taux de remboursement, informations relatives à la sécurité d'emploi, évaluation de la HAS (SMR, ASMR). De nombreuses autres informations sur le médicament sont aussi disponibles.

Il s'agit d'un outil encore plus pertinent que le Vidal ou Hoptimal, qui ne contient que des informations officielles et indépendantes de l'industrie pharmaceutique.

Forte douleur dans la poitrine : faites le 15



A l'initiative de l'ARS du Limousin, et en collaboration avec la Fédération française de cardiologie, les cardiologues et les urgentistes du Limousin, une campagne d'information sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde est lancée

auprès du grand public et des professionnels de santé.

L'objectif de cette campagne est de sensibiliser les habitants de la région à appeler toujours et plus tôt le 15, afin d'améliorer encore le taux de survie de tous les patients atteints d'un infarctus du myocarde.

Une fiche technique destinée au médecin traitant leur rappelle la conduite à tenir face à un infarctus, que ce soit en termes de prévention, au moment de la crise et après dans le cadre du suivi du patient.

Remise de magazines "Le journal de Mickey"



Le 25 septembre dernier, la société Vinci autoroutes a remis 1 000 magazines "Le journal de Mickey" à l'association des Blouses roses, afin qu'ils puissent être distribués aux enfants hospitalisés et venant en consultations à l'hôpital de la mère et de l'enfant.

Coopérations internationales



Dans le cadre des conventions de coopérations internationales, le CHU a reçu 3 délégations étrangères, venues observer nos méthodes de soins et de gestion afin de les appliquer à leurs hôpitaux :

- du 2 au 14 septembre 2013, délégation de 2 chirurgiens chinois de Kun Ming sur l'axe robot chirurgical ❶ ;
- du 4 au 14 septembre 2013, délégation des hôpitaux de Duc Giang et Dong Da (Vietnam) sur l'axe management hospitalier et organisation des prises en charge ❷ ;
- le 8 octobre 2013, 6 socio esthéticiennes Ukrainiennes venues rechercher des pistes de réflexion pour la mise en place de soins de support dans leur hôpital ❸.

Vous pourrez retrouver un article complet sur les coopérations internationales dans le prochain Chorus (rubrique Mieux connaître »).

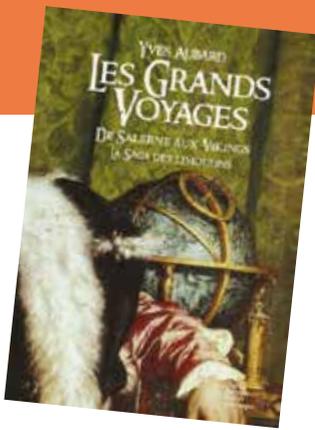
NOUVEL OUTIL DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES : LOGICIEL ENNOV-GDR



Dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue de la qualité, notre CHU se dote d'un nouvel outil de déclaration des

événements indésirables : le logiciel ENNOV-GDR. Ce système remplacera VIGILIM et permettra d'assurer une meilleure traçabilité des signalements et des actions correctives entreprises. Il offre d'importantes possibilités en matière de retour d'information et de suivi via des tableaux de synthèse. Pour tout complément d'information, contacter la coordination des vigilances et de la gestion des événements indésirables : Dr Laila Benmoussa (58064) - Ingrid Andrieux (52117).

Le tome 3 de la saga des Limousins par le Pr Yves Aubard



" Les grands voyages " est le troisième tome de " La saga des Limousins ". Il se déroule au début du XI^{ème} siècle, entre les années 1005 et 1010. Nos héros voyageront beaucoup dans ce volume, depuis le soleil de l'Italie où ils découvriront la première école de médecine laïque du monde chrétien, jusqu'aux glaces du grand nord où ils iront affronter les redoutables vikings. Leurs aventures seront multiples, tant sur terre que sur mer. Après avoir connu la prison, vécu l'enlèvement et livré moult combats, les enfants de Lou et Mathilde vont finalement trouver l'amour et convoler en justes noces. Ainsi les premiers petits enfants du Seigneur de Châlus vont-ils voir le jour...

<http://sagadeslimousins.com>



101 nouveaux soignants ont rejoint notre CHU

Le 16 juillet, la direction des soins organisait une journée d'accueil pour les nouveaux diplômés infirmiers (63) et aides-soignants (38) recrutés par notre CHU

Visite du directeur de l'hôpital de Seto (Japon)

Monsieur Sakai, directeur de l'hôpital de Seto (Japon) était présent à Limoges dans le cadre du partenariat entre la ville de Seto et la cité porcelainière. A cette occasion, il a visité notre CHU le 27 septembre 2013 avec une délégation japonaise.



DU d'éthique médicale à Limoges

Le diplôme universitaire d'éthique médicale est reconduit pour la 3^{ème} année à la Faculté de médecine de Limoges. Placé sous la responsabilité du Pr Vergnenègre, coordonné par le Dr Terrier, ce DU s'adresse à la fois aux médecins, aux internes, et à tous les professionnels paramédicaux de niveau bac +3. Sélectionnés après entretiens, les

participants suivront des cours théoriques, des conférences et des tables rondes animés par des professionnels du CHU de Limoges et d'autres horizons : Pr Emmanuel Hirsch, Pr Christian Hervé... Ce DU compte un total de 80 heures réparties sur 6 fois deux jours ou sur 12 jours de 6 à 8 heures de cours). Pour plus de précisions, appeler le 05 55 05 66 13 et demander le Dr Terrier.

Deux lauréats au prix Fondation MACSF

Le 1^{er} octobre, deux professionnels de notre CHU ont reçu un prix de la fondation MACSF, qui récompense les projets destinés à améliorer la relation soignant-soigné.

Les lauréats :

- Sophie Trarieux-Signol, ingénieur en recherche clinique, hématologie, 1^{er} prix catégorie cadres administratifs, techniques et directeurs pour « Les enjeux éthiques de l'information des patients sur les résultats globaux de recherche thérapeutique dans le service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire du CHU de Limoges. »

- Dr Frédérique Bocquentin, praticien hospitalier, néphrologie, 2^{ème} prix catégorie professions médicales pour « Place de l'éducation thérapeutique du patient en néphrologie, développement d'un programme en pré-transplantation rénale PREPACT (Programme Régional Educatif de Préparation et d'Accompagnement à la Transplantation). »

En savoir plus sur les prix fondation MACSF :

www.macsf.fr/nous-connaître/partenaire-professionnels-santé/fondation-entreprise-macsf.html



Grippe saisonnière : protégez vos patients, faites-vous vacciner

Comme chaque année, les vaccins contre la grippe saisonnière sont sûrs et efficaces, et votre vaccination le meilleur moyen de protéger aussi vos patients.

Vaccinations personnels CHU :

Dupuytren : du 4 au 8 novembre - salle 3, rez-de-chaussée
HME : 12 novembre de 12 à 17h et 13 novembre de 7h à 12h - salle 2, 3^{ème} étage

Jean Rebeyrol : 14 novembre de 7h à 15h - bureau de la médecine du travail

Ehpad Dr Chastaingt : 15 novembre 7h à 15h - bureau de la médecine du travail

Depuis le 25 octobre, la vaccination est aussi possible sans rendez-vous tous les jours de 8h30 à 17h au service de santé au travail, hôpital Le Cluzeau.



Inauguration du CRCM adultes



Le 23 septembre, le Centre de Ressource et de Compétences pour la Mucoviscidose (CRCM) adultes a été inauguré en présence des équipes médicale et soignante en charge de la mucoviscidose, de l'ARS et de l'association Emule. 60 patients, dont 20 adultes sont actuellement suivis pour la mucoviscidose en Limousin. Depuis l'ouverture du CRCM adultes au Cluzeau, environ 30 patients y ont été suivis. L'ouverture d'un centre adulte a été nécessaire en raison des progrès réalisés dans la prise en charge de la mucoviscidose et de l'allongement de l'espérance de vie des patients qui est passée de moins de 7 ans dans les années 70, à 47 ans aujourd'hui.

Les réformes des études paramédicales : une opportunité pour les personnels de santé

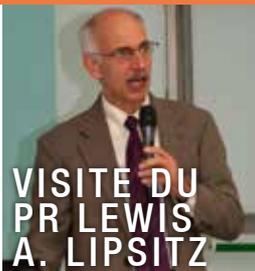


Le 10 octobre, au Lycée Renoir, la coordination générale des soins organisait un forum destiné aux personnels soignants, sur les réformes des études paramédicales. Le principal thème abordé a été les enjeux de l'universitarisation des études paramédicales qui a été illustré par des retours d'expérience.

Les coulisses du bâtiment



bâtiment biologie-santé du CHU et de l'université de Limoges comme lieu de visite.



VISITE DU PR LEWIS A. LIPSITZ

Le Pr Lewis A. Lipsitz, chef du département de médecine interne gériatrique du Beth Israel Deaconess Hospital à Boston, professeur de médecine interne gériatrique à la Harvard Medical School et président de l'institut de recherche sur le vieillissement de Boston, était présent à Limoges du 24 au 26 septembre. Le Pr Lipsitz à l'occasion de sa venue a organisé deux conférences : l'une scientifique, l'autre grand public. Sa visite à Limoges intervient à la demande du Pr Thierry Dantoine. Elle a pour but d'officialiser l'accompagnement de la chaire autonomie-santé sur la thématique « prévention de la rupture d'autonomie à domicile » de l'Université de Limoges dont il sera le parrain. L'équipe universitaire HAVAE (Handicap, Activité, Vieillesse, Autonomie, Environnement) est un acteur important de cette chaire et le CHU de Limoges un acteur majeur pour la recherche dans ce domaine. Un futur observatoire transatlantique de la rupture d'autonomie soutenu par l'ARS du Limousin sera également mis en place à cette occasion.

Vente de jacinthes

Le Lions club médico-social centre-ouest organise une vente de jacinthes au profit des associations Enfance et santé et Trait d'union, les 13 et 14 décembre à l'hôpital Dupuytren.



Exposition vente de bijoux et artisanat africains par l'association Femmes France Niger



FEMMES FRANCE-NIGER

4 et 5 décembre : hall d'accueil de l'hôpital de la mère et de l'enfant
11 et 13 décembre : hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren

MARCHE DE NOEL DE LA MAISON DES SOURIRES



16 et 20 décembre, hall d'accueil de l'hôpital de la mère et de l'enfant

AGENDA INSTITUTIONNEL

Novembre : Dialogues internes de gestion des pôles HU
07/11 : Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD)
12/11 : Commission Médicale d'Etablissement (CME)
14/11 : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)
22/11 : Conseil de communauté CHT
28/11 : COREBIOSP
09/12 : Commission Médicale d'Etablissement (CME)
11/12 : Conseil de la Vie Sociale (CVS)

JOURNEES DE LA SANTE

NOVEMBRE

Campagne nationale d'information et de recrutement sur le don d'ovocytes et le don de spermatozoïdes

06 : journée nationale contre l'herpès
14 : journée mondiale du diabète
14 : journée mondiale de la bronchopneumopathie chronique obstructive
15 au 19 : semaine urgence cancer
16 : journée européenne d'information sur les antibiotiques
17 : journée internationale de la prématurité
18 : journée nationale de la trisomie 21
18 : journée nationale de l'épilepsie
19 : journée mondiale contre la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)
25 - 29 : semaine de la sécurité des patients

DECEMBRE

01 : journée mondiale de lutte contre le sida
03 : journée internationale des personnes handicapées
05 - 06 : journée nationale de l'Hospitalisation A Domicile (HAD)
10 - 16 : semaine alimentation santé
12 : journée nationale de lutte contre l'hypertension



« La stratégie globale doit rester un continuum »



La presse généraliste en rêve : à l'occasion d'une succession, interviewer en même temps un président ayant terminé son mandat et son successeur. Chorus a réuni début septembre le Pr Mouliès, président de notre CME d'octobre 2009 à septembre 2013, et le Pr Vergnenègre, élu et en responsabilité dans cette fonction depuis le 1^{er} septembre jusqu'en janvier 2015. Une interview qui dresse un bilan et trace les perspectives de cette instance, sans langue de bois mais avec optimisme.

Pr Mouliès, comment êtes-vous entré dans cet habit particulier de Président de la CME ?

C'est un exercice un peu particulier, il n'y a pas d'essai ni de prise de mesure. Pour ma part, j'ai eu la chance d'être adoubé par le Pr Bernard Descottes, PCME historique de notre CHU, qui avait inventé le poste de « vice-président » élu lors de son précédent mandat. C'est ainsi qu'il m'a montré comment pouvait s'exercer cette fonction, avant que je prenne sa succession. J'avais pris conscience des difficultés et surtout du déficit collectif de notre maison, en particulier sur le plan organisationnel, mais à l'époque la loi HPST n'avait pas apporté son lot de directives. J'avais alors simplement l'intention d'afficher une grande proximité avec mes collègues et de ne pas trop chercher à imiter mon prédécesseur mais plutôt à m'adapter à des situations nouvelles qui étaient prévisibles.

Vous avez récemment terminé votre mandat : quel bilan dressez-vous ?

Ces quelques années ont été marquées par un changement considérable qui nous a été imposé par le Ministère et la hiérarchie, conséquence de la nécessité de répondre aux critères nouveaux de qualité et d'organisation des pratiques. La fonction a donc été très différente de celle que j'avais pu partager avec Bernard Descottes et, par bonheur, j'ai pu recréer un climat de compagnonnage avec Alain Vergnenègre qui a pris en charge la représentation de notre CHU à la Conférence des Présidents de CME. Ceci m'a donné beaucoup plus de disponibilités localement et a permis à Limoges d'être présent sur la scène nationale puisque Alain est devenu Secrétaire adjoint de la Conférence. Dans cette période, toute la communauté médicale qui avait jusqu'alors progressé dans sa discipline, a dû répondre à de nouvelles exigences et en par-

ticulier des réformes structurales profondes telles que la création des pôles, au risque de perdre la notion de service. Ainsi, les projets médicaux de chacun que j'avais recueillis avec Bernard Eichler pendant le mandat précédent, les problématiques de chaque service risquaient de passer au second plan dans cette période de transition. Je garde le souvenir d'avoir été contraint par l'extérieur et d'avoir du mal à mettre en place les réformes internes et pragmatiques de chaque service. Mais, la réalité m'a montré la capacité d'adaptation de tous les collègues à ces réformes et l'apaisement est revenu. Je garde donc de ce mandat l'impression d'une proximité indispensable avec chaque équipe, chaque chef de service et chaque acteur de soins ainsi que l'équipe de direction.

Pr Vergnenègre, vous partagez cette analyse ?

Je partage cette analyse car, dans les dernières années, les procédures se sont multipliées alors que nous rentrions dans un creux démographique sur le plan médical. Ceci a entraîné une certaine démobilité au sein même des commissions de la CME. Nos collègues se sont recentrés sur leurs fonctions de soins. Il est important qu'une certaine continuité existe en ce qui concerne la présidence de la CME. J'ai eu la chance de pouvoir exercer des fonctions de vice-président universitaire, temps pendant lequel une transmission d'information régulière a été réalisée par le Professeur Mouliès. Le travail du PCME, c'est bien sûr de participer au projet médical et au projet soignant de l'établissement. C'est également de combler les incompréhensions ou les fossés qui peuvent se créer entre les différents acteurs. Certaines dispositions réglementaires à venir vont réaffirmer la place de la commission médicale concernant des domaines qui lui étaient antérieurement attribués sans gommer le volet de la qualité. Chaque



Pr Dominique Mouliès

« La tache du PCME est indispensable pour que le dialogue ne s'éteigne jamais. »



Président de CME à sa vision particulière, même si l'on comprend que la stratégie globale doit rester un continuum. Garder une activité clinique permet également de mieux comprendre le fonctionnement de l'hôpital tout en recherchant un rapprochement et des actions communes entre le corps médical et les équipes de direction.

Les relations entre la direction générale, les directions fonctionnelles, et le corps médical et ses représentants ont-elles changé ?

Pr Mouliès : Il y a eu une grande évolution. Avant, les deux mondes ne se rencontraient pas. La direction générale était loin du quotidien de chacun et participait activement à la gestion financière et beaucoup moins à l'organisationnel, les projets médicaux, la recherche... Depuis 5 ans, et en application de la loi HPST nous travaillons ensemble. On se voit plus, et plus on avance dans le temps plus le caractère « officiel » de notre administration nous pénètre dans notre quotidien et nos projets cliniques. Le fossé lié à la formation et aux clichés véhiculés dans les écoles et facultés, des deux cotés, se comble. Même s'il y aura toujours deux corps de métiers différents et complémentaires, il faut lever les a priori. La tache du PCME est indispensable pour que le dialogue ne s'éteigne jamais. Il doit créer le pont pour expliquer la chose médicale à ceux qui n'ont pas eu la formation mais aussi la réforme ou l'économie aux médecins. Le PCME est avocat de l'un et modérateur de l'autre. Le binôme PCME/DG doit fonctionner et s'accorder avec le Doyen. Les hommes doivent se connaître s'apprécier et s'estimer.

Pr Vergnenègre : La profession médicale a évolué. On ne pilote pas un hôpital s'il y a une opposition entre le DG et le PCME. Ce duo est en fait un trio puisqu'en hôpital universitaire, le Doyen est associé à toutes les décisions.

Comment voyez-vous évoluer la CME ? Existe-t-il une « CME idéale » ?

Pr Vergnenègre : La CME doit évoluer en fonction des nouvelles prérogatives qui lui seront dévolues. Les profils des responsables de service et des chefs de pôle ont changé et certains acceptent de prendre à nouveau des responsabilités.

Dans l'attente des modifications de sa composition et de ses prérogatives, la CME reste l'organisme d'information du corps médical, mais elle doit également donner son avis sur de nombreux sujets, comme la politique de l'établissement, qu'elle soit financière ou stratégique, ou la politique médicale tant sur les projets que sur les recrutements. Ceci permettra de rapprocher certains médecins de cette instance et leur participation rendra les sessions de cette commission plus vivantes.

A l'avenir, nous essayerons d'organiser des présentations courtes pour laisser une large place à la discussion. La CME n'est pas uniquement la commission plénière avec ses membres, ce sont toutes les autres sous-commissions qui doivent être opérationnelles et faire appel à toutes les personnes concernées par

le thème à traiter.

Pr Mouliès : Il y a 20 ou 30 ans, la CME était très active et participait, tel un parlement, à l'écriture et au vote des réformes, au choix de l'établissement et au fonctionnement même des services, ainsi qu'au recrutement. Elle votait dans une dynamique d'expression et parfois de conflits. Après la réforme, pendant mon mandat je n'ai pas été satisfait du manque d'enthousiasme, et de la chaise vide parfois pratiquée par certains membres déçus du rôle restreint que la nouvelle loi lui accordait. Les membres élus ont continué à être informés mais ne se sont plus sentis concernés puisqu'ils ne participaient que très peu à des votes. La réforme mettait en avant la qualité et n'a pas créé un véritable mouvement de foules. La CME a perdu de son « piquant ». L'idée d'accepter qu'il y avait un seul « patron » dans l'hôpital, comme l'avait souhaité le Président de la République, pouvait être acceptée, mais la déclinaison en pôles et la volonté du moins au début, de diminuer le rôle des chefs de service, a certainement participé à cette démobilisation. Ce n'est que plus récemment que la prise de conscience collective est venue réanimer la CME. Elle va être décorsetée et revenir en selle avec les réformes en cours. Ce lieu d'information reste unique dans notre CHU et le Professeur Vergnenègre va pouvoir enfin accélérer ce mouvement de participation.

Pr Vergnenègre, quels seront les 100 premiers jours de votre présidence ?

Il n'y a pas de 100 premiers jours, du fait de mon ancienne fonction de vice-président universitaire. J'étais au courant des dossiers par l'intermédiaire du professeur Dominique Mouliès. Il existe des thèmes importants à traiter à court terme et à moyen terme. Sans qu'il y ait de hiérarchie, on peut citer : la réorganisation des pôles, l'application du projet d'établissement, mais ce qui me tient le plus à cœur, ce sont les





Pr Alain Vergnenègre

« Il est important qu'une certaine continuité existe en ce qui concerne la présidence de la CME. »



points forts de notre CHU : savoir-faire et faire-savoir n'ont jamais été ses forces. Il faut bien se faire connaître et connaître la population de son territoire de santé. Celle-ci est très attachée à sa médecine de proximité. A part certaines activités de recours, les patients de notre région ne souhaitent pas faire de nombreux kilomètres pour leur prise en charge. Nous subissons également les contraintes démographiques et nous allons devoir nous réorganiser pour passer les années creuses jusqu'en 2020.

La communauté hospitalière de territoire nécessite également que l'on s'organise avec les centres hospitaliers pour assurer une bonne coordination et une excellente permanence des soins au niveau départemental et régional. Ceci passera par la définition des parcours de soins. On peut citer, par exemple, le parcours de soins des personnes âgées.

La prochaine loi de santé publique doit instaurer un service public de santé territorial. Notre établissement a tout intérêt à avoir organisé les parcours de soins et réorganiser les pôles. Toutes les difficultés ne pourront pas être résolues. Il est important de se recentrer sur le patient en identifiant toutes les phases de sa prise en charge, tous les obstacles qu'il est important de lever. Nous travaillons donc en priorité sur ces thèmes de façon à faciliter le chemin clinique de la gestion des flux des patients.

Pr Mouliès, votre avis sur l'avenir ?

On s'est plié à la réforme imposée, maintenant il faut poursuivre la modernisation des organisations et la création du parcours de soins, mais surtout faire le point sur les avantages et les inconvénients de nos structures. Tout doit contribuer à faciliter le soin et reconnaître la valeur des soignants et ne pas séparer, comme dans une entreprise, les corps de métiers. La seule crainte que l'on puisse avoir concerne le recrutement car un hôpital ne vit que par la continuité de la qualité de ses médecins. Le concept de concurrence et le mélange quantité-qualité reste acrobatique pour un CHU. Il y aura certainement des choix à faire en fonction des capacités matérielles dont l'établissement pourra disposer et le rôle régional que notre tutelle voudra lui accorder. Mais j'ai confiance en mes collègues seniors qui ont tous une place dans leur spécialité au niveau national pour recruter des « élèves » avec du talent et les fidéliser dans leurs équipes. ■

Pr Alain Vergnenègre



1980 : Interne (CHU Limoges)
1986 : Chef de clinique (CHU Limoges)
1989 : Chef de service (CH Brive)
1991 : PH, responsable de l'unité fonctionnelle d'information médicale (CHU Limoges)
1993 : MCU-PH (CHU Limoges)
1997 : PU-PH (CHU Limoges)
1999 : Chef de service du SIME (CHU Limoges)
2011 : Chef du pôle santé publique - Vice Président de la CME (CHU Limoges)
2012 : Secrétaire adjoint de la Conférence nationale des Présidents de CME de CHU
2013 : Président de la CME (CHU Limoges)

Pr Dominique Mouliès



1972 : Interne (CHU Limoges)
1984 : PH (CHU Limoges)
1990 : PU-PH (CHU Limoges)
2002 : Chef de service de chirurgie pédiatrique (CHU Limoges)
2006 : 2^{ème} vice-président de la CME (CHU Limoges)
2007 : Chef du pôle mère-enfant (CHU Limoges)
2009 : Président de la CME (CHU Limoges)



« Le soin, c'est aussi l'attention qui va être donnée à l'autre »

Valérie Delaïde est cadre de santé à l'EHPAD Dr Chastaingt, à la fois sur les secteurs d'EHPAD et sur l'unité de vie protégée qui accueille des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. Elle nous apporte une autre vision du soin ...

Qu'est-ce qui est différent en gériatrie ?

Dans l'unité de vie protégée règne une ambiance très conviviale et familiale. Le fait d'avoir des résidents qui ont la même pathologie et les mêmes symptômes : la confusion, la désorientation dans le temps et dans l'espace, l'anxiété... nous a permis de réfléchir, en équipe, sur une prise en charge la plus adaptée à leurs besoins. Dans les autres secteurs, on reçoit des gens qui ont des polyopathologies : des démences, mais aussi une perte d'autonomie. D'une chambre à l'autre, on va avoir des prises en soins complètement différentes. Dans certains cas, il faudra du temps relationnel, discuter avec la personne, la rassurer, et pour d'autres, on va complètement les suppléer dans les gestes de la vie quotidienne. Ça demande une « gymnastique » permanente des équipes pour s'adapter au profil de chaque personne. En gériatrie, on est dans des situations qui peuvent à tous moments nous déstabiliser, parce que des choses que l'on croit maîtriser ne se passent pas comme on l'avait prévu.

Quel est votre rôle en tant que cadre ?

Les équipes traversent des périodes plus ou moins difficiles. Elles peuvent accompagner 2 ou 3 personnes en fin de vie et en parallèle accueillir une personne qui, elle, a un espoir de développer un projet de vie pour les quelques années qui lui restent. Ce n'est pas évident de passer d'une situation à l'autre. Ce qui est difficile, aussi, c'est l'accompagnement des familles. Le fait de passer le relais à des équipes pour prendre soins de leur proche se passe souvent dans la douleur et les équipes absorbent beaucoup de ces souffrances. En tant que cadre, j'ai un rôle de proximité, je suis là pour soutenir ces familles et ces équipes et les aider à donner du sens à leur travail.

La gériatrie est un secteur qui attire peu, pourquoi selon vous ?

Je crois que c'est très mal connu. Aujourd'hui, les nouveaux diplômés ont envie d'aller vers des secteurs techniques : effet de certaines séries télé qui idéalisent le métier et qui le concentrent sur certaines filières. Il est vrai qu'un infirmier en gériatrie fera moins de gestes techniques, mais il fera d'autres choses : des projets de vie, des projets de soins, développer le côté relationnel, la relation d'aide dans l'acceptation de certains

deuils ou la dépendance... C'est un rôle qui est complètement différent. Le métier d'infirmier, ce n'est pas que des injections et des perfusions. Il y a toute la dimension relationnelle qui est importante. Le soin, c'est aussi l'attention qui va être donnée à l'autre : lui faire plaisir, répondre à un besoin...



Que pensez-vous de ces « idées reçues » ?

Venir travailler en gériatrie, ça ne s'invente pas. Il faut y venir motivé et savoir pourquoi on est là. On entend souvent dire que Chastaingt c'est « le mouvoir ». Ça me fait beaucoup de peine d'entendre ça, car je connais le travail que font les équipes pour sortir de cette image. C'est vrai qu'on fait de l'accompagnement de fin de vie, mais les équipes travaillent aussi pour que les personnes aient un projet de vie avec des animations, des ateliers de cuisine, des sorties à l'extérieur, pour que Chastaingt ne soit pas une prison dans laquelle on les enferme jusqu'à leur dernier souffle. Souvent quand les agents ont été affectés ici, au bout d'un ou deux mois, ils disent : « je suis très agréablement surpris ». Les soignants trouvent un intérêt à travailler en gériatrie. Comme c'est moins médicalisé, les aides-soignants et les infirmiers ont beaucoup d'autonomie et les prises d'initiatives sont plus régulières.

« Les soignants trouvent un intérêt à travailler en gériatrie. »

Le passage en EHPAD, qu'est-ce que ça a changé dans le quotidien ?

Il a fallu changer les mentalités. Le côté sanitaire s'est estompé au profit de l'approche sociale. La place du résident est différente. Il est remis au centre des préoccupations, et son avis est prioritaire avant toute décision.

Preuve que la gériatrie n'est pas un frein à l'épanouissement professionnel, vous menez un projet de recherche paramédicale...

J'ai eu l'opportunité de monter un protocole de recherche. C'est une étude sur la préservation des pratiques* dans l'alimentation, chez le sujet présentant une maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Il consiste à réfléchir sur l'assiette institutionnelle proposée aux résidents et qui pourrait éventuellement les perturber. Ce qui est important c'est de vivre à travers des projets qui sortent du quotidien... La gériatrie nous offre cette opportunité. ■

Valérie Delaïde



1991 - 2001 : infirmière en CTCV (CHU Limoges)
2001 - 2002 : institut de formation des cadres de santé (CHU Limoges)
depuis 2002 : cadre de santé à l'EHPAD Dr Chastaingt

INCREASE

INTERNATIONAL COORDINATION STRUCTURE
FOR RESEARCH PROJECTS

NOUVELLE STRUCTURE DE RECHERCHE AU CHU DE LIMOGES



L'équipe d'Increase (de gauche à droite) : Julia Gagnevin, Jérôme Tanty, Christelle Parrat, Nadège Baudoin, Sarah Demay, Dr Bruno François, Elodie Pfender



L'inauguration d'Increase, en présence de (de gauche à droite) Pr Pierre Marquet, vice-président recherche du directoire du CHU, Pierre Lanfranca, vice-président du conseil de surveillance du CHU, Hamid Siahmed, directeur général du CHU, Philippe Calmette, directeur général de l'ARS, Jean-Paul Denanot, président du Conseil régional du Limousin, Dr Bruno François, médecin coordonnateur de l'Increase, Jean-Luc Duroux, doyen de la faculté de pharmacie de Limoges

Une nouvelle structure de recherche a été inaugurée le 1^{er} octobre 2013 au CHU de Limoges : il s'agit d'Increase (international coordination structure for research projects), qui a pour vocation de coordonner des projets s'inscrivant dans une dynamique internationale de recherche en santé.

Increase héberge actuellement l'équipe coordinatrice des essais cliniques du projet européen COMBACTE (Combating Bacterial Resistance in Europe), lauréat du 6^{ème} appel d'offres de l'IMI (Innovative Medicines Initiative). Le but d'IMI est de proposer une approche coordonnée pour favoriser le développement de traitements plus sûrs et efficaces pour les patients en encourageant les collaborations entre divers intervenants (les partenaires académiques et industriels, les autorités publiques ou les associations de patients) et en augmentant la compétitivité européenne. En 2011, dans son plan d'action contre les menaces croissantes de la résistance antimicrobienne, la Commission européenne a appelé à une « recherche collaborative sans précédent et à un effort de développement de nouveaux antibiotiques » avec, entre autres, le lancement du 6^{ème} appel d'offres de l'IMI en mai 2012 dans le cadre du programme intitulé « New Drugs For Bad Bugs ». Dans une logique fonctionnelle, le bâtiment est situé à proximité de l'hôpital Dupuytren, à côté du Centre d'Investigation Clinique (CIC) et des locaux réservés aux équipes de l'Accompagnement de la Recherche Clinique Hospitalière (ARCH). En effet, Increase vient s'adosser à ces structures institutionnelles existantes dont les missions sont respectivement axées autour de tous les aspects liés à l'investigation et aux

demandes de prestations en recherche clinique, en apportant une compétence supplémentaire de coordination et d'animation de projets et de programmes de dimension nationale et surtout internationale. Increase a pour ambition de poursuivre son développement à court et moyen terme, en accueillant d'autres coordinations de programmes internationaux portés par des équipes du site hospitalo-universitaire dans le domaine de la recherche en santé. Cette nouvelle structure illustre la volonté du CHU de Limoges de poursuivre son engagement à développer une recherche d'excellence, déjà reconnue par les labellisations obtenues par ses équipes ces dernières années, et affirmée par le projet hospitalo-universitaire de création d'un bâtiment biologie santé dont la réception des travaux est prévue au printemps 2014. Hamid Siahmed, Directeur général du CHU de Limoges, Pierre Lanfranca, Vice-président du conseil de surveillance du CHU, le Pr Alain Vergnenègre, Président de la CME, Jean-Luc Duroux, doyen de la faculté de pharmacie de Limoges, le Pr Pierre Marquet Vice-président recherche du directoire du CHU de Limoges, Jean-Paul Denanot, Président du Conseil régional du Limousin, Philippe Calmette, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Limousin, ont profité de l'événement pour saluer le travail du Dr Bruno François et de l'équipe d'Increase. ■

LA CELLULE D'ORDONNANCEMENT ET DE GESTION DES FLUX : nouveau, incontournable



Christine Pailler, infirmière, et Sylviane Roche, cadre supérieur de santé

Le 27 avril dernier, la ministre de la santé annonçait qu'elle lançait « un plan de création de services de gestion de lits d'aval » dans 150 hôpitaux, s'inspirant du concept de bed-manager anglo-saxon. Ce dispositif est en phase d'expérimentation au CHU de Limoges depuis début octobre. Il intéressera d'abord la filière chirurgie du pôle viscéral et orthopédie puis se généralisera au fil des mois dans tout l'établissement.

La cellule d'ordonnancement et de gestion des flux poursuit deux objectifs prioritaires. Il s'agit de fluidifier les parcours patients dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées et d'optimiser l'occupation des lits. Elle est placée sous l'autorité conjointe de la Direction générale et de la présidence de la CME.

Des pré-requis organisationnels

Lors de la présentation du projet à la CME de septembre, les pré-requis à la réussite de ce dispositif ont été rappelés.

La préparation anticipée des sorties avant 12h, la généralisation des salons de sortie, l'élaboration des chemins cliniques par pathologie et par service permettant d'évaluer et de noter les durées prévisionnelles d'hospitalisation et la mise en place d'un « infirmier organisateur de sortie » dans le service des urgences.

La cellule doit s'appuyer aussi sur un système d'information performant permettant la saisie des informations en temps réel et un retour des informations vers les services pour une vision globale à chaque instant de la capacité d'accueil de l'hôpital.

Autre pré-requis : les interfaces avec tous les acteurs de la programmation, de l'entrée à la sortie, sont organisées.

Les référents médicaux et d'encadrement des services ou des pôles doivent être définis et connus de la cellule

Enfin, la programmation des lits d'aval doit être enclenchée à partir des facteurs de précarité repérés en amont de l'hospitalisation pour les hospitalisations programmées, et dès le premier jour d'hospitalisa-

tion dans tous les autres cas. L'articulation avec le service social est indissociable d'une prise en charge optimisée.

Sylviane Roche, cadre supérieur de santé en charge de cette nouvelle cellule de gestion souligne que « *Ce nouveau dispositif ne pourra faciliter l'hébergement des patients et améliorer les conditions d'exercice des équipes médicales et soignantes sans une adhésion et une implication forte de tous les acteurs concernés à ce projet transversal* »

Les principes de fonctionnement

Toutes les demandes d'hospitalisations sont gérées par cette cellule impliquant des interfaces entre les différents secrétariats, les personnes ressources identifiées au sein des services (binôme médecin et cadre) et la cellule d'ordonnancement. Cela signifie que des organisations permanentes sont mises en place à 3 niveaux :

- avec les services de soins,
- avec le service des urgences,
- avec les médecins traitants pour la réservation directe des lits.

A noter que la cellule assure aussi la gestion des lits lors des plans catastrophes durant les heures d'ouverture.

Les indicateurs

- Exemples de critères prédéfinis qui seront mesurés :
- le taux d'occupation journalier des lits,
 - le délai d'attente aux urgences,
 - le taux de déprogrammation faute de place disponible à J0,
 - le taux d'hospitalisations inadéquates. ■

Equipes, locaux et moyens techniques

La cellule doit intégrer dans un premier temps un cadre supérieur de santé, deux infirmières, une assistante sociale et un médecin référent.

La gestion des flux s'appuie sur un système d'information interne pour traiter les demandes en provenance des services de soins et des urgences.

La cellule dispose de locaux dédiés situés au 1^{er} niveau du hall d'accueil de Dupuytren, à côté de la salle 2. Son ouverture est prévue de 8h30 à 18h du lundi au vendredi. Elle est joignable en composant le 58936.



Le Dr Nicolas Pichon et le Pr Marie Essig

Prélèvements rénaux : des équipes à l'investissement exemplaire

Le 17 octobre avait lieu la Journée mondiale du don d'organes et de la greffe. Notre CHU a profité de cette exposition médiatique pour saluer ses équipes préleveuses de rein. Elles sont, en France, celles qui réalisent le plus grand nombre de prélèvement par million d'habitants sur leur région. Un dynamisme qui profite bien au-delà du Limousin à des milliers de patients ayant besoin d'une greffe.

Le constat est alarmiste : des milliers de patients subissent l'angoisse de l'attente d'une greffe rénale. Cette situation en partie due à un déficit d'information du grand public sur le don d'organes, est aussi liée à la trop faible activité de prélèvements rénaux en France. Pour ces raisons, en parallèle des actions de promotion du don d'organes, le CHU de Limoges met aujourd'hui à l'honneur ses équipes très impliquées dans le prélèvement rénal, et dont l'activité les distingue. Avec un peu plus de 48 prélèvements par million d'habitants, le Limousin est la région de France qui a le plus fort taux de personnes prélevées au regard de sa population. Un résultat obtenu grâce à une volonté particulière de ses équipes de s'impliquer dans la promotion du don, et dans la mise en place des organisations logistiques complexes mais indispensables à cette activité. En effet, le prélèvement des organes est un acte chirurgical effectué au bloc opératoire, dans les mêmes conditions et avec le même soin que pour une personne en vie... mais dans un temps contraint entre le moment où l'organe est prélevé et le moment où il est greffé. La logistique nécessaire à la mise en place d'une activité de prélèvement d'organes est considérable au sein d'un hôpital et nécessite la motivation de tous. Bien sûr, le refroidissement du greffon réduit très nettement le métabolisme... mais il ne l'arrête pas totalement. Le temps d'ischémie froide supportée par des reins est compris entre 24 et 72h, mais la récupération sera d'autant meilleure que ce temps d'ischémie froide est court.

Le Dr Nicolas Pichon, responsable de la Coordination Hospitalière de Prélèvements d'Organes et de Tissus (CHPOT) au CHU de Limoges se réjouit surtout de ce que permettent ces prélèvements : « En 2011 et 2012, 110 greffons rénaux prélevés localement sur donneur décédé à cœur battant ont pu être greffés à

travers la France entière. 65 % des greffons prélevés ont permis des greffes dans d'autres régions (28 en Midi-Pyrénées, 18 en Ile de France, 14 en Aquitaine et 11 dans d'autres régions) et 35 % en Limousin. » Le service de néphrologie dont le Pr Marie-Essig est responsable de service est celui qui effectue les greffes au CHU de Limoges. Elle rend elle aussi hommage au travail des équipes qui prélèvent : « C'est simple, si le taux de prélèvement de reins était équivalent à celui du Limousin dans toutes les régions, le temps d'attente avant une greffe serait largement diminué et la capacité de greffe en France* serait quasiment doublée. Si l'ensemble des régions françaises prélevait 48 donneurs par million d'habitants, ce sont près de 3 000 personnes de plus par an qui pourraient bénéficier d'une greffe rénale ! »

Il reste pourtant beaucoup à faire pour promouvoir le don d'organes. En Limousin comme partout en France. C'est pour cette raison qu'en parallèle des actions d'information classiques menées par l'Agence de la biomédecine à travers tout le territoire, le CHU de Limoges s'emploie à créer des formats originaux pour promouvoir le don d'organes et donc le prélèvement de cette ressource indispensable mais tellement rare que représente un greffon : une exposition vente au profit d'association pour le don avec des artistes contemporains venus de toute la France réunis par Anne Valérie Paris Gallery en 2012, des stands avec posters et plaquettes adaptés pour des actions de sensibilisation en milieu étudiant en 2013, une action spécifique d'information auprès des jeunes des maisons de quartier de l'agglomération en 2013, des actions annuelles d'information des plus jeunes dans les collèges et lycées de la région, une action de promotion auprès de l'école de rugby de la ville en 2013... ■

*Données France 2012

- ▶ plus de 12 000 personnes ont attendu une greffe de rein
- ▶ le temps médian d'attente pour une greffe rénale est de 23,2 mois
- ▶ 3 044 greffes rénales ont été réalisées

La qualité et la gestion des risques au cœur de notre projet d'établissement

La gestion documentaire, un besoin évident

Avec la levée des réserves et des recommandations à l'issue du dernier rapport de suivi (V2010), les équipes du CHU de Limoges ont apporté la démonstration que les efforts réalisés en peu de temps ont permis de rattraper une partie du retard accumulé sur plusieurs années. Toutefois, avec la nouvelle procédure de certification qui s'annonce, avec la déjà fameuse V2014, et dont les modalités précises ne sont pas encore toutes connues, il est primordial de tout mettre en œuvre pour capitaliser sur les actions menées par chacun.

C'est dans cette optique que la PAQSS a été récemment actualisée et validée lors du dernier Conseil stratégique de la qualité. Un des objectifs poursuivis a été d'adapter la politique qualité de l'établissement aux spécificités qui sont les siennes tout en apportant des réponses aux faiblesses déjà identifiées lors de la précédente visite de certification.

C'est pour cette raison que si des actions déjà engagées depuis quelques mois vont être amplifiées. Notamment :

- le déploiement de la politique de gestion documentaire par la mise en service d'un outil informatique dédié
- la finalisation de l'informatisation du circuit du médicament et plus généralement de la prescription médicale
- la cartographie des activités dites à risques
- l'actualisation et la mise en œuvre de notre politique d'identité-vigilance
- l'information délivrée et donnée aux patients

D'autres actions vont être initiées en cohérence avec des démarches conduites par ailleurs :

- la définition et la mise en œuvre d'une politique de développement durable
- une place croissante accordée aux usagers dans la définition et le pilotage de notre politique qualité
- la mise en place d'un dossier patient informatisé, articulé avec le dossier patient unique et le dossier pharmaceutique, pour lequel le CHU s'est porté candidat pour être centre expérimentateur
- la définition d'une politique de formation cohérente avec les orientations nationales sur le DPC, et s'appuyant sur les travaux conduits par le collège des EPP
- la certification des comptes, qui devra s'appuyer

sur la politique de gestion documentaire.

Une politique qualité permanente

Plus généralement, c'est le management de notre politique qualité qui a été repensé avec pour objectif de faire en sorte que la mise en œuvre des actions qui en découlent devienne une préoccupation quotidienne et non quadriennale en fonction du calendrier des visites de certification. A cet égard, l'ensemble des démarches liées de près ou de loin à la PAQSS aussi leur mode de fonctionnement évoluer dans la même direction. Il en va ainsi par exemple du Contrat de Bon Usage du médicament (CEBUS), dont l'évaluation sera calée sur l'exercice budgétaire et tiendra davantage compte des résultats de notre établissement en matière de politique qualité. Ainsi, la bonne tenue du dossier patient sera un des critères pouvant déterminer, à termes, si nous serons remboursés ou pas en totalité du coût des médicaments prescrits pour la prise en charge de nos patients.

Aussi, et afin de favoriser la mise en place de cette dynamique interne, des auto-évaluations seront régulièrement conduites en interne, afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre des actions issues de notre politique qualité. Ces auto-évaluations feront l'objet d'une information régulière aux différentes instances du CHU, afin de sensibiliser chacun sur les enjeux qui découlent de notre politique qualité. Chorus s'en fera naturellement régulièrement l'écho, tandis que les principaux chantiers qui vont être mis en œuvre feront l'objet d'informations ou de dossiers réguliers. Il en sera ainsi du prochain numéro, où un focus particulier sera fait sur la mise en œuvre de notre politique de gestion documentaire, en lien avec la fin du déploiement de notre outil informatique dédié. ■



Première en région sud-ouest : prélèvement rénal robot assisté sur donneur vivant

Une équipe du CHU de Limoges a réalisé deux prélèvements rénaux sur donneurs vivants avec l'aide du robot chirurgical Da Vinci. Une chirurgie robot assistée qui permet un acte moins invasif et plus sûr que les classiques prélèvements sous cœlioscopie.

On peut vivre de façon tout à fait normale avec un seul rein

Une personne vivante en bonne santé peut donc se porter volontaire pour donner un rein à un proche, dans les conditions définies par la loi française. C'est la greffe à partir de donneurs vivants. En France, le don du vivant augmente progressivement depuis le début des années 2000 mais il reste modeste. Il a représenté 9,8 % des greffes de reins en 2010. Source : Agence de biomédecine

Le CHU de Limoges a été un des tous premiers établissements français à acquérir un robot chirurgical, et encore le premier à accueillir la dernière génération du robot Da Vinci avec double console. Un investissement qui a déjà permis à ses équipes de chirurgie cardiaque et pédiatrique de réaliser des interventions jamais réalisées auparavant en France. Une chirurgie qui permet des actes mini-invasifs, plus sûrs et permettant des suites opératoires moins complexes pour les patients. C'est à présent ses équipes d'urologie, représentées par le Pr Aurélien Descazeaud qui viennent d'innover grâce à cet équipement : à deux reprises, elles viennent de prélever un rein sur donneur vivant. Deux patients qui bénéficient aujourd'hui d'un suivi classique. Le bénéfice par rapport à une intervention sous cœlioscopie est précisé par le Pr Descazeaud : « Cette technique permet d'abord d'être beaucoup moins invasif. Les incisions nécessaires sont environ trois fois moins importantes (seulement 7 cm avec l'assistance robotisée). La dextérité du chirurgien est encore augmentée par le robot et offre une plus grande sécurité pour préserver le rein prélevé. »

« La greffe rénale a besoin des donneurs vivants »

L'agence de la biomédecine le rappelle régulièrement : de plus en plus de malades attendent une greffe de rein. Dans cette situation, toutes les sources de greffons sont importantes et doivent être développées. Par ailleurs, toutes les données disponibles montrent que le don du vivant est une possibilité efficace pour le malade et sûre pour le donneur.

Le prélèvement sur donneur vivant présente de nombreux avantages. L'accès à la greffe s'effectue dans des délais contrôlables et nécessite peu, voire pas, de passage par la dialyse (greffe préemptive). Par ailleurs, la greffe est réalisée dans les meilleures conditions possibles avec un greffon qui fonctionne bien et longtemps, retrouvant très vite ses capacités d'épuration et favorisant de bons résultats à long terme. ■

Un chiffre

75 %

des greffons prélevés sur donneur vivant sont encore fonctionnels 10 ans après la greffe



Création d'un Espace de Réflexion Ethique du Limousin (Erelim)

Le CHU de Limoges, l'Université de Limoges, la FHF, la FHP, la Fehap, la Fnehad, la Fegapei, l'URIOPSS Auvergne-Limousin et l'URPS ont signé le 2 septembre une convention constitutive portant création de l'Espace de Réflexion Ethique du Limousin (Erelim). Un espace qui a vocation à susciter et à coordonner les initiatives en matière d'éthique dans les domaines des sciences de la vie et de la santé.

Nous vivons dans un monde en perpétuelle évolution, dominé par le principe d'incertitude. La première est, en amont, sur ce qu'est l'être humain en tant qu'individu ou espèce. La seconde est, en aval, sur les effets des interventions rendues possibles par les progrès des sciences biomédicales. L'interrogation éthique amène essentiellement à se demander si de telles nouvelles prouesses médicales sont bonnes pour l'homme comme individu, bonnes pour la société... C'est à ces questions que se confrontent au quotidien les professionnels de santé qui interviennent avec dévouement auprès des patients et résidents que nos institutions qu'elles soient sanitaires ou médico-sociales, publiques ou privées, hospitalières ou ambulatoires prennent en charge.

Il s'agit ici avec la mise en œuvre d'un Espace de Réflexion Ethique Régional en Limousin d'apporter la meilleure réponse possible aux questionnements des professionnels mais aussi des citoyens en organisant dans un lieu privilégié, ouvert, où la pluridisciplinarité rejoint la pluralité :

- un véritable soutien à la recherche et aux chercheurs,
- une dispensation et un partage des savoirs,
- un échange sur les pratiques et leur amélioration,
- une promotion de la réflexion éthique.

Erelim constitue un centre de ressources documentaires rassemblant dans ses locaux le matériel nécessaire (matériel bibliographique, électronique, audio et vidéo...) à l'information et à la sensibilisation des professionnels, des chercheurs, des enseignants et du grand public. Il développe à ce titre un site internet accessible au public.

Erelim : lieu de rencontre, d'échange et de formation

Il s'agira aussi d'un lieu de rencontres et d'échanges interdisciplinaires, qui facilite les échanges entre professionnels et universitaires et représentants associatifs impliqués dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, et suscite des rencontres au niveau régional ou interrégional : séminaires de recherche, colloques, conférences, journées thématiques destinées aux professionnels... L'espace de réflexion éthique apporte un soutien méthodologique,

logistique et documentaire aux personnes souhaitant engager et conduire des travaux de recherche ou une réflexion éthique sur les pratiques dans le domaine des sciences de la vie et de la santé. Il a pour mission d'archiver et de répertorier les travaux de réflexion et de recherche en éthique menés sur son site notamment par les étudiants. Il facilite la valorisation scientifique (publication, diffusion, communication...) des travaux qui découlent des réflexions conduites par leurs auteurs au niveau régional ou interrégional.

Erelim participe également à la sensibilisation et à la formation universitaire des professionnels des sciences de la vie et des professionnels de santé, ou de tout autre professionnel ou chercheur concerné par les questions d'éthique dans ces domaines, tant au niveau de leur formation initiale que de leur formation continue. Dans le cadre des formations universitaires de 3^{ème} cycle, l'accent est mis sur les diplômes universitaires et interuniversitaires dont notamment le DU « Ethique médicale » porté par la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Limoges.

Par ailleurs, en tant qu'observatoire régional des pratiques éthiques inhérentes aux sciences de la vie et de la santé, cet espace de réflexion éthique recueille, dans le respect des règles relatives à la collecte de données à caractère personnel, toutes les informations utiles dans le cadre de ses missions.

Ce nouvel espace de réflexion éthique a vocation à organiser des débats publics, au niveau régional ou interrégional, afin de promouvoir l'information et la consultation des citoyens sur les questions d'éthique dans le domaine des sciences de la vie et de la santé. Dans ce cadre il participe, en liaison avec le Comité consultatif national d'éthique, à l'organisation de réunions régionales, interrégionales ou nationales. Enfin, Erelim interviendra au titre de sa mission de partage des connaissances, en s'engageant dans une dynamique de réflexion commune, d'échange (organisation de débats, documents, formation) et de production scientifiques en lien avec les autres espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux, et avec le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. ■



Le Dr Gérard Terrier est le directeur d'Erelim

ACTIVITE

■ Capacité d'accueil

2 035 lits et places installés au 31 décembre 2012

2 035

■ Nombre de lits et places par établissement

Hôpital Dupuytren [®]	856	} 2 035
Hôpital Jean Rebeyrol [®]	459	
EHPAD Dr Chastaingt [®]	426	
Hôpital de la mère et de l'enfant [®]	199	
Hôpital Le Cluzeau [®]	95	



■ Répartition des lits et places par nature d'hospitalisation

Médecine, chirurgie, obstétrique (court séjour) [®]	1 117
EHPAD [®]	290
Soins de suite et de réadaptation [®]	277
Unité de Soins Longue Durée (USLD) [®]	250
Autres : dialyse, Hospitalisation A Domicile (HAD), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) [®]	101



■ Activité externe

- Consultations et actes externes (hors biologie)
657 548, dont 307 805 consultations
- Biologie externe (actes et analyses)
1 073 197

■ Activité d'hospitalisation

- Nombre de séjours ambulatoires
8 686, dont 5 314 séjours de chirurgie
- Taux global de chirurgie ambulatoire
26,64 %
- Nombre de séjours séances
48 811
- Nombre de séjours hospitalisation conventionnelle
50 049
- Durée moyenne des séjours
Médecine : 5,43
Chirurgie : 5,79
Gynéco-obstétrique : 4,27
SSR : 24,97



■ Quelques chiffres...

- Activité médicale et chirurgicale
26 077 interventions chirurgicales
dont 602 sous Circulation Extra-Corporelle (CEC)
14 872 séances de dialyse
19 743 séances de radiothérapie
213 interventions avec le robot Da Vinci
59 interventions avec le robot O-Arm

- Greffes
164 greffes dont :
42 greffes rénales
4 greffes cardiaques
54 greffes de cornées
38 autogreffes
26 allogreffes

- Prélèvements
53 reins
18 foies
8 coeurs
6 poumons
2 pancréas
153 cornées
6 coeurs pour valves
1 vaisseau

ORGANES

TISSUS



- Imagerie médicale
203 176 actes d'imagerie
(hors radiothérapie) :
27 183 examens de scanner
14 050 examens d'IRM
3 139 examens de Petscan

- Obstétrique
2 691 naissances, soit plus de 7 par jour

- Urgences - SAMU - SMUR - Centre 15
40 550 passages aux urgences adultes,
soit 111 par jour
23 071 passages aux urgences pédiatriques,
soit 63 par jour
3 399 passages aux urgences gynécologiques,
soit plus de 9 par jour
160 852 appels au SAMU soit 440 par jour
3 847 sorties SMUR dont 2 777 sorties
primaires et 1 070 sorties secondaires
(transports entre établissements hospitaliers)
570 interventions hélicoptère pour 996 h
en temps d'intervention (médicalisation +
transport : 485 h en interventions primaires
et 510 h en interventions secondaires)

- Activité logistique
2 832,5 tonnes de linge traité,
soit 13,5 tonnes par jour ouvrable
1 535 972 repas servis, soit 4 208 par jour



PLATEAU TECHNIQUE

■ Bloc opératoire

- 29 salles d'opération
- 1 robot chirurgical 3^{ème} génération équipé de 2 consoles + simulateur
- 1 neuronavigateur chirurgical
- 7 bistouris à ultrasons
- 17 appareils de radioscopie
- 19 colonnes de coelochirurgie
- 1 lithotriteur
- 8 microscopes opératoires
- 2 appareils de circulation extra-corporelle
- 10 lasers dont 4 d'ophtalmologie

■ Imagerie

- 17 salles de radiologie
- 2 IRM (+1 troisième autorisée)
- 2 scanners corps entier
- 4 appareils d'angiographie numérisée dont 2 appareils de coronarographie et 1 système d'angiographie biplan
- 1 appareil de biopsie interventionnelle
- 1 Petscan (tomographe à émission de positons couplé à un scanner)
- 3 caméras à scintillation dont 2 avec scanner couplé
- 1 système d'imagerie peropératoire 3D
- 11 échocardiographes dont 1 mammographe numérique
- 37 échographes
- 2 échoendoscopes
- 9 colonnes de vidéoendoscopie
- 1 système d'endoscopie par capsule

■ Recherche et innovation

- 1 fibroscan
- 1 scanner de lames
- 1 appareil de séquençage haut débit NGS

■ Thérapie

- 3 accélérateurs linéaires de particules
- 1 système de traitement des cancers localisés de la prostate par faisceaux d'ultrasons
- 1 projecteur de source (curithérapie haut débit)
- 1 scanner de simulation
- 1 système de perfusion-circulation intra-péritonéal en hyperthermie

■ Dialyse

- 31 appareils de dialyse

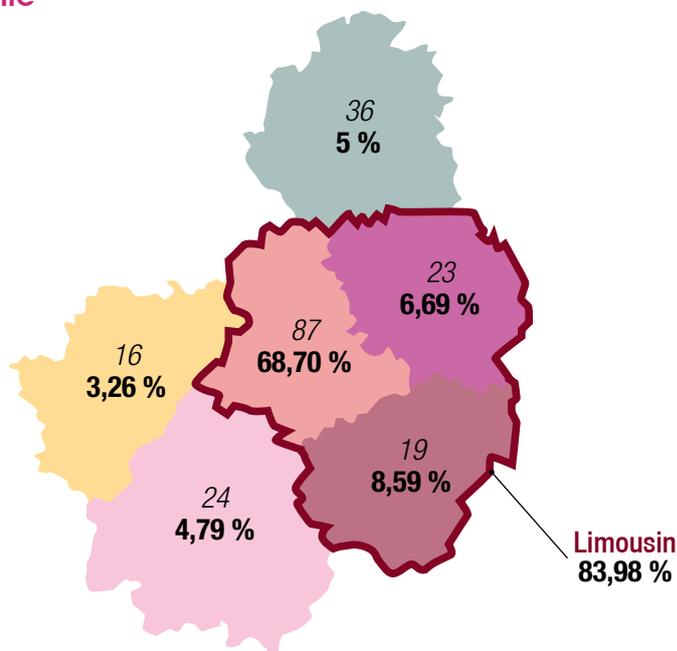
■ Exploration fonctionnelle

- 1 ostéodensitomètre
- 1 tomographe en cohérence optique
- 1 équipement de quantification de la fibrose hépatique (Fibroscan)

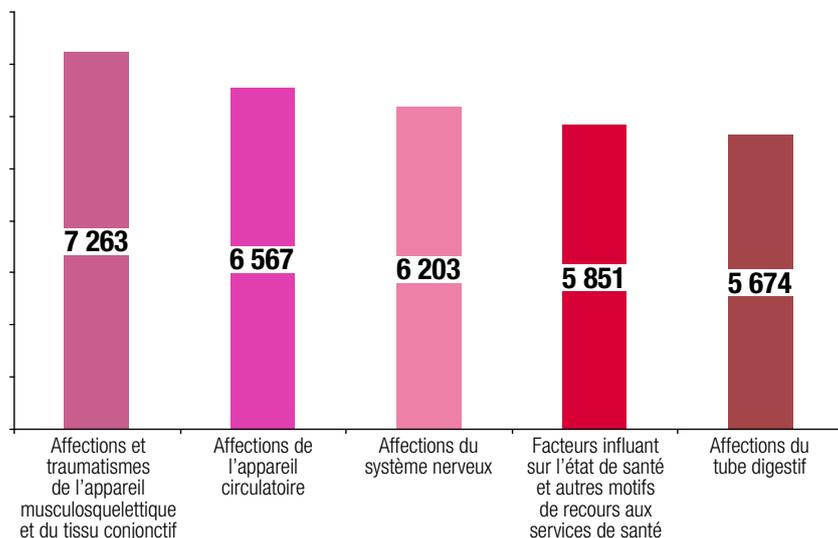
■ Biologie

- 9 laboratoires de biologie médicale et pharmaceutique

■ L'attractivité



■ Les Catégories Majeures de Diagnostic (CMD)



Chiffres donnés en nombre de séjours

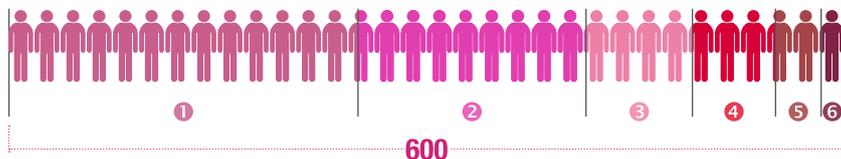
POLITIQUE SOCIALE ET DE FORMATION

■ Le 1^{er} employeur de la région

• Masse salariale : **290 315 987 €**

• Personnels médicaux

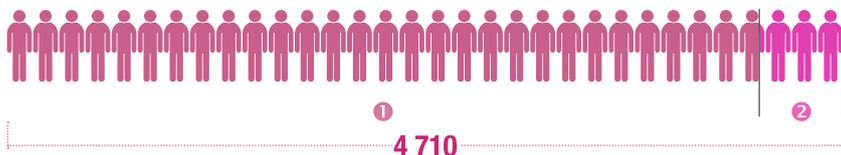
Praticiens hospitaliers [°]	253
Praticiens attachés [°]	164
Professeurs des universités-praticiens hospitaliers [°]	76
Chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires [°]	62
Assistants des hôpitaux [°]	30
Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers [°]	15
Total	600



Internes (médecine et pharmacie) et FFI.....	266
Etudiants.....	444

• Personnels paramédicaux

Soignants et éducatifs [°]	4 302
México-techniques [°]	408
Total	4 710



• Personnels administratifs et techniques

Techniques et ouvriers [°]	927
Administratifs [°]	638
dont 332 dans les services médicaux et médico-techniques ^a	
Total	1 565



■ Politique sociale active

184 enfants ont été accueillis dans les crèches familiales et collectives

• Personnel non médical

2 912 agents ont bénéficié de **4 702** départs en formation

113 agents ont bénéficié d'une action de promotion interne

• Personnel médical

158 praticiens ont bénéficié de formations financées par l'établissement

RECHERCHE ET INNOVATION

■ Projets promus par le CHU de Limoges

	PHRC national hors cancer	PHRC national cancer	PHRC régional et inter-régional	PHRIP	Soutien local
Projets en cours	11	1	13	6	10
Nouveaux projets 2012	1	0	1	2	3
Crédits notifiés en 2012	483 120 €	0	93 019 €	102 106 €	100 000 €

	CORC	APREL	Autres	Recherche translationnelle hors cancer	Recherche translationnelle cancer
Projets en cours		-	18	0	0
Nouveaux projets 2012	3	3	1	2	1
Crédits notifiés en 2012	300 000 €	150 000 €	-	175 800 €	154 235 €

■ Projets promotion externe

	Promoteurs externes	Dont industriels	Dont académiques
Projets en cours	601	211	390
Nouveaux projets 2012	164	70	94

■ Projets de recherche européens

2 projets d'envergure européenne portés par des praticiens du CHU de Limoges, pour un budget total de **194 M€**, dont **4,25 M€** seront gérés par le CHU de Limoges

• Combacte IMI : budget total de **188 M€**,

dont **4 M€** gérés par le CHU

• Biomargin : budget total de **6 M€**,

dont **250 000 €** gérés par le CHU

■ Projet national investissement d'avenir

1 projet d'innovation « ICARE » (assistance à l'autonomie et maintien à domicile) -

Porteur : Etablissements Legrand

Budget total : **1,05 M€**, dont **1,02 M€** gérés par le CHU

■ Labellisations

2 nouvelles équipes labellisées Inserm

• UMR 1094 « Neuroépidémiologie tropicale »

• UMR 1092 « Anti-infectieux : supports moléculaires des résistances et innovations thérapeutiques »

■ Enseignement et formation

8 écoles et instituts

• Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS)

• Ecole d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (EIADE)

• Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)

• Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)

• Ecole d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (EIBODE)

• Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS)

• Ecole de Sages-Femmes (ESF)

• Institut de Formation des Ambulanciers (IFA)

Le CHU a aussi participé à la formation de **710** internes et étudiants en médecine et pharmacie.

QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Lutte contre les infections nosocomiales - Année 2011

★★★ Classe A ou B Des meilleurs...
 ★★☆☆ Classe C ...aux...
 ★☆☆☆ Classe D ou E ...moins bons...
 ☆☆☆☆ Classe F Les non répondants

Mots clés	Résultat de l'établissement	Classe
Reflet global de la lutte contre les infections nosocomiales	78/100	★★★
Organisation, moyens, actions de lutte contre les infections nosocomiales	68/100	★☆☆
Hygiène des mains	68/100	★★★
Risque infectieux per-opératoire	87/100	★★★
Bon usage des antibiotiques	95/100	★★★
Transmission des bactéries multi-résistantes	84/100	★★★☆☆
Staphylocoque doré	0,36	★★★

Qualité de la prise en charge en secteur MCO - Année 2011

★★★ Classe A Des meilleurs...
 ★★☆☆ Classe B ...aux...
 ★☆☆☆ Classe C ...moins bons...
 ☆☆☆☆ Classe D Les non répondants

Mots clés	Résultat de l'établissement	Classe
Partage d'informations au cours d'une hospitalisation	64/100	★☆☆
Communication avec le médecin traitant	43/100	★☆☆
Mesure de la douleur	63/100	★☆☆
Mesure du poids	90/100	★★★
Partage d'informations dans le cadre d'une anesthésie	83/100	★★★☆☆
Médicaments et infarctus	91/100	★★★☆☆
Hygiène de vie et infarctus	68/100	★★★☆☆
Décision médicale en équipe en cas de cancer	88/100	★★★☆☆

Qualité de la prise en charge en secteur SSR - Année 2011

★★★ Classe A Des meilleurs...
 ★★☆☆ Classe B ...aux...
 ★☆☆☆ Classe C ...moins bons...
 ☆☆☆☆ Classe D Les non répondants

Mots clés	Résultat de l'établissement	Classe
Partage d'informations au cours d'une hospitalisation	61/100	★☆☆
Communication avec le médecin traitant	71/100	★★★☆☆
Mesure de la douleur	79/100	★★★☆☆
Mesure du poids	96/100	★★★

Qualité de la prise en charge en HAD - Année 2011

★★★ Classe A Des meilleurs...
 ★★☆☆ Classe B ...aux...
 ★☆☆☆ Classe C ...moins bons...
 ☆☆☆☆ Classe D Les non répondants

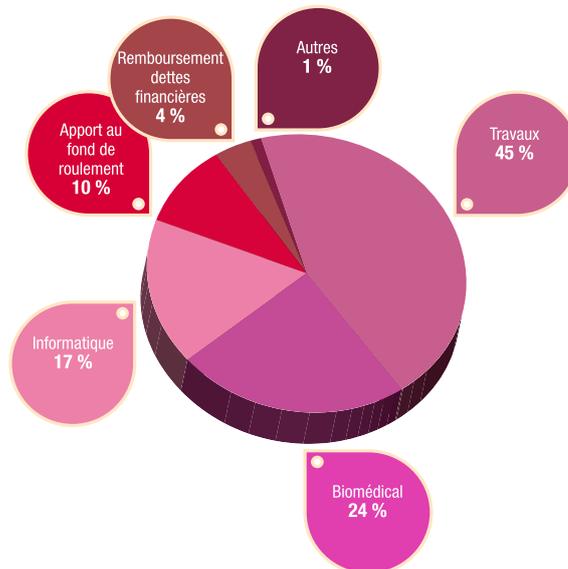
Mots clés	Résultat de l'établissement	Classe
Partage d'informations au cours d'une hospitalisation	67/100	★☆☆
Communication avec le médecin traitant	58/100	★☆☆
Mesure de la douleur	58/100	★☆☆
Mesure du poids	55/100	★☆☆
Prévention du risque d'escarres	22/100	★☆☆

Certification

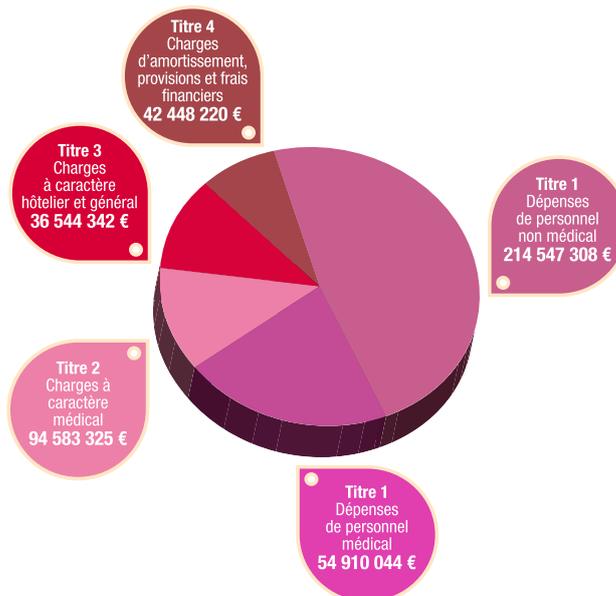
Certification des établissements	
Version de certification	V2010
Date de certification	04/2013
Niveau de décision	Certification sans réserve (3 recommandations)

PROFIL BUDGETAIRE DU CHU

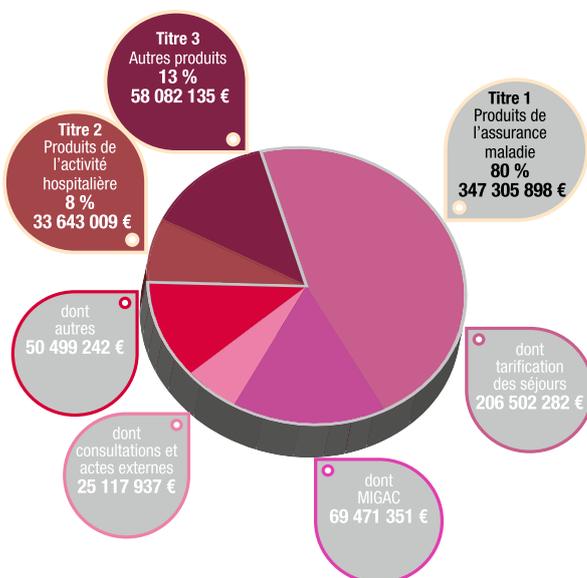
Budget d'investissement



Dépenses d'exploitation



Produit d'exploitation





Jean-Gabriel Berger, président du CVS, en compagnie de Véronique Duszkievicz, cadre supérieur de santé et de Philippe Verger, directeur de la politique gérontologique



Elections du Président du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ①

Le 15 mai 2013 ont été élus les membres représentants des résidents et des familles ou représentants légaux au Conseil de la Vie Sociale. Le 11 septembre, ils se sont réunis pour la première fois depuis leur élection. A leur tour, ils ont voté, à bulletin secret, pour désigner le nouveau Président du Conseil de la Vie Sociale. Au terme du scrutin, Jean-Gabriel Berger, représentant des familles, est élu Président. Firmin Lhéritier, représentant des résidents, sera son Président suppléant.

Le rôle du Président est de suivre les projets engagés, de rendre compte des remarques faites lors du CVS et de déterminer les thèmes à aborder au cours de la prochaine réunion du CVS. Il est le lien entre les résidents, les familles et l'EHPAD Dr Chastaingt. Vous pouvez contacter Jean-Gabriel Berger par l'intermédiaire de sa boîte aux lettres située à l'accueil de l'EHPAD Dr Chastaingt.



Création de la MUPA

L'évolution démographique marquée par un vieillissement anticipé de la population générale en Limousin par rapport au reste de la France est connue depuis près de 25 ans. La métropole de Limoges se caractérise essentiellement par une forte concentration des personnes âgées : près de 20 000 personnes de plus de 75 ans sur les 45 000 vivant en Limousin habitent dans « Le Grand Limoges ». Il en résulte de fortes proportions d'hospitalisation au CHU de Limoges, notamment via des admissions dans le service des urgences.

C'est pourquoi la Direction générale du CHU, accompagnée par l'ANAP, ont initié une étude afin de trouver de nouvelles solutions innovantes qui permettraient d'améliorer la prise en charge des personnes âgées polypathologiques hospitalisées au service des urgences.

Il est proposé de mettre en place, dans le cadre d'une expérimentation, une équipe de Médecine d'Urgence Personnes Agées (MUPA) intégrée au service des urgences pour une prise en charge globale de « A à Z » des patients hospitalisés et âgés de plus de 75 ans et polypathologiques admis au service d'accueil des urgences du CHU de Limoges.

L'objectif étant de diminuer la durée moyenne du temps de passage du patient âgé aux urgences et de favoriser l'anticipation de la prise en charge médicale gériatrique de ces patients. ■

9^{ème} journée départementale de gérontologie ②

Le 26 septembre 2013 s'est déroulé la 9^{ème} journée départementale de gérontologie à la salle Paul Eluard de Rilhac-Rancon. Organisée en partenariat par le Conseil Général de la Haute-Vienne, l'Agence Régionale de Santé du Limousin et le CHU de Limoges, la journée a connu un franc succès avec pas moins de 350 personnes présentes. Les interventions sur le thème des aidants non professionnels se sont succédées, agrémentées d'une vidéo de témoignages ③. La matinée a fait place aux différentes actualités gérontologiques avec le bilan, les évolutions et les perspectives de l'allocation personnalisée d'autonomie en Haute-Vienne ainsi que la présentation de la nouvelle filière gériatrique du CHU de Limoges, le tout animé par Bernard Ennuyer, sociologue et modérateur de cette 9^{ème} édition. L'après-midi a fait place aux différents professionnels qui ont pu, au-travers de leurs interventions, échanger sur leurs points de vue, le plus souvent complémentaires.



La distraction par les bulles de savon aux urgences pédiatriques



SOULAGER LA DOULEUR sans médicament

Qu'elle soit liée aux soins ou à la maladie, la douleur est omniprésente dans tous les services de l'hôpital : services de chirurgie, médecine, gériatrie, pédiatrie, HAD... et tous les professionnels de santé y sont confrontés.

La douleur est un phénomène complexe qui n'est pas toujours liée à une seule cause. C'est pourquoi il est important de mettre en place une prise en charge adaptée et multidisciplinaire.

Soulager la douleur, c'est avant tout écouter, comprendre et évaluer. Depuis quelques années, les techniques antalgiques non médicamenteuses ont fait leur entrée dans nos services de soins. Hypnose, musicothérapie, relaxation, neurostimulation transcutanée... ces techniques représentent un complément efficace, voire une alternative aux médicaments.

« L'objectif est d'améliorer la qualité de vie »



Le Pr Pascale Vergne-Salle est présidente du Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD), de notre CHU. Elle exerce dans le service de rhumatologie où les techniques antalgiques non médicamenteuses font partie intégrante des soins depuis de nombreuses années.

Le Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD)

Le CLUD est chargé de coordonner l'action en matière de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement. Les missions du CLUD sont de :

- proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation ;
- coordonner au niveau de l'ensemble des services toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur ;
- aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement en matière de prise en charge de la douleur ;
- susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

Diplôme Universitaire douleur

Ce DU est une formation théorique et pratique, à la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur aiguë et chronique. Tout le personnel médical et paramédical peut faire acte de candidature. Possibilité de financement par les organismes de formation continue. Renseignements : 05 55 05 88 31 ou 05 55 43 59 82 www.medicine.unilim.fr

Comment se compose le CLUD et quelles sont ses grandes orientations dans la lutte contre la douleur ?

A Limoges nous avons voulu qu'il y ait un représentant médical et un représentant infirmier de chaque pôle au sein du CLUD. Ceci permet d'avoir des relais sur chaque pôle et une action bien répartie et homogène au sein de l'établissement, en matière de lutte contre la douleur. Nous avons beaucoup travaillé sur l'évaluation de la douleur et depuis l'année dernière, notre « grand chantier » est la douleur induite par les soins.

La douleur ne doit pas être restreinte aux simples causes lésionnelles... il est important de prendre en charge le patient dans sa globalité ?

Effectivement. On évalue souvent la douleur sur une simple donnée qui est son intensité à un instant T, et ça, c'est une vision partielle d'une douleur. Car la douleur physique est souvent accompagnée d'une souffrance morale. Il y a tout le retentissement d'une douleur et de la maladie en général sur l'humeur. C'est très important de prendre en charge cet aspect, surtout, dans des douleurs chroniques. En effet, une douleur aiguë est liée à une cause lésionnelle, et, à partir du moment où on traite la cause, on arrive en général à soulager rapidement les patients, mais en douleur chronique, les choses sont beaucoup plus complexes et la prise en charge doit être multidisciplinaire.

Quelles sont les conséquences d'une douleur qui n'est pas traitée ?

Plus les douleurs vont durer dans le temps, plus elles ont des retentissements sur la vie quotidienne, la qualité de vie, elles vont inquiéter, perturber... Les patients peuvent avoir des attitudes de retrait, d'arrêt d'activité, d'isolement complet, voire des troubles anxieux et dépressifs. Tous ces troubles vont majorer la douleur et c'est alors un cercle vicieux.

Quel est l'intérêt des techniques antalgiques non médicamenteuses dans la prise en charge de la

douleur ?

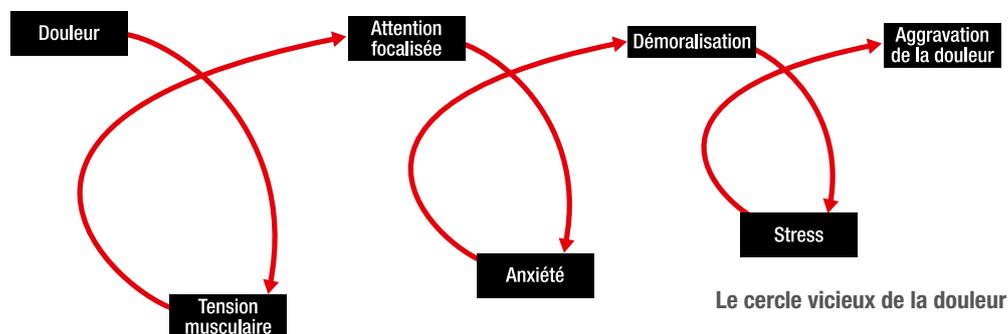
Ces techniques vont permettre de diminuer la consommation de médicaments. Elles ont un rapport efficacité /tolérance très intéressant, et, présentent peu, voire pas d'effets secondaires, ce qui est très intéressant chez des patients douloureux chroniques qui ont déjà de très lourds traitements. Toutes ces techniques ont aussi un effet sur le retentissement de la douleur chronique, sur la qualité de vie et sur l'humeur des patients. Elles aident le patient à mieux gérer sa douleur au quotidien et à améliorer sa qualité de vie. C'est fondamental, car en matière de douleur chronique on arrive très rarement à guérir ou à soulager totalement. Enfin, toutes ces techniques participent à l'éducation thérapeutique du patient et c'est intéressant car dans la douleur chronique, le patient a un rôle très actif à avoir dans la gestion de sa douleur.

Ces techniques peuvent-elles se substituer aux médicaments ?

Toutes les recommandations françaises, européennes, même mondiales de prise en charge des douleurs chroniques préconisent l'association du traitement médicamenteux et de traitements non pharmacologiques. L'association des deux est synergique et on obtient de meilleurs résultats. Mais sur des douleurs modérées, sans pathologie grave sous jacente, on peut débiter par la technique antalgique, comme sur une lombalgie où on mettra d'abord en avant la kinésithérapie, l'éducation, l'activité physique avant d'associer des médicaments.

Ces techniques ont longtemps été mal perçues par la médecine traditionnelle ? Qu'en est-il aujourd'hui ?

Elles ont longtemps été assez négligées, car les médecins ont une formation très scientifique basée sur des preuves. Depuis quelques années, des études scientifiques ont démontré l'intérêt de ces techniques et je pense qu'elles sont aujourd'hui de mieux en mieux perçues et elles prennent de plus en plus de place dans notre CHU.



Reconnaître la douleur pour mieux la traiter

Quatre types de douleur

Reconnaître le type de douleur dont souffre un patient est la première étape dans la prise en charge. Il existe quatre types de douleur.

1 Douleur par excès de nociception

Les douleurs par excès de nociception sont les plus fréquentes. Ce type de douleur répond à un excès de stimulation des récepteurs périphériques. Elle est provoquée par les traumatismes, fractures, infections, douleurs viscérales, agressions diverses...

2 Douleurs neurologiques ou neuropathiques

C'est une altération partielle ou totale du système nerveux périphérique ou central générant une hyperactivité des voies nociceptives. Il s'agit par exemple des douleurs post-zostériennes, liées aux neuropathies diabétiques ou syndromes du membre fantôme...

3 Douleurs psychogènes

Ce type de douleur se caractérise par une absence de lésion anatomique ou décelable. Rien de précis n'explique la douleur... Elle est liée au fonctionnement psychique altéré ou non et est souvent la révélation d'une anxiété, d'un état dépressif dont parfois elle est le seul signe.

4 Douleurs idiopathiques

Ces douleurs sont rares et leur existence est très discutée. Elles sont dues à un abaissement du seuil nociceptif. Elles se manifestent souvent par un fond douloureux permanent, accès douloureux paroxystiques (décharges électriques, lancements...), anesthésie douloureuse, douleurs provoquées par des stimulations non douloureuses... Il s'agit par exemple des glossodynies, de la fibromyalgie...

Douleur aiguë/douleur chronique ?

Si la douleur aiguë est un signal d'alarme pour diagnostiquer une lésion organique, la douleur chronique est beaucoup plus complexe. Au delà de 3 à 6 mois, la douleur peut être considérée comme un véritable syndrome, aux composantes complexes, à la fois organiques, psychologiques et sociales.

Douleurs aiguës

Les douleurs aiguës se manifestent par une sensation vive et cuisante qui s'inscrit dans un tableau d'évolution rapide.

Douleurs chroniques

Les douleurs chroniques sont des douleurs qui durent depuis au moins 6 mois. Elles sont ressenties comme lancinantes, épuisantes. Il peut s'agir de douleurs inflammatoires, mécaniques, cancéreuses, neurologiques... Ce type de douleur est ressenti dans le corps, touche au vécu subjectif, et, a des répercussions socio-économiques, personnelles, relationnelles et émotionnelles. La douleur ressentie augmente l'anxiété et le syndrome dépressif qui a leur tour aggravent la douleur.

Il est essentiel d'entendre les deux plaintes et de prendre en compte tous les paramètres de la situation. Ainsi, en douleur chronique, il est important de recueillir les « données » du patient : son vécu douloureux, sa biographie, comment s'inscrit cette douleur dans son schéma de vie, sa culture, son niveau social... Rebelles aux antalgiques habituels, il est nécessaire de les prendre en charge par une approche pluridisciplinaire.



Projet phare du CLUD :

La prise en charge des douleurs induites par les soins

« Le CLUD est en train d'élaborer un protocole pour la prise en charge de la douleur induite par les soins. Nous avons essayé de couvrir un maximum de soins : de la ponction de moelle à la ponction lombaire, aux pansements d'un ulcère, en passant par la mobilisation des patients qui est aussi un acte très pourvoyeur de douleur. Ce travail va permettre de sensibiliser les personnels à ces douleurs induites par les soins et d'homogénéiser les pratiques dans l'institution. » Pr Vergne Salle

Réalisé avec l'aide de documents fournis par Lysiane Fingonnet, cadre de santé en rhumatologie

Douleur induites par les soins : faut-il souffrir pour être soigné ?

Dans la pratique quotidienne des soignants : infirmiers, aides-soignants, médecins... ces derniers peuvent être amenés à pratiquer des actes de soins douloureux ou qui peuvent être ressentis comme tels pour les personnes qui les subissent.

Faire mal pour faire du bien, pour soigner... Les douleurs provoquées par les soins ou encore appelées douleurs iatrogènes sont fréquentes et peuvent être partout. Une toilette peut vite devenir un calvaire au lieu d'un bien-être. Un lever, un coucher, une mobilisation peuvent vite devenir un supplice. Un sondage vésical, une aspiration trachéale, une ponction veineuse ou artérielle peuvent devenir insupportables. Une ponction lombaire, une radiographie, un transfert sur une table d'examen, une ablation de broche, de plâtre peuvent devenir intolérables... Nier l'existence de ce type de douleur est la pire des choses pour le malade. Reconnaître la présence des douleurs induites par les soins, les évaluer et être convaincu que l'on peut faire quelque chose est essentiel.

Lutter contre la douleur, une obligation

Avec le décret 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, le personnel soignant est tenu de lutter contre la douleur aiguë, chronique et iatrogène... Karine le Goff, infirmière en CTCV l'a bien compris et s'efforce au quotidien de lutter contre ce type de douleur : « en tant que soignants, nous sommes les premiers à provoquer la douleur par les soins. C'est donc important d'avoir un geste, une technique, pour rassurer le patient et l'accompagner dans ce soin, pour

qu'il soit le moins douloureux possible. Ne serait-ce qu'apprendre au patient à respirer pendant une prise de sang... »

Anticiper, connaître, informer...

Il est important d'anticiper la douleur, de programmer une antalgie avant les soins douloureux et de respecter les décisions prises.

La prise en charge doit aussi passer par la connaissance du patient par l'équipe pluridisciplinaire. « Qui est-il ? », « Que fait-il ? », « A-t-il déjà eu une expérience douloureuse et comment l'a-t-il gérée ? »... Ce recueil d'information guide et oriente l'équipe pour une prise en charge personnalisée.

La négociation avec les différents partenaires de soins rend le patient acteur de sa prise en charge. L'équipe doit définir pour et avec le patient, la technique la plus appropriée, l'heure du soin ou de l'acte à réaliser, l'heure de préparation si nécessaire.

L'information donnée au patient est elle aussi essentielle. Elle permet un climat de confiance, de diminuer l'anxiété du patient face à l'inconnu. L'information et la compréhension par le patient de ce qui va lui être fait, facilite son adhésion et sa coopération à son programme thérapeutique ou à son soin. Grâce à cette information, « le patient sera moins dans l'appréhension de ce qui se passe, moins tendu et probablement, moins douloureux. », selon le Pr Vergne-Salle.



Douleur induite par les soins : même une prise de sang peut être perçue comme un acte douloureux et angoissant

Evaluer la douleur, un premier pas dans la prise en charge

L'évaluation de l'intensité de la douleur est un moment essentiel de la prise en charge. Cette évaluation va permettre de reconnaître la douleur, d'apprécier son importance, pour au final, proposer un traitement adapté et personnalisé au patient, mais également pour pouvoir suivre l'évolution de cette douleur.

La douleur est une expérience subjective. C'est pourquoi il est important de faire évaluer sa douleur par le patient lui-même, quand bien sûr il est en mesure de le faire. « *L'évaluation, est un étape majeure dans la prise en charge de la douleur. D'une part, c'est un signe d'empathie vis-à-vis du patient. Ça veut dire qu'on considère sa douleur et qu'on la prend en charge. C'est important également car c'est une valeur objective, une constante, que l'on peut se transmettre au sein de l'équipe, au même titre que la tension artérielle, la température... Enfin, cette évaluation est aussi très importante pour pouvoir mesurer l'efficacité d'un traitement, voire le modifier.* » précise le Pr Vergne-Salle. Il n'existe aucun test médical de mesure de la douleur, toutefois certains outils vont aider le soignant à guider le patient dans l'évaluation de sa douleur. Il s'agit des échelles d'auto-évaluation.

Pour évaluer la douleur du patient, le soignant doit se rendre disponible et favoriser un climat de confiance, mais avant tout montrer au patient qu'il croit à sa douleur.

Pour les patients non communicants (bébés, personnes en réanimation...), des outils d'hétéroévaluation ont été

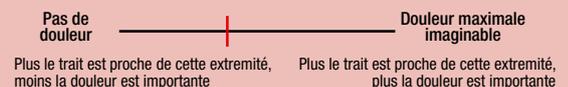
mis en place. Grâce à ces outils et à une observation du patient, les soignants vont pouvoir évaluer la douleur.

Echelles d'auto-évaluation

Elles sont à privilégier chez les personnes communicantes. C'est le patient qui évalue sa douleur. Il est ainsi acteur de sa prise en charge.

Echelle visuelle analogique (EVA)

C'est une règle qui permet au patient d'auto-évaluer sa douleur ressentie au moyen d'un curseur. Cette échelle peut être utilisée à partir de 6 ans chez l'enfant.



Echelle numérique (EN)

Le soignant invite le patient à chiffrer sa douleur, sur une échelle allant de 1 à 10



Echelle verbale simple

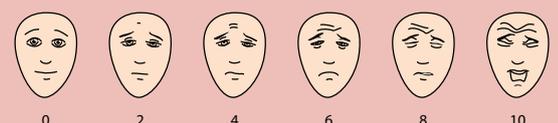
Le patient exprime l'intensité de sa douleur à l'aide de mots simples (pas de douleur, faible, modérée, intense).

Questionnaire ANAES de la douleur chronique

C'est une évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique. Le patient remplit un questionnaire qui permet d'avoir une évaluation large de la douleur, à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif.

Échelle des visages (Faces Pain Scale)

Echelle généralement utilisée chez les enfants (à partir de 4 ans) pour leur demander d'évaluer la douleur grâce à des visages plus ou moins grimaçants.



Evaluation de la douleur aux urgences pédiatriques

Retrouvez le dossier complet du CLUD sur la formation évaluation de la douleur sur Hermès, rubrique documenthèque / recherche par mot clef, puis taper « formation évaluation douleur »

Echelles d'hétéro-évaluation

Ces échelles sont utilisées chez les personnes non communicantes : personnes âgées, enfants, patients sous sédation... c'est le soignant qui évalue la douleur grâce à une observation du patient.

Echelle Algoplus / échelle Doloplus

Ce sont des échelles d'évaluation comportementale de la douleur et de la douleur aiguë chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale.

Echelle EDIN

Echelle d'évaluation de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né.

Echelle HEDEN (Hétéro-Évaluation de la Douleur de l'Enfant)

Cette échelle permet de réaliser une hétéro-évaluation de la douleur prolongée chez l'enfant.

Echelle EVENDOL

Echelle pour évaluer la douleur de l'enfant de moins de 7 ans aux urgences.

Echelle EDAAP 2

Grille d'évaluation de la douleur chez les adultes ou adolescents polyhandicapés.

Echelles de sédation et d'analgésie en réanimation

Les techniques

Les techniques antalgiques non médicamenteuses ont longtemps été considérées comme des solutions alternatives peu prises au sérieux. Mais depuis peu, elles gagnent en notoriété et ont trouvé leur place dans nos services de soins. Simples à mettre en place, elles sont souvent appréciées des patients et présentent peu ou pas de contre indications. Elles peuvent être une alternative ou un complément efficace à la médication et favorisent la prise en charge physique, psychologique et relationnelle...

L'écoute

Laisser le patient exprimer sa douleur, et l'écouter c'est déjà le soulager.

Cette écoute peut permettre de connaître les raisons et les mécanismes de la douleur. L'écoute est d'autant plus importante dans le cas des douleurs psychosomatiques, souvent liées à une souffrance interne. L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre peut alors être nécessaire.

La musicothérapie

La musicothérapie est une technique qui utilise les propriétés de la musique, qui vont influencer directement les paramètres respiratoires, cardiaques, et hémodynamiques mais aussi psychologique du patient.

La relaxation

C'est une technique ayant pour effet un relâchement des muscles et du corps tout entier et qui permet de libérer l'esprit de ses préoccupations. Les effets de la relaxation sont souvent définis comme une absence de tension, de fatigue, de rigidité musculaire... La relaxation participe ainsi à diminuer les phénomènes douloureux et à améliorer la qualité de vie.

La physiothérapie

C'est le traitement non médicamenteux des affections rhumatologiques aiguës

ou chroniques par l'utilisation d'agents physiques naturels ou artificiels.

• Moyens physiques naturels

Le froid ou cryothérapie

Le froid a un effet physiologique sur la circulation locale en provoquant une baisse de la température cutanée entraînant une vasoconstriction. Le froid est très efficace en cas de lésions traumatiques : fractures, lésions des parties molles.

Le chaud ou thermothérapie

Il est possible d'utiliser des serviettes ou compresses chaudes, lampes infrarouge, bouillottes pour lutter contre les douleurs. Cette technique est efficace pour les douleurs musculaires, cervicalgies, torticolis, lumbagos, lombalgies, cervicalgies arthrose...

La paraffinothérapie

C'est une immersion des mains ou des pieds dans un bain liquide chaud (environ 50 à 60°C) de paraffine à visée antalgique, et décontractante, notamment dans le cas de polyarthrites rhumatoïdes, polyarthralgies des mains et des pieds.

• Moyens physiques artificiels

Appareil à ondes courtes

Thérapie par des ondes électromagnétiques pour des lésions trau-

« La musicothérapie

Karine Le Goff, infirmière en CTCV développe un programme hospitalier de recherche infirmier sur la musicothérapie.

« La musicothérapie est une technique de relaxation, inspirée de Stéphane Guétin, qui passe par l'écoute d'une composition instrumentale sur une séance de 20 minutes, sur une base de schéma en U. Plusieurs séquences musicales s'enchaînent, avec un tempo qui varie, quasiment en parallèle avec le rythme cardiaque du patient et qui petit à petit va l'emmener dans un état de veille et de relaxation. Pour éviter tous les stimuli auditifs, on pose un casque sur les oreilles et le patient se laisse aller. En fonction de son histoire et de sa culture, le patient va avoir le choix, parmi 16 panels de musique : jazz, folk, classique, musiques du monde, accordéon... Par le biais de l'étude, ces séances sont réalisées au moment du soin chez les patients artéritiques,

antalgiques non médicamenteuses

matiques ou inflammatoires (tendinites, capsulites, névralgies...).

• Moyens électriques



Utilisation du TENS par une patiente

La NeuroStimulation TransCutanée (NSTC)

La NSTC est réalisée grâce à un appareil appelé TENS qui envoie un courant électrique à basse fréquence, grâce à des électrodes placées sur la peau. Comme l'explique le Pr Jean-Yves Salle, « L'action antalgique du TENS est double. D'une part, la stimulation des nerfs va fermer la porte à la transmission de la douleur au niveau de la moelle épinière. D'autre part, la contraction du muscle fait sécréter des endorphines qui ont un impact antalgique. »

Le TENS est indiqué pour des douleurs neuropathiques : sciatiques, névralgies, zones, douleurs post-chirurgicales... Son utilisation est contre-indiquée chez les patients porteurs d'un dispositif médical implantable actif (pacemaker).

L'appareillage

C'est l'immobilisation d'un ou plusieurs segments articulaires, obtenue par une orthèse rigide. Elle est utilisée pour des lésions traumatiques (fractures, luxation, entorses) ou médicales aiguës (ostéo-arthrite, métastases, tassements vertébraux). L'effet antalgique de cette technique est double : effet antalgique rapporté à l'effet thermique des orthèses tissulaires et effet antalgique de la contention musculaire, qui permet une meilleure mobilisation, ou du soutien abdominal, ou lombaire est souvent précieux.

La kinésithérapie



Séance de balnéothérapie à l'hôpital Jean Rebeyrol

Grâce à des mouvements de rééducation et à des massages, la kinésithérapie va permettre de soulager la douleur.

Le kinésithérapeute peut également pratiquer des séances de balnéothérapie qui vont permettre un relâchement musculaire et une détente du corps.

« L'esprit travaille pour aider à détendre le corps »

Josette Péricat, infirmière référente douleur relaxation dans le service de rhumatologie.

« La relaxation thérapeutique est un soin à part entière qui permet de travailler sur le stress et tout ce qui est lié à la douleur. C'est une technique de concentration, pour apprendre à lâcher prise et amener le corps à éliminer toute les tensions de la vie. Car quand on est douloureux, on se crispe et on se crée des tensions, ce qui accentue la douleur. En relaxation, on travaille le corps et l'esprit, on ne peut pas les dissocier. L'esprit travaille pour aider à détendre le corps. La relaxation c'est un moment de partage et de confiance, car beaucoup d'émotions se libèrent pendant une séance. »

est une technique de relaxation »



mais on peut l'utiliser chez les patients porteurs d'un drain thoracique ou quand le patient est angoissé, ou stressé avant de dormir le soir. Ça a un effet sur les composantes physiologies : la tension, la fréquence cardiaque et respiratoire et aussi au niveau psychologique. Ça aide à détendre le patient, à l'amener dans un état de bien-être et favorise la relation soignant-soigné. Cela agit ainsi sur le ressenti de la douleur du patient, tout en continuant à administrer les antalgiques médicamenteux, que l'on pourra diminuer quand on constate l'efficacité. »

L'ergothérapie

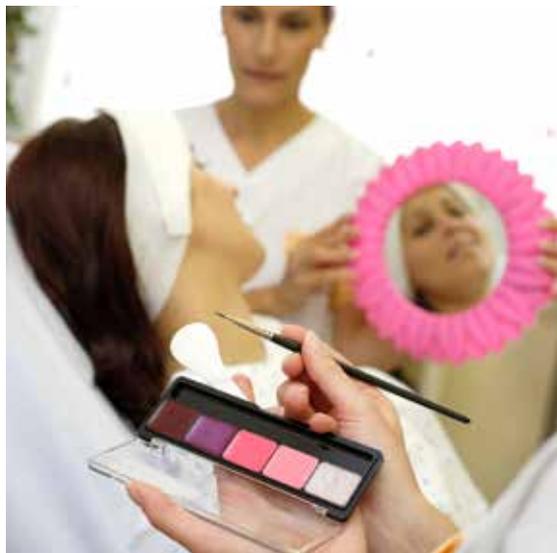
L'objectif de l'ergothérapie est d'obtenir un maximum d'autonomie pour le patient au quotidien et d'améliorer sa qualité de vie. L'ergothérapeute va aider le patient dans la réalisation de gestes du quotidien, en s'adaptant à la douleur du patient, afin que ces gestes soient les moins douloureux possibles.



Socio-esthétique

C'est un ensemble de soins de beauté, de détente, de relaxation, de confort et de réconfort.

La socio-esthétique répond à un besoin de restauration de l'image de soi et de mettre la maladie entre parenthèse en vivant un moment différent. Le mieux-être ressenti par le patient permet de lutter contre les facteurs engendrés par la douleur (stress, perte de confiance en soi...).



La relaxinésie

C'est une technique de relâchement corporel qui permet de décontracter et d'assouplir les articulations en utilisant l'influence positive de la détente en apesanteur. Le soignant emploie des mouvements passifs sur l'ensemble du corps ou une partie de celui-ci à type de : bercements, petits balancements, étirements doux des extrémités.

La technique peut s'appliquer également sur un patient à mobilité réduite avant le lever du lit dans le but d'assouplir le corps ou dans un but anti-stress, avant un soin douloureux.

L'acupuncture

L'acupuncture est une des branches de la médecine traditionnelle chinoise, basée sur l'implantation et la manipulation de fines aiguilles en divers points du corps à des fins thérapeutiques.

Le toucher bien-être

C'est un concept de techniques de massages relaxants où le toucher permet une approche globale de la personne. Le toucher bien-être peut accompagner ou prolonger un soin. C'est un moyen naturel de relaxation ou de stimulation pour le corps et l'esprit. Le toucher bien-être fait partie intégrante de la prise en charge de la douleur pour toute personne souffrant de tensions musculaires, de stress, de douleurs chroniques et chez les personnes possédant une altération de l'état général avec une mobilité plus ou moins réduite.



L'hypnose

L'hypnose est une technique qui permet de modifier les sensations douloureuses, de diminuer la douleur et d'accompagner les souffrances liées. Le Dr Chantal Wood, récemment arrivée dans notre CHU, sur l'unité de prise en charge de la douleur chronique du service de rhumatologie nous explique le principe : « En douleur aiguë ou lors d'un soin, l'hypnose, c'est faire en sorte que le patient écoute le moins la zone douloureuse. Pour cela j'utilise mes mots en l'accompagnant ailleurs que dans le soin : détourner son attention, lui parler de son jardin, de la montagne, de ce qu'il a fait... mais toujours dans une interaction active. Plus je lui parle activement, plus il doit suivre ma conversation et me répondre, et, moins il peut écouter le soin. En douleur chronique, le patient est en hypnose en permanence avec sa douleur. Et le rôle de l'hypnose, c'est avec l'aide de médicaments et de mouvements, faire en sorte qu'il puisse entendre autre chose que sa douleur et améliorer sa qualité de vie. Tout le monde peut adhérer à l'hypnose, mais l'élément de base c'est la confiance. L'hypnose, ce n'est pas la suprématie d'une personne sur l'autre contrairement à des idées reçues ».



Diplôme universitaire de relaxation psychothérapique

Le diplôme universitaire de relaxation thérapeutique a pour objectif de développer l'intérêt et l'aptitude des soignants à une relation spécifique où sont choisis comme lieu de la rencontre le vécu corporel, les états du corps propre et le ressenti.
 ▶ Ce DU est dispensé par sessions mensuelles de deux jours durant 3 années universitaires (98 heures par an).
 ▶ Il s'adresse aux personnels médicaux et paramédicaux

Renseignements :
05 55 43 59 40

Diplôme universitaire hypnose et thérapie brève stratégiques et solutionnisme

▶ Enseignement réparti sur 2 ans, en 11 modules de 2 jours

▶ Il s'adresse aux personnels médicaux et paramédicaux

Renseignements :
05 55 43 11 92

« L'enfant perçoit la douleur très tôt »

Agnès Bergeron, infirmière référente douleur coordonne la prise en charge de la douleur en pédiatrie médicale.

Contrairement à des idées reçues, l'enfant ressent la douleur, y compris le nouveau-né ?

Dès que l'enfant né, même prématuré, la douleur est présente, d'autant plus que les voies de la douleur sont immatures jusqu'à l'âge de 3 mois. Et même in vitro, l'enfant perçoit la douleur très tôt.

Comment se manifeste la douleur chez l'enfant, lorsqu'elle n'est pas exprimée par des mots ?

Ce sont surtout des manifestations comportementales. L'enfant va crier, pleurer, s'agiter. Il faudra faire la différence entre la faim et la douleur, notamment chez le nouveau-né, car les signes peuvent être les mêmes. Il peut aussi y avoir des signes biologiques qui peuvent être détectés par un bilan.



L'enfant a une douleur, placée à un endroit précis. C'est inconscient, et cette douleur va être aussi importante que s'il y avait une blessure. Très souvent ce sont des conflits internes dus à de multiples facteurs. Généralement ce type de douleur est un appel à l'autre. Ça peut être un enfant qui vit mal sa période d'adolescence et son corps, un conflit avec ses parents ou des parents qui ne sont pas à l'écoute... Il y a eu des cas où l'enfant ressentait la même douleur que sa maman.

Quelles sont les techniques de traitements non médicamenteux de la douleur chez l'enfant ?

Chez le nouveau-né on a le saccharose qui est du glucose dilué à 30 %. Jusqu'à l'âge de 4 mois, en associant la succion, ça permet à l'enfant de recevoir des soins et de ne pas avoir mal. La distraction par le jeu, par des histoires, par des bulles de savon (voir encadré ci-dessous) est très efficace. Le toucher bien-être est également bénéfique. Ça entraîne un bien-être que l'enfant apprécie, donc la douleur est diminuée. On a aussi la relaxation psychothérapique, l'hypnose analgésique. Dans le cas des douleurs psychiques, c'est une autre approche qui va être plutôt holistique, c'est-à-dire qui va prendre en compte l'enfant dans sa globalité, aussi bien psychique que physique. Les pédopsychiatres vont entrer dans cette prise en charge. Et j'interviens également par la relaxation qui va permettre à l'enfant de gérer sa douleur et la faire diminuer, voire disparaître. ■

Si la douleur n'est pas traitée chez l'enfant, quelles sont les conséquences ?

Si on ne prend pas en charge la douleur ou la douleur induite par le soin, de manière correcte, l'enfant va mémoriser cette douleur. Des études ont montré qu'en grandissant la crainte d'avoir un soin va multiplier l'intensité de la douleur, même pour une douleur qui est minime. Il est donc important de prendre en charge la douleur le plus tôt possible.

L'enfant, comme l'adulte, peut-il souffrir de douleurs induites par le psychisme ?

La douleur n'est pas forcément une douleur physique, ça peut être une douleur somato-psychique.

voir des soins et de ne pas avoir mal. La distraction par le jeu, par des histoires, par des bulles de savon (voir encadré ci-dessous) est très efficace. Le toucher bien-être est également bénéfique. Ça entraîne un bien-être que l'enfant apprécie, donc la douleur est diminuée. On a aussi la relaxation psychothérapique, l'hypnose analgésique. Dans le cas des douleurs psychiques, c'est une autre approche qui va être plutôt holistique, c'est-à-dire qui va prendre en compte l'enfant dans sa globalité, aussi bien psychique que physique. Les pédopsychiatres vont entrer dans cette prise en charge. Et j'interviens également par la relaxation qui va permettre à l'enfant de gérer sa douleur et la faire diminuer, voire disparaître. ■



Administration d'une sucette de saccharose à visée antalgique chez un nouveau-né

Le soin passe mieux avec la distraction !

Stéphanie, puéricultrice et Elodie, auxiliaire de puériculture, ont mis en place une drôle de trousse de soins aux urgences pédiatriques. Hochets, jeux divers, bulles de savon... participent à rendre le soin moins douloureux.

« Au fil de notre expérience et de nos formations, nous avons mis en place des outils de distraction : bulles de savons et chansons pour les plus petits, jeux tels que « Où est Charlie », « Le jeu des 7 différences », « Chercher l'intrus », pour les plus grands... afin de distraire les enfants pendant un soin douloureux ou lors de leur accueil aux urgences. Mais, on ne fait pas des bulles pour faire des bulles. Il a été prouvé que le soin se passe mieux quand on pratique une distraction. Grâce à la distraction, l'enfant est concentré sur le jeu, ce qui détourne son attention. Il ne s'occupe plus du tout du soin et en oublie la douleur et la peur. Car, la peur chez l'enfant entraîne souvent la douleur. C'est étroitement lié.

On a aussi l'hypno analgésie qui est utilisée chez les plus grands. C'est-à-dire qu'on va faire parler l'enfant de choses qui lui plaisent, pour le mettre dans un univers qu'il aime bien. L'objectif est qu'il en oublie le soin. Parfois, ces techniques à elles seules peuvent se substituer à l'utilisation de molécules médicamenteuses. Ce qui est intéressant avec la distraction, c'est que les parents vont être admis et participer également au soin. Et si on arrive à rassurer les parents, on constate très souvent que l'enfant va se calmer. »



La gestion des flux au groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

La gestion des lits dans les établissements de santé pose le problème de la gestion opérationnelle des flux de patients, faisant cohabiter des flux programmés et non-programmés. Elle nécessite la mise en place d'une gestion prévisionnelle des activités, et mène à une démarche de mise en adéquation des ressources aux activités. Voici une synthèse du retour d'expérience du chantier conduit par le GH Paris Saint Joseph avec l'Anap, que notre nouvelle cellule dédiée à cette gestion (voir page 14) a observé avec attention.

La complexité de la thématique « gestion des lits » est double. Elle vient d'abord de l'approche du parcours patient dans sa globalité, de la préadmission à la sortie et de l'amont à l'aval du séjour. Elle est renforcée par la multiplicité des types de séjours présents dans les établissements de santé : hospitalisations programmées (conventionnelles, de semaine, à domicile, ambulatoires) et hospitalisations non-programmées (depuis les urgences, directes dans les unités de soins).

Le manque de visibilité sur les lits disponibles prive parfois ces patients d'un hébergement adapté, alors que des lits sont vides ou réservés dans l'établissement. Il engendre des temps de recherche en lit importants, mobilisant longuement des équipes soignantes à des tâches improductives, et génère des tensions interservices inutiles.

Des transferts de patients « faute de place » sont parfois organisés, chronophages pour les équipes des urgences, éloignant les patients de leur famille et privant accessoirement l'établissement d'une source de recette. Il existe également des admissions directes non-programmées dans les services : entrée directe via le SAMU en unité critique suivant une organisation des soins en filière spécialisée, entrée directe d'un patient proposé par un médecin libéral à un médecin spécialiste ou d'un patient connu de l'établissement nécessitant une réhospitalisation rapide. Ce type d'admission est également source de perturbation de la programmation des soins et interfère avec les processus habituels de réservation des lits.

Un projet d'optimisation de la gestion des lits est un projet transversal, qui doit s'inscrire dans une démarche institutionnelle. Il nécessite une implication forte de la direction, du corps médical ainsi qu'une participation opérationnelle pluriprofessionnelle. Afin de faciliter l'appropriation par les professionnels, une approche par le prisme de la performance est fondamentale.

L'expérience du groupe hospitalier Saint-Joseph

L'objectif est la mise en œuvre de modalités de gestion des flux sur de vastes périmètres, propices au lissage des flux urgents et programmés.

Divers moyens sont mis en œuvre pour y parvenir :

- définir le processus cible et l'enrichir en fonction des spécificités de chaque pôle

Un processus de gestion des flux unique sur chaque pôle tenant compte des principes organisationnels à

mettre en œuvre au niveau de l'établissement :

- la gestion des lits est centralisée au niveau d'une cellule unique qui a en charge l'affectation des malades dans les lits et le pilotage des flux d'hospitalisation conventionnelle.
- les « frontières » entre services évoluent dans le temps en fonction des fluctuations d'activité des spécialités.
- les hébergements sont réalisés en respectant des règles définies par les pôles et validées par les chefs de service.
- le service ne gère plus des lits mais est garant de la qualité et de l'exhaustivité des informations transmises au gestionnaire des lits.

- préparer le démarrage du projet

Un retroplanning du projet (format GANTT) a été formalisé pour que l'ensemble des actions de préparation au démarrage soient réalisées à temps. Cet outil a été mis à jour à fréquence hebdomadaire avec l'équipe projet pour maîtriser les délais.

- communiquer auprès des équipes

Les objectifs :

- sensibiliser les professionnels du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph avant déploiement de la Gestion Prévisionnelle des Entrées et Sorties (GPES)
- rappeler et ancrer les objectifs de la démarche auprès des professionnels
- assurer une formation/information continue de tout le personnel, y compris des vacataires, remplaçants, nouveaux arrivés.

- accompagner la constitution de la cellule de gestion de lits

Définition des missions de la cellule de gestion des lits, dimensionnement de l'équipe et formation à l'outil de gestion des lits.

- outiller la cellule de gestion de lits

Le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, comme la majorité des établissements de santé, ne dispose pas d'un Système d'Information Hospitalier (SIH) répondant aux besoins nouveaux d'une cellule centralisée de gestion des lits.

Un outil a été mis à disposition de la cellule de gestion des lits. Il n'est interconnecté ni avec le serveur d'identité ni avec les modules indispensables pour optimiser le travail d'une cellule d'ordonnancement, à

REPERES

Le groupement hospitalier Saint-Joseph est un hôpital privé à but non lucratif.
25 spécialités médicales et chirurgicales
538 lits et places
40 000 séjours en 2009



savoir la prise des rendez-vous de consultations, la consultation du dossier patient, la programmation du bloc opératoire et des autres plateaux techniques (imagerie, ambulatoire...). Son utilisation par l'établissement est donc provisoire dans l'attente de la mise en œuvre d'un module de gestion des lits intégré au SIH.

- définir le processus cible et l'enrichir en fonction des spécificités de chaque pôle

- limitation le nombre de déprogrammations

Aucune déprogrammation du fait d'un manque de lits ne s'est produite depuis le lancement de la GPES, dans aucun pôle. Ceci est dû à la capacité de la cellule d'anticiper les risques de pénurie de lits, mais également aux possibilités d'hébergement des patients dans d'autres services, voire d'autres pôles que celui de la spécialité dont relève le patient. À ce titre, le nombre d'hébergements est désormais comptabilisé.

- diminution du nombre de lits vides

Le nombre moyen de lits vides à minuit a diminué de moitié depuis la mise en place de la GPES.

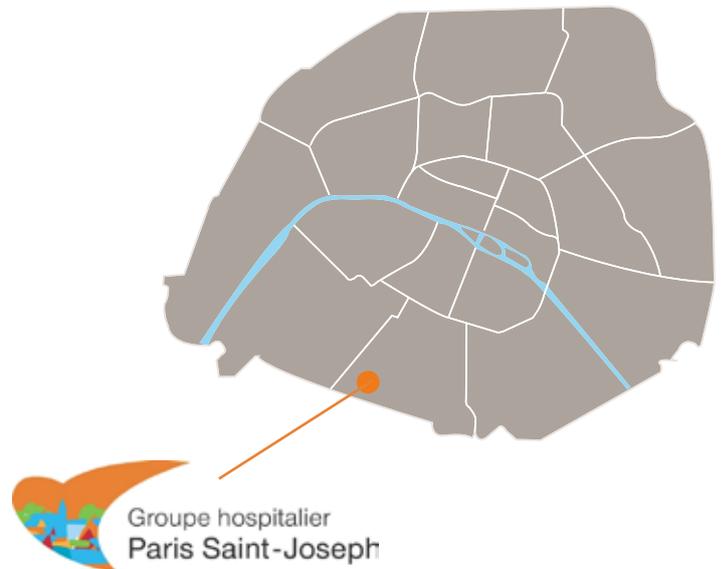
- augmentation du taux de sortie avant 12h

Le taux de sortie avant 12h est passé de 40 % en décembre 2011 à 63 % en mars 2012 sur l'ensemble du périmètre pilote.

Période	2010	2011	1er trimestre 2012
Sainte-Geneviève / Pôle chirurgie digestive, proctologie, orthopédie	8	4	5
NDBS / Pôle MAGUP	25	15,5	16
Saint-Jean / Pôle CNVM	5	5,5	6
Saint-Michel / Pôle SMO	10	N/A	2
Total	48	> 25	29
Nombre total de lits	399	399	447
Taux moyen de lits vides à minuit	12 %	> 6 %	6 %

- augmentation du nombre de séjours

Période		03-2010	03-2011	03-2012	Ecart 03-2012 / 03-2011	Ecart 03-2012 / 03-2011
Ste-Geneviève / Pôle chir. digestive, proctologie, orthopédie	Nombre de séjours	2 657	3 005	3 242	237	7 %
NDBS / Pôle MAGUP	Nombre de séjours	2 024	1 773	1 905	132	7 %
St-Jean / Pôle CNVM	Nombre de séjours	2 819	2 841	3 540	699	20 %
St-Michel / Pôle SMO	Nombre de séjours	3 121	3 275	3 280	5	0 %
Total	Nombre de séjours	10 621	10 894	11 967	11 967	9 %



- tableau d'indicateurs par pôle

Un tableau de bord par pôle suit mensuellement les indicateurs suivants :

- nombre de déprogrammations ;
- taux de sortie avant 12h ;
- nombre de lits vides à minuit ;
- événements indésirables déclarés par le cadre ;
- réactivité de la gestionnaire de lits aux appels du SAU (en minutes) ;
- disponibilité du lit dans le service suite aux appels du SAU (en minutes) ;
- nombre d'appels du SAU traités.

Retour d'expérience

Le management du projet au plus haut niveau décisionnel et le courage et l'engagement de la direction de projet dans la résolution des difficultés du terrain ont constitué des atouts majeurs qui ont permis de faire aboutir le projet.

Les difficultés rencontrées résident essentiellement dans la mise en œuvre du processus cible sur le terrain qui est venue percuter les réflexes d'appropriation de la ressource lit par les services, notamment auprès de l'encadrement de proximité. Le pilotage quotidien et hebdomadaire mis en œuvre avec suivi des actions correctrices a permis d'asseoir la mise en œuvre du processus cible.

Diminution du temps de passage aux urgences et des taux de transfert du SAU vers d'autres établissements

Indicateurs	Avril 2010 à mars 2011	Avril 2011 à mars 2012	Évolution
Nombre de passages	34 492	36 043	+ 4,5 %
Pourcentage de patients hospitalisés (y compris UHCD et lits d'urgence)	20,9 %	22,9 %	16
Patients de + de 75 ans	6 665/ 19,3 %	7 178 /19,9 %	+ 7,7 %
Temps de passage moyen	4h50	4h50	28 min 10,28 %
	Janvier	Février	Mars
2012	49	60	60
2011	72	83	78
Ecart nombre	23	23	18
Ecart %	-32 %	-28 %	-23 %



NOUVEAUX BATIMENTS

BATIMENT BIOLOGIE-SANTE ④

Les deux grues ont été démontées, ce qui caractérise la fin des lots liés à la structure du bâtiment, et la livraison des équipements techniques sur les terrasses.

Le laboratoire témoin a été présenté aux utilisateurs le jeudi 12 septembre 2013. Les remarques sont prises en compte, et un ajustement des prestations est en cours afin de valider cette pièce témoin. Les travaux de pose d'un caniveau technique d'environ 160 mètres entre Dupuytren et le bâtiment biologie-santé ont débuté depuis début octobre ③. Ce caniveau permettra de faire transiter les réseaux de pneumatique, de courants faibles et de fluides spéciaux entre ces 2 bâtiments.

BATIMENT MEDICO-ADMINISTRATIF ①

Le calendrier des travaux pour une livraison fin 2013 et un début de déménagement en fin de 1^{er} trimestre 2014 est tenu. Le cloisonnement, les peintures et sols sont en train d'être réalisés et vont permettre de procéder à la pose des faux plafonds et des équipements (prises...).

BATIMENT CLINIQUE MEDICALE - COEUR-POUMON-REIN

Un seul bâtiment va être construit pour regrouper les activités médico-chirurgicales des pôles cœur-poumon-rein et clinique médicale. Il sera situé à l'arrière de l'hôpital Dupuytren (derrière la blanchisserie), à côté du bâtiment biologie-santé actuellement en construction. Ce nouvel édifice va être construit en partie à la place des services techniques, qui seront démolis.

L'année 2014 va être consacrée à la programmation des travaux et l'obtention du permis de construire. Les travaux auront lieu sur 2015, 2016 et 2017.

HOPITAL DUPUYTREN

REFECTION DE L'INSTITUT MEDICO-LEGAL

Une partie du service de médecine légale a été restructurée afin d'améliorer les conditions d'hygiène des locaux et de bénéficier d'une deuxième salle d'autopsie, si nécessaire, au sein de la salle de conservation des corps.

Ces travaux, se sont déroulés en deux phases sur une durée de deux semaines.

La bonne entente et collaboration du service de médecine légale et des services techniques a permis de mener dans de bonnes conditions et à échéance cette opération, sans interruption de l'activité de l'institut médico-légal.

REFECTION DES LOCAUX DE DIALYSE (4^{EME} ETAGE)

La réhabilitation des locaux de dialyse s'est déroulée en deux phases pour permettre le maintien de quatre postes pendant toute la durée des travaux. Trois mois et demi ont été nécessaires à la réfection complète du secteur comprenant reprises des plafonds, des murs, des sols et le remplacement des menuiseries extérieures. L'espace a été réaménagé pour faciliter la surveillance des patients et le déplacement des lits dans cette zone. Ces travaux ont également permis l'installation d'un lave-bassin, d'une auge de lavage de main, l'aménagement d'une pharmacie et de divers rangements.

HOPITAL JEAN REBEYROL

REFECTION DE L'ETANCHEITE D'UNE TERRASSE (1^{ER} ETAGE DU V 360)

La réfection de l'étanchéité de la terrasse au dessus du hall d'accueil de l'hôpital Jean Rebeyrol (V360) a débuté le 4 septembre. L'ensemble des jardinières vétustes et l'ancienne étanchéité sont remplacées par un complexe en rouleau de bitume recouvert de dalles en gravillons lavés. L'isolation de la terrasse est renforcée par la mise en place de panneaux isolant en mousse de polyuréthane. Un garde-corps répondant aux normes actuelles sera installé pour que le personnel et les patients puissent bénéficier de cet espace en toute sécurité.

EHPAD DR CHASTAINGT

EHPAD 80 LITS ②

Les travaux pour le projet d'EHPAD de Chastaingt sont réalisés à 75 % pour le « gros œuvre ». Les entreprises de plomberie, chauffage, ventilation et électricité ont débuté les travaux dans les zones techniques. La passerelle de liaison entre le projet et le bâtiment de 135 lits a débuté lundi 7 octobre par les travaux de terrassements et de fondations. Une chambre témoin sera présentée aux utilisateurs prochainement.



Visite de Michel Jau, préfet de la région Limousin,
préfet de la Haute-Vienne, au SAMU et aux urgences
30 octobre 2013



Réalisé avec le soutien de
MACSF assurances