

chorus

n°107
janvier 2014

le magazine
du CHU
de Limoges

Dossier

La qualité, cette évidente obligation

Mieux connaître

- **LE CHU DE LIMOGES A LANCÉ SA CHAÎNE YOUTUBE**
- **LES NOUVEAUX CONTOURS DES PÔLES**

Ailleurs

- **LILLE : LA MÉTHODE DU
PATIENT TRACEUR TESTÉE ET APPROUVÉE**

Rencontres

- **PATRICK CHABROL**
- **JEAN-LOUIS BILETTA**
- **LAURIE DAVID**





20

LA QUALITÉ, CETTE ÉVIDENTE OBLIGATION

Sommaire

04 | actualités

07 | à venir

08 | mieux connaître

- 08 | Création de l'institut de cardiologie interventionnelle
- 09 | Le CHU de Limoges a lancé sa chaîne YouTube
- 10 | Comment mieux répondre aux attentes des médecins de ville
- 12 | Les nouveaux contours des pôles
- 13 | Un CHU ouvert sur le monde
- 14 | Publications paramédicales en neuroradiologie interventionnelle
- 15 | Première française en chirurgie cardiaque : un double pontage avec l'aide du robot chirurgical
- 16 | Le PACS : l'image numérique partagée
- 18 | La démarche qualité au pôle plateau médico-technique

20 | dossier

La qualité, cette évidente obligation

30 | ailleurs

Lille : la méthode du patient traceur testée et approuvée

31 | recherche

- 31 | Résultat de l'appel à projet PHRIP 2013 COACHES : étude de recherche d'intérêt pronostic de l'IPS

32 | du côté de la gérontologie

33 | rencontres

- 33 | Patrick Chabrol
- 34 | Jean-Louis Biletta
- 35 | Laurie David

36 | travaux

37 | ressources humaines

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

40 | l'image

Lever de soleil sur le bâtiment médico-administratif

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,
Maïté Belacel,
Christophe Chamoulaud,
Frédéric Coiffe,
Laurent Nicol
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Illustrations
Frédéric Coiffe
Imprimeur
Fabrègue, St-Yrieix (87)
Tirage
9 500 exemplaires
Dépôt légal
1^{er} trimestre 2014
ISSN 0986-2099

éditorial

par Hamid Siahmed,
Directeur général



Je souhaite à chacun de vous et de vos proches une très belle année 2014, une excellente santé et de très beaux projets. Un vœu que je partage avec vous pour notre CHU. Il entre en effet dans un moment de sa vie qui demande que nous lui portions plus d'attention que jamais. La mesure de quelques constantes l'impose. La santé financière de notre établissement est certes moins inquiétante que d'autres. C'est un argument que j'entends d'ailleurs souvent dans notre hôpital quand il s'agit de valider de nouveaux investissements. Il convient pourtant d'affiner le diagnostic. Au moment où j'écris ce billet, le déficit de notre hôpital pour l'année 2013 est évalué à un peu moins de 2 millions

Lendemain de fêtes

d'euros. Un montant significatif, pourtant obtenu en tenant compte de l'apport exceptionnel de près de la même somme, d'arriérés de recettes liées aux deux exercices précédents... et alors que le financement de notre incontournable plan de modernisation n'impacte pas nos comptes 2013. Plus que tout un chacun notre hôpital doit aussi être actif pour rester en bonne santé. Hors, l'activité médicale et chirurgicale, en 2013, suit une courbe à la baisse. A l'inverse de celles des titres

de dépenses de personnels et celles à caractère médical (médicaments, dispositifs médicaux...) et hôtelier. Ce bilan de santé dans un environnement complexe, où les recettes versées par l'assurance maladie « ne vont pas croissantes » et où l'offre de soins privée à but lucratif se structure fortement, ne doit pas faire l'objet d'un déni.

A l'heure où il est beaucoup question d'éducation thérapeutique, vous l'aurez compris, il s'agit bien d'acquiescer, ou plutôt d'exercer les compétences utiles pour rester acteur de la santé de notre établissement, plutôt qu'être demain dépendant des diagnostics et traitements administrés par d'autres. Personnellement, j'ai une plus grande confiance en l'ensemble de nos équipes sur toutes les dimensions du H et du U, pour ce grand corps encore bien debout de notre CHU. Je connais l'expertise et l'engagement de chacun, et je vois grandir la culture de la qualité. Je me réjouis régulièrement des succès rencontrés grâce à de nouvelles pratiques médicales et chirurgicales, comme de ceux mérités des porteurs de projets de recherche médicale et paramédicale. Je regarde comme vous ces murs qui montent sur notre site, non pour l'enfermer mais bien l'ouvrir à de nouvelles ambitions. Poursuivons dans ces voies en ayant la même exigence d'excellence pour nos organisations, en faisant fi des habitudes et des territoires, et en plaçant vraiment - vraiment, le patient au cœur du parcours de soin et de nos projets. ■

Les équipes du CHU expertes ès dopage



Une équipe du CHU de Limoges a obtenu le 1^{er} prix du meilleur article de formation paru dans les revues destinées aux pharmaciens et le grand prix éditorial du Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé pour l'article « Le dopage : quel rôle pour le pharmacien ? » paru en février dernier dans le magazine Actualités pharmaceutiques.

Sur le même sujet du dopage, l'antenne médicale de prévention

du dopage du Limousin, La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) du Limousin et la Société limousine de médecine du sport organisaient le 20 novembre une projection-débat autour du documentaire de Suzanne Chupin « Requiem pour un champion ». 160 personnes sont venues écouter et débattre sur le dopage dans le sport, avec la participation de Christophe Bassons, ancien cycliste professionnel.

Prix santé publique 2013

Un groupe d'étudiants de 3^{ème} année et un étudiant de 1^{ère} année de l'IFSI du CHU de Limoges ont remporté le 1^{er} prix santé publique organisé par l'ARS et la CPAM. Ce prix récompense leurs interventions dans les clubs séniors de la Haute-Vienne, afin de sensibiliser les plus de 65 ans sur l'importance de la vaccination antigrippale et sur les dangers de la non vaccination. Ce prix, de 5 000 € va permettre de financer les stages infirmiers réalisés à l'étranger. Les étudiants ont été encadrés sur ce projet par Isabelle Deleron et Joëlle Vedrenne (à gauche sur la photo), formatrices à l'IFSI.



PLAN BLANC : REPETITION ET ENSEIGNEMENTS

Le jeudi 12 décembre s'est déroulé un exercice plan blanc. Le scénario d'un départ de feu au 8^{ème} étage aile B de l'hôpital Dupuytren avec une dizaine de patients nécessitant une prise en charge a permis de répéter nos organisations et nos coordinations avec la Préfecture, le SDIS et l'ARS. La cellule pluridisciplinaire constituée pour cet exercice a pu identifier les points d'amélioration possibles et prévu d'organiser un débriefing « à froid » en début d'année à la Préfecture. Chorus vous livrera un retour plus précis après cette réunion.

Visite au HME du CHSCT



Le 6 novembre, les membres du CHSCT ont effectué une visite de nuit à l'hôpital de la mère et de l'enfant. Les circuits des urgences gynéco-obstétrique et pédiatrique ont notamment fait l'objet d'échanges entre les membres et les personnels de nuit présents. De l'accueil à la prise en charge, en passant par les aménagements liés aux travaux en cours ou programmés, les représentants de cette instance ont pu évaluer in situ les conditions d'accueil des patients et visiteurs, et de travail des agents. Pour exemple, l'accessibilité des barres de fluides dans les chambres pédiatriques accueillant temporairement deux lits a été discutée.

Prix MNH des internautes

Des étudiantes sages-femmes ont reçu le 3^{ème} prix MNH des internautes pour leur travail sur le dépistage de l'autisme dans le cadre d'un appel à projet national en santé publique. Leur intérêt pour ce sujet était sous-tendu par le constat que plus l'autisme est dépisté tôt, plus l'évolution est favorable. Pour cela, elles ont réalisé une plaquette à destination des parents donnant les principaux signes cliniques de cette pathologie en fonction de l'âge de l'enfant.



LE CHU NOMINE AUX CARNOT-TURGOT

Le service de communication du CHU de Limoges a été nommé pour le prix Carnot-Turgot de la communication 2013. Ces prix récompensent chaque année des personnalités ou entreprises dynamiques ou innovantes de la région Limousin dans les domaines économique, sportif, culturel...

Renouvellement de la certification ISO 9001 de l'unité essais cliniques de la pharmacie à usage intérieur

Notre unité d'essais cliniques de la pharmacie à usage intérieur, qui avait obtenu sa certification initiale en octobre 2010, vient d'obtenir le renouvellement de sa certification ISO 9001. Elle demeure toujours à ce jour la seule unité en France certifiée pour ce secteur.

Mesure du souffle pour le dépistage de la BPCO



Le 20 novembre dernier, dans le cadre de la journée nationale de dépistage de la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), le service d'explorations fonctionnelles physiologiques a organisé des mesures du souffle destinées au grand public et aux professionnels de l'hôpital. Au cours de ces mesures, trois troubles ventilatoires obstructifs ont été dépistés. Les personnes ont été orientées vers des pneumologues.

Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

Le CHU a participé à la journée de dépistage national de l'anévrisme de l'aorte abdominale, le 21 novembre 2013. 76 personnes ont été dépistées au total et aucun anévrisme n'a été détecté. Au niveau national 0,60 % (tout âge et sexe confondus) des personnes dépistées présentaient un anévrisme.



Nouvelle édition du guide régional de thérapeutique anti-infectieuse

Cette nouvelle édition (2013) précise les recommandations actuelles de la prise en charge thérapeutique des principales maladies infectieuses courantes. Son format électronique, comme son format papier de poche devraient permettre de faciliter les prescriptions dans ces pathologies.

Le Préfet a visité le Samu et le SAU

Michel Jau, Préfet de Haute-Vienne et du Limousin, est venu au CHU le 30 octobre dernier. Accompagné de Philippe Calmette, directeur général de l'ARS du Limousin, de Vincent Naturel, stagiaire ENA, ils ont été accueillis par la direction générale avant de visiter notre Samu et notre service d'urgences. Les Dr Pihan, Blavignac et Cueille ont pu à cette occasion présenter les organisations mises en place au quotidien et celles qui vaudraient en cas de situation de crise.



Don de sang placentaire : reconnaissance internationale

La banque de sang placentaire de Bordeaux de l'EFS-Aquitaine Limousin, dont le CHU de Limoges est l'un des centres préleveurs, a obtenu pour une durée de 3 ans l'accréditation internationale de la FACT (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy). Cette accréditation, nécessaire pour exporter les produits vers l'étranger est un label de qualité qui assure la qualité des soins aux patients et les bonnes pratiques de laboratoires. Seules 2 banques en France (Bordeaux et Besançon) sont accréditées.

Afin de mener à cette accréditation, les salles de naissances de l'hôpital de la mère et de l'enfant de notre CHU ont été inspectées et aucune réserve n'a été émise. Ces résultats démontrent la performance dans la qualité de notre travail.

L'augmentation du nombre de dons reste une priorité pour nos salles de naissance. Il est donc important de relayer cette information auprès des futures mamans, en rappelant que ce don reste complètement indolore et sans risque.



MOBILE GEANT

Le 27 novembre, le service d'hémo-onco pédiatrique a inauguré un mobile extérieur. Ce mobile d'envergure, réalisé en métal par un artiste plasticien, aidé de la communauté Rom de Montreuil, a été installé à l'extérieur de l'hôpital de la mère et de l'enfant, sur une bute face aux fenêtres des chambres stériles. Les jardiniers du CHU, ont également travaillé sur l'aménagement paysager de cette bute.

A l'initiative de ce projet, Mila, une jeune patiente hospitalisée en chambre stérile qui un jour dit à son papa : « C'est nul ici, il n'y a rien à voir ! ». Et c'est ainsi, que ses parents, l'équipe du service et les jardiniers ont réfléchi à comment embellir la vue des chambres stériles et créer l'évasion...

Ce projet a été financé dans le cadre du prix Laurette Fugain.



Inauguration de l'Espace de Rencontres et d'Information (ERI®)



Le CHU de Limoges, le Comité Haute-Vienne de la Ligue contre le Cancer et Sanofi France ont inauguré, le 17 octobre, l'Espace de Rencontres et d'Information (ERI®) du Centre régional du Cancer situé à l'hôpital Dupuytren. L'ERI® est un lieu d'accueil, d'écoute, d'échange et d'information destiné aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches. Fruit d'un

engagement entre le CHU de Limoges, La Ligue contre le Cancer (Comité Haute-Vienne) et Sanofi France, ce nouvel ERI® est le 34^{ème} à ouvrir ses portes en France, et le 1^{er} en région Limousin.

Soulager la douleur sans médicament

Hypnose, musicothérapie, relaxation... Le 15 octobre, le CLUD a organisé sur l'hôpital Dupuytren une journée dédiée aux techniques antalgiques non médicamenteuses, dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre la douleur. Le public et les professionnels de santé ont pu participer à des ateliers pratiques, stands d'information et conférences. Cette journée a rencontré un vif succès, ce qui prouve que la lutte contre la douleur est une préoccupation de tous.



Semaine de la sécurité des patients

Du 22 au 29 novembre 2013, des actions d'information et de sensibilisation ont été organisées au sein du CHU dans le cadre de la 3^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients. Cette semaine portait sur 3 thèmes : bien utiliser les médicaments ; favoriser la communication et apprendre de ses erreurs ; bien préparer la sortie du patient hospitalisé.



149 INTERNES

Une journée d'accueil a été organisée le 4 novembre afin d'accueillir les 149 nouveaux internes affectés au CHU de Limoges.



Noël en oncologie

Sous l'impulsion de Catherine Dutheil, infirmière, le service d'oncologie se pare de décorations de Noël chaque année. A l'origine, elle avait aménagé un patio avec un grand sapin lorsque le service était au rez-de-chaussée. Depuis le déménagement au 1^{er} étage, elle a souhaité que cet "esprit jardin" perdure. Grâce au généreux don d'une patiente, elle a pu aménager thématiquement les balcons de chaque chambre avec des plantes, créer un mur végétal artificiel dans la salle d'attente et investir dans des décorations de Noël (sapins, crèches...) afin d'embellir le service pendant les fêtes de fin d'année. Toutes ces décorations ont été mises en place par une équipe de bénévoles lors d'un week-end.



L'école de service social de Prague en visite au CHU



Dans le cadre de la coopération entre les écoles de service social de Prague (République Tchèque) et du Limousin, des rencontres ont lieu tous les 2 ans. En novembre 2013, c'était au tour des étudiants tchèques de venir en France pour découvrir les pratiques

« COUREUR HOSPIT'À PIED »



Un club de course à pied « Coureur hospit'à pied » créé par des personnels du CHU a vu le jour ! Il est ouvert à tout le personnel hospitalier. Trois séances d'entraînement hebdomadaires seront proposées à compter de février 2014. Les débutants sont les bienvenus. Une séance spécifique leur sera dédiée le vendredi. La cotisation annuelle, assurance comprise est de 10 €.

Pour plus d'informations, contactez Stéphane Gauthier, président (06 31 94 10 70) ; Valérie Pinot, secrétaire (06 82 97 30 13) ou Jean-Pierre Reb, trésorier (06 47 52 49 43).

professionnelles, sur le thème gérontologie et handicap. Ils ont visité l'URCC, le L2H et l'hôpital de jour de réadaptation et ont eu droit à une présentation des filières innovantes.

Nouvelle composition du bureau départemental de la MNH

La MNH a procédé à des élections générales concernant la santé et la prévoyance pour 6 ans.

Voici la composition du bureau départemental pour la Haute-Vienne :

- Présidente :
 Brigitte Simonneau
 1^{er} Vice président :
 Jean-Gilles Queriaud
 2^{ème} vice président :
 Françoise Brandy
 Trésorier : Alain Relier
 Trésorier adjoint :
 Philippe Clair
 Secrétaire : Michel Bilan
 Secrétaire adjoint :
 Jean-Christophe Razet
 Membres :
 Joëlle Labrousse,
 Laure Brunet, Michel Soirat
 Délégués :
 Prévoyance :
 Joëlle Labrousse
 Handicap : Françoise Brandy,
 Philippe Clair



EXPOSITION DE PEINTURES ET PASTELS

Une exposition de pastels secs de Raymonde Bauwin-Riche, sur le thème de la femme, a été présentée dans le hall d'accueil de l'hôpital de la mère et de l'enfant sur les mois de décembre 2013 et janvier 2014.

Isabelle Leynier et Christophe Moreau, tous deux aides-soignants dans le service des urgences, ont exposé quant à eux leurs tableaux au 1^{er} niveau du hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren sur la même période.

4^{ème}
COLLOQUE RECHERCHE PARAMÉDICALE GRAND SUD-OUEST
La recherche en soins, de la formation initiale à son application
Judi 25 et vendredi 26 septembre 2014
à LIMOGES

Contact :
pascale.beloni@chu-limoges.fr ou
valerie.delaid@chu-limoges.fr

Don du sang

30 janvier, 27 mars 2014
 Salle de réunion -
 1^{er} niveau du hall d'accueil
 hôpital Dupuytren
www.dondusang.net



AGENDA INSTITUTIONNEL

FEVRIER

- 05 : Codir élargi
- 10 : Commission Médicale d'Établissement (CME)
- 11 : CSIRMT
- 12 : Comité Technique d'Établissement (CTE)

MARS

- 10 : Commission Médicale d'Établissement (CME)
- 27 : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

JOURNEES DE LA SANTE

JANVIER

- 21 - 28 : semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus
- 25 - 27 : journée mondiale de la lèpre
- 27/01 - 01/02 : semaine du son (thème : "Bruit et violence dans les lieux publics")

FEVRIER

- 02 - 11 : journées nationales de prévention du suicide
- 04 : journée mondiale contre le cancer
- 28 : journée mondiale des maladies rares

MARS

- 01 - 31 : Mars Bleu : mois de mobilisation nationale contre le cancer colorectal
- 11 - 17 : semaine nationale des personnes handicapées physiques
- 11 - 17 : semaine du cerveau
- 13 : journée nationale de l'audition > "Acouphènes et hyperacousie : quelles solutions ?"
- 18 - 24 : semaine d'information sur la santé mentale

CREATION DE L'INSTITUT DE cardiologie interventionnelle



Le 29 octobre 2013, les acteurs régionaux de la cardiologie interventionnelle de notre région étaient réunis à l'ARS Limousin pour officialiser la création de l'Institut régional de cardiologie interventionnelle du Limousin, par la signature de la charte constitutive de cette nouvelle organisation.

Dans un contexte régional caractérisé par une offre de soins diversifiée, assurée par des établissements de santé publics et privés, l'ARS du Limousin a approuvé la création de l'Institut régional de cardiologie interventionnelle proposée conjointement par le CHU de Limoges, animateur de la CHT régionale et la Polyclinique de Limoges (Emailliers, Colombier, Chénieux).

Cet Institut régional a pour vocation de coordonner l'ensemble des actions menées par le secteur public et le secteur privé dans la filière de soins relevant du champ de la cardiologie interventionnelle, et de garantir aux patients une prise en charge d'excellence au niveau de la région. L'institut, chargé de la mise en place d'un service public de territoire en matière de cardiologie interventionnelle, est placé sous l'égide du CHU de Limoges, détenteur de l'autorisation d'activité de cardiologie interventionnelle, qui accueillera son siège dans ses locaux et en assurera la coordination médicale et scientifique confiée au Pr Victor Abovans, responsable du service de cardiologie. Dans le cadre du secteur privé et de la Polyclinique de Limoges, la cardiologie interventionnelle sera pratiquée sur le site de la Clinique Chénieux par ses cardiologues libéraux.

Une prise en charge d'excellence au sein de la région

L'institut régional de cardiologie interventionnelle du Limousin qui rassemble les établissements volontaires du secteur public, du secteur privé et des professionnels de santé, a vocation à organiser et optimiser la filière de soins afin de garantir aux patients souffrant de pathologies relevant du champ de la cardiologie interventionnelle, une prise en charge d'excellence au sein de la région. La réponse au taux de fuite extra régionale passe par la mise en place d'une stratégie commune de prise en charge en cardiologie et rythmologie interventionnelle en assurant le maillage territorial et en favorisant l'accès au plateau technique régional de référence composé des établissements (quel que soit leur statut : public ou privé), sièges de plateaux techniques de cardiologie interventionnelle. L'autre objectif est d'attirer en Limousin des compétences nouvelles en cardiologie et de fidéliser celles qui existent déjà.

L'ARS du Limousin se félicite de la création de cet institut et de la concrétisation d'une collaboration public/privé conforme aux besoins de la population de la région Limousin. ■



Le CHU de Limoges a lancé sa chaîne



Grand public et professionnels de santé partagent de plus en plus d'informations sur les maladies et les techniques de prise en charge. Et le web est devenu le premier espace pour s'informer. Déjà présent sur les réseaux sociaux, le CHU de Limoges a donc lancé officiellement mi-novembre sa chaîne sur Youtube. Les premières vidéos mises en ligne ont déjà été vues plusieurs milliers de fois.

Notre CHU a été un des premiers établissements de santé français à investir les médias sociaux. Pas par mode, mais bien par nécessité, pour répondre aux besoins et s'adapter aux modes d'information de ses usagers et partenaires. Déjà présent sur Facebook et Twitter depuis quelques années, il était donc logique que le CHU de Limoges investisse aussi YouTube.

Les films présentent de nouvelles techniques médicales ou chirurgicales et ou des pratiques professionnelles qui intéressent les professionnels de santé : la vidéo a dans ce cas un avantage évident pour montrer un geste, un site, un équipement et son usage. Les films présentant le Laboratoire Habitat Handicap (L2H), les ateliers de culinothérapie, ou bientôt un autre sur les techniques de préparation de poches de nutrition parentérale s'inscrivent dans cette démarche.

Les interviews vidéo sont aussi de plus en plus sollicitées pour relater les expériences de la maladie et de prise en charge des patients. Les mots, les expressions, les gestes, et la sincérité des personnes filmées portent autrement que sous d'autres formats plus contraints. La rubrique « Consultations et hospitalisations », présente par exemple des vidéos sur l'activité physique pour les patientes atteintes de cancer du sein, le rôle des aidants non professionnels auprès des personnes âgées, ou toutes les étapes de la prise en charge en maternité à l'hôpital de la mère et de l'enfant.

Nous proposons aussi quelques rendez-vous :

- « 3 questions sur » propose en 3 minutes environ de donner les informations de base sur une maladie ou son traitement : par exemple, pour les deux premiers numéros, sur les allergies au pollen et l'asthme.

- « Point de vie », donne la parole à des médecins ou soignants du CHU reconnus pour partager leur expérience à travers le récit de parcours remarquables. Une série inaugurée avec des interviews sans langue de bois

mais pleine d'optimisme du Pr Denis.

Bien sûr, notre chaîne YouTube accueille aussi des films plus institutionnels : ainsi celui présentant le projet en construction du bâtiment hospitalo-universitaire nommé biologie-santé, qui hébergera fin 2014 les laboratoires de l'hôpital et des équipes de recherche du CHU et de l'Université de Limoges. Les informations pratiques auront aussi leur place : par exemple avec des vidéos présentant les différentes solutions et modalités d'accès aux parkings. Les vidéos « recrutement » sont elles au service d'une promotion et une information sur les opportunités de recrutement et carrières au sein du CHU.

Les films du CHU s'exportent

La chaîne YouTube du CHU de Limoges présente aujourd'hui une vingtaine de films réalisés par le service communication de l'établissement, qui en ajoutera une ou deux chaque mois... Enfin, une rubrique « Nous on aime », accueille des clips ou reportages dont il n'est pas l'auteur mais toujours en lien avec la santé : campagnes sur des sujets de santé publique (prévention des AVC, incitation au don d'organe, lutte contre le sida...), chroniques ou reportages sur la santé. Ce lancement n'a pas retenu que l'attention des internautes. La chaîne 7ALimoges va reprendre dans sa programmation quelques uns des films de notre chaîne YouTube, et France 3 nous a autorisé à reprendre sur notre site des « Chroniques santé » tournées avec nos équipes.

Voici donc la promesse de contenus intéressants, variés et qui vont participer à promouvoir nos équipes et notre hôpital. ■

Pour ne rien rater des nouvelles mises en ligne, abonnez-vous !

www.youtube.com/CHUlimoges



Comment mieux répondre aux

Les relations entre la médecine de ville et les hospitaliers ont besoin d'être améliorées. Il ne s'agit pas d'adopter une démarche marketing, mais simplement de développer des relations plus fluides et cordiales entre nos équipes et les médecins traitants, et optimiser le parcours patient tout au long de ses différentes prises en charge. La récente création d'un comité réunissant des médecins de notre CHU et des représentants des médecins de ville trace déjà quelques pistes.

Nous vous en informions dans le dernier Chorus, le Pr Mouliès a désormais dans son portefeuille de missions, les relations avec la médecine de ville. A son initiative, vient d'être créé un comité ville-hôpital réunissant deux groupes de professionnels de santé, du CHU et de médecins de ville. Objectif : dessiner les voies d'amélioration et mettre en place des actions concrètes pour fluidifier les relations entre les deux acteurs. Une première réunion avec l'ensemble de ces personnes (le Pr Fauchais exceptée mais remplacée par le Dr Kim Li), a eu lieu le soir du 21 novembre dans les locaux du Conseil de l'ordre départemental.

Le bulletin de l'ordre des médecins de Haute-Vienne du mois de novembre indiquait déjà des points d'amélioration pour fluidifier les relations de médecins à médecins. Mais cette rencontre a permis d'être plus précis pour notre CHU. Les principaux points soulevés gravitent autour de 4 sujets saillants.

Composition du comité

CÔTÉ CHU

Pr Dominique Mouliès,
Dr Dominique Grouille,
vice-président de la CME,
Pr Anne-Laure Fauchais,
responsable du service
de médecine interne,
Dr Christine Vallejo,
responsable du service
des urgences,
Philippe Frugier,
responsable de la
communication

CÔTÉ MÉDECINS DE VILLE

Dr François Archambeaud,
Président du conseil
départemental de
l'ordre des médecins
Dr Jean-Michel Lambert
Dr Pierre Bourras
Dr Philippe Bleyne
Dr Eric Rouchaud

Difficultés d'accès aux praticiens et réponses inadaptées de certains secrétariats

Il n'est pas rare, quand un médecin généraliste demande un rendez-vous pour un examen complémentaire pour un patient, que certains secrétariats demandent que le patient voie d'abord un médecin du CHU pour valider ce besoin. De la même façon, la demande d'envoi d'un fax ou d'un courrier par le médecin traitant pour avoir un rendez-vous de consultation pour un patient est mal vécue. Cela complique l'accès à nos services mais remet aussi en cause la compétence du médecin prescripteur...

Les médecins rencontrés nous indiquent que l'accès à nos équipes médicales peuvent être « secrétaire dépendants ». Un médecin précise : « Nous comprenons évidemment l'impossibilité de passer le correspondant demandé dans l'instant. Mais on peut nous demander de laisser un message ou nous indiquer quand il sera joignable. En tout cas, il y a un besoin de sincérité dans les communications. Même pour annoncer une disponibilité ou un délai.

Il est inadmissible que l'on nous donne dans une même journée et selon la personne qui décroche, des motifs différents pour justifier de l'impossibilité de nous transmettre un interlocuteur : congés, consultation, colloque... ». La demande de la médecine de ville est simple : porter crédit à leur compétence professionnelle et leur responsabilité.

A l'inverse, les médecins présents ont cité en exemple l'accessibilité de deux de nos services : la médecine gériatrique et l'hématologie, et saluent l'édition de l'annuaire médical du CHU avec des numéros « Prodirect ». La plupart s'en servent : « Pas pour prendre des rendez-vous, mais pour avoir des conseils ou échanger avec des spécialistes. »

Le Dr Kim Li, de notre service de médecine interne, acquiesce : « Nous avons réalisé un comptage des appels reçus sur le portable Prodirect de médecine interne lors de la sortie de la première édition en 2012 : entre avril et août, nous avons reçu 90 appels de médecins généralistes par le portable. Aujourd'hui, nous sommes à 15/20 appels par semaine. Il est devenu indispensable au service. »

La messagerie sécurisée a par contre moins la côte : « L'usage de la messagerie est variable selon les médecins, et cet outil ne nous semble a priori pas convenir pour les bulletins de liaison : qui relirait le courrier avant envoi par le praticien ? Il se pose aussi la question de la solution retenue : le Conseil de l'ordre a lancé MS Santé, messagerie sécurisée à vocation nationale. Apycript existe aussi déjà, et Epsilim annonce une solution régionale pour 2014... »

Un dernier reproche a été formulé : il est courant que les personnes qui décrochent le téléphone ne se présentent pas et ne disent pas bonjour... voilà un point facile et urgent de rectifier.

Maladresses ou propos déplacés d'internes

Des patients pris en charge au CHU, reviennent parfois chez leur médecin traitant en leur expliquant qu'un interne vu pendant leur séjour a critiqué le

Faites parvenir vos suggestions par mail au Pr Dominique Mouliès.

dominique.moulies@chu-limoges.fr

attentes des médecins de ville

traitement ou le diagnostic préalable, ou tenu des propos inappropriés sur leur maladie. Un médecin du Conseil de l'ordre précise : « *les 3/4 des plaintes que nous recevons font mention d'une caution médicale de praticiens sur leur mauvaise prise en charge supposée de leur médecin traitant.* »

La réponse doit être apportée à plusieurs niveaux, et ne concerne certes pas uniquement le CHU. Les acteurs de l'université vont être associés pour sensibiliser enseignants et étudiants au respect dû aux médecins traitants. Quelques services identifiés vont répéter les mêmes recommandations aux internes. Le CHU constate aussi que les internes de spécialités ne réalisent pas le décalage entre leur pratique, avec des praticiens hospitaliers qui assurent ou rattrapent les éventuelles erreurs de diagnostic, et la "solitude" du médecin en ville. Une piste est lancée par les médecins généralistes : sans doute cela serait-il moins vrai si eux-mêmes étaient plus souvent volontaires pour accueillir et former des internes.

Défaut ou retard d'informations sur les patients suivis hospitalisés au CHU

C'est un classique, malheureusement, pour tous les CHU : les médecins de ville se plaignent de ne pas avoir de nouvelles, ou bien trop tardivement des patients qu'ils suivent. Même l'annonce des décès de patient au CHU au médecin traitant est régulièrement oubliée... Les médecins de ville proposent que, ce que certains services du CHU réalisent déjà ou testent actuellement, soit généralisé : un courrier concis, qui aurait valeur de bulletin de liaison dont les secrétariats médicaux n'auraient plus qu'à renseigner quelques champs vides avec les informations essentielles. Lesquelles ? Le diagnostic d'entrée, le diagnostic de sortie, le traitement prescrit et les rendez-vous de suivis éventuels. « *Faites plus court, pour nous donner l'information plus vite. C'est différent du compte-rendu d'hospitalisation, qui peut être envoyé ensuite (et sur lequel l'identification du signataire doit par contre être lisible).* »

Sur le même item, les médecins présents nous demandent aussi :

- de ne pas mettre le compte-rendu dans les pochettes d'imagerie
- que les transmissions inter services au CHU, des informations et prise en charge des patients au fil de leur parcours soient trop souvent oubliées : « *on doit souvent répéter les mêmes informations à chacun des services dans le parcours de soins de nos patients* »
- le délai d'adressage du courrier : minimum 5 jours entre la date de départ vaguemestre et celle de réception.

Captation de patients

« *Dans certaines disciplines, quand on vous envoie un patient « captif », sur des spécialités uniquement sur le CHU ou avec expertise CHU, il part dans le circuit des spécialités du CHU et on ne le revoit plus...* », explique un des généralistes participants. ■

Comment faire venir les médecins de ville à nos événements ?

La situation est paradoxale. Les médecins de ville trouvent que le CHU ne va pas assez vers la ville, mais quand on les invite... ils se déplacent peu. Les participants à ce comité ville-hôpital reconnaissent cette antinomie et avancent des éléments d'explication : « *En fait, on est déjà énormément sollicités pour des événements de tous genres et par tous les acteurs de la santé. Et c'est vrai, vous organisez quand même pas mal de rendez-vous de formation médicale continue.* » Mais quelques rappels ou vœux sont formulés pour favoriser le succès de nos événements. D'abord, il faut viser des créneaux de 18h à 23h, et proposer si possible plusieurs sessions. Ensuite, les événements pour présenter de nouvelles activités et de nouveaux locaux ou équipements de pointe auront leur faveur. Enfin, ils nous proposent de créer des occasions pour présenter les nouvelles générations de médecins du CHU : « *Nous connaissons surtout les médecins de nos promotions ou de promotions proches. Et, c'est logique, nous appelons ou orientons plus naturellement vers des médecins que nous connaissons.* »

LES NOUVEAUX CONTOURS DES POLES

6

pôles hospitalo-universitaires



PÔLE
biologie - cancer

Chef du pôle : Pr Jean Feuillard
Directeur référent : Damien Dumont
Cadres de santé de pôle : Pascale Doré /
Huguette Faubert
Cadre administratif de pôle : David Bernard

- Biochimie et génétique moléculaire
- Laboratoire d'hématologie
- Laboratoire de pathologie
- Histologie, cytologie, cytogénétique et biologie cellulaire
- Bactériologie, virologie, hygiène
- Immunologie et immunogénétique
- Pharmacologie, toxicologie et pharmaco-vigilance
- Parasitologie-mycologie
- Centre de prélèvement et de collecte
- Centre régional de cancérologie
- Hématologie clinique et thérapie cellulaire
- Oncologie médicale
- Radiothérapie
- Médecine de suite d'aigu



PÔLE
neurosciences,
tête, cou, os

Chef du pôle : Pr Philippe Couratier
Directeur référent : Sandrine Aufaure
Cadre de santé de pôle : Marie-Laure Berthaud
Cadre administratif de pôle : Karine Mutel

- Neurologie
- Neurochirurgie
- Neuroradiologie interventionnelle
- Odontologie
- Ophtalmologie
- ORL et chirurgie cervico-faciale
- Chirurgie maxillo-faciale, réparatrice et stomatologie
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Médecine physique et de réadaptation



PÔLE
thorax - abdomen

Chef du pôle : Pr Denis Sautereau
Directeur référent : Nathalie Sassus
Cadre de santé de pôle : Fanny Durand
Cadre administratif de pôle : Marie-Charlotte Lafettas

- Cardiologie
- CTCV et angiologie
- Pathologie respiratoire et allergologie
- Explorations fonctionnelles physiologiques
- Néphrologie, dialyse - transplantations
- Chirurgie urologique et andrologie
- Hépatogastro-entérologie et nutrition
- Chirurgie digestive, générale et endocrinienne
- Médecine de suite d'aigu
- Soins hautement spécialisés



PÔLE
mère-enfant

Chef du pôle : Pr Anne Lienhardt-Roussie
Directeur référent : Anne Guerveno
Cadre de santé de pôle : Catherine Couquet
Cadre administratif de pôle : Karine Mutel

- Biologie de la reproduction
- Gynécologie obstétrique
- Pédiatrie médicale
- Chirurgie pédiatrique, viscérale, orthopédique et plastique
- Urgences pédiatriques médico-chirurgicales
- Plateau ambulatoire et de semaine pédiatrique



PÔLE
clinique médicale
et gériatrie clinique

Chef du pôle : Pr Pierre Weinbreck
Directeur référent : Martine Veniard
Cadre de santé de pôle : Véronique Pragout
Cadre administratif de pôle : Mireille Perrier

- Maladies infectieuses et tropicales
- Dermatologie
- Médecine interne et polyclinique
- Médecine Interne - Endocrinologie - Diabète - Maladies métaboliques
- Rhumatologie
- Médecine gériatrique
- Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques (SSRG)
- Accompagnement et soins palliatifs



PÔLE
soins aigus,
bloc et imagerie

Chef du pôle : Pr François Paraf
Directeur référent : Pascal Gaudron
Cadre de santé de pôle : Marie-Claude Léger
Cadre administratif de pôle :
Marie-Charlotte Lafettas

- Urgences
- CESU
- Consultations et urgences psychiatriques
- SAMU-SMUR
- Radiologie et imagerie médicale
- Médecine nucléaire
- Réanimation polyvalente
- Anesthésie-réanimation
- Bloc opératoire
- Médecine légale

La nouvelle génération de pôles de notre CHU est entrée en vigueur le 1^{er} janvier. Il existait 11 pôles hospitalo-universitaires ; ils sont à présent 6, bâtis dans une logique de parcours patient et d'efficacité des organisations. Nous avons 3 pôles administratifs ; ils évoluent en 3 pôles médico-administratifs, intégrant non seulement les directions logistiques, techniques et administratives mais aussi certains services médico-techniques ou cliniques. Là aussi, leur construction et leur pilotage ont été pensés pour gagner en lisibilité et cohérence. Vous trouverez ci-après les chefs de ces 6 nouveaux pôles hospitalo-universitaires ainsi que les trios de pôle et les directeurs référents.

3

pôles médico-administratifs



PÔLE
politique hospitalière
de territoire

- Direction de la politique gériatrique
- Ehpad Chastaingt
- USLD Rebeyrol
- USLD Chastaingt
- Hospitalisation A Domicile (HAD)
- Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) personnes âgées
- Direction déléguée du CH St Junien
- Direction déléguée du CH St Yrieix



PÔLE
projet d'établissement,
santé publique, qualité
et système d'information

- Direction des projets, de la qualité - gestion des risques et de la contractualisation
- Coordination générale des soins
- Direction du système d'information
- Service de l'Information Médicale et de l'Évaluation (SIME)
- Pharmacie à usage intérieur
- Pilotage missions de santé publique



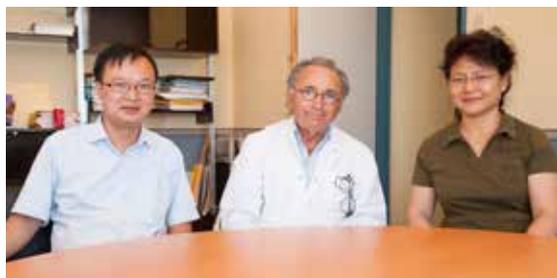
PÔLE
ressources

- Direction des affaires financières, de la recherche et de l'innovation
- Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche (Cebimer)
- Direction des ressources humaines
- Service de santé au travail
- Direction du patrimoine, des équipements et des achats

Un CHU ouvert sur le monde



Délégations vietnamiennes, ukrainiennes ou chinoises en visite dans notre CHU



Ces derniers mois, vous avez tous croisé dans notre hôpital de petits groupes venus de pays lointains. Il s'agissait de délégations accueillies afin de prolonger ou concrétiser de nombreuses coopérations menées parfois depuis plusieurs années avec leurs hôpitaux et leurs universités.

par le Pr Dominique Mouliès, délégué aux relations ville-hôpital et coopérations internationales

La plupart d'entre nous ont mis en place, parfois isolément, des échanges avec d'autres pays, d'autres continents et donnent généreusement de leur temps pour soigner, former, apporter du matériel, tout ceci de manière bénévole. Ce travail « humanitaire » est la preuve d'une ouverture de notre CHU. Celle-ci peut maintenant s'appuyer sur une infrastructure organisée et se transformer en de véritables coopérations officielles. Ainsi, ces « visiteurs » représentent des étapes abouties entre notre CHU et les institutions chinoise, ukrainienne, vietnamienne, dans lesquelles, depuis de nombreuses années, beaucoup d'entre nous se sont investis.

Ces équipes étrangères, composées de soignants, médecins, cadres, directeurs, viennent pour découvrir l'organisation de l'offre de soins dans notre région, qu'ils ont choisie pour sa particularité. Tous sont intéressés par nos structures régionales et locales, mais surtout par nos savoir-faire sur le plan technique, théorique, humain et nos équipements qui les séduisent toujours.

Ces visites sont le prélude à d'autres coopérations et d'autres séjours ou encore la dernière mise au point d'un parcours de soins avant sa transposition sur le site étranger (greffe rénale).

L'intérêt de ces voyages se mesure certes, par la satisfaction de ceux qui se déplacent mais aussi par la mobilisation « positive » de ceux qui savent recevoir. Il faut en effet préparer le séjour de nos invités et programmer visites et conférences et s'adapter souvent au quotidien, et au désir de découvrir plus

profondément telle ou telle technique, telle ou telle spécialité. Il faut donc faire preuve d'une grande souplesse dans notre organisation, et remercier ceux qui ont su au dernier moment se rendre disponibles.

Des échanges très appréciés

Nous avons toujours constaté une amabilité et une complaisance exemplaires vis-à-vis de nos visiteurs qui ont été sensibles à l'accueil de notre établissement. La plupart demandent à revenir pour des stages plus spécifiques.

Il persiste bien sûr la difficulté liée aux différences culturelles et la barrière de la langue qui impose toujours de travailler en petits groupes avec un ou deux traducteurs. Malheureusement, la pratique du français a été souvent abandonnée en Asie du sud-est et l'anglais n'est pas encore pratiqué régulièrement par les pays de l'est ou la Chine. Malgré ces difficultés de communication, le message pédagogique est parfaitement passé et leur curiosité a toujours été satisfaite.

Nos collègues médecins, soignants, administratifs qui ont participé à ces échanges et à cet enseignement, ont pu réaliser combien il peut nous être profitable d'avoir à répondre à des questions pertinentes, de découvrir d'autres pratiques, d'autres conceptions.

Ces visiteurs ont porté avec eux un souffle nouveau, mobilisant notre vitalité et mettant en avant notre attractivité, gage d'une dynamique sur le moyen et le long terme. ■

LES COOPERATIONS INTERNATIONALES EN COURS

Vietnam

Une coopération historique avec l'hôpital universitaire Viet Duc et avec les établissements de santé qui dépendent du service de santé de la ville de Hanoï (hôpitaux Saint-Paul, Dong Da et Duc Giang), qui porte sur le management hospitalier et l'organisation des prises en charge.

Un axe fort sur l'accompagnement à la structuration de l'activité de la greffe rénale sur l'hôpital Saint Paul est en cours de mise en œuvre.

Chine

Depuis 2010 dans le cadre d'une coopération entre les ministères et sur la nouvelle gouvernance hospitalière en vue d'adapter le modèle organisationnel français aux hôpitaux chinois.

Ukraine

Une coopération toute récente qui porte sur la formation des cadres médico-administratifs et administratifs de l'hôpital n°3 de Tcherkassy, au management médico-économique de l'hôpital.

PUBLICATIONS PARAMÉDICALES EN neuroradiologie interventionnelle

Une étude dosimétrique a fait l'objet d'une présentation par les manipulatrices en électroradiologie de notre CHU au congrès SFNR (Société Française de NeuroRadiologie) en avril 2013 et d'un article dans la revue nationale Manip-Info de novembre 2013.



Et bientôt...
Deux nouvelles publications en lien avec les activités de neuroradiologie sont en cours pour des présentations SFNR 2014 et 2015.

LEXIQUE

¹NRI :
Neuro Radiologie
Interventionnelle

²NR :
Normes de Références

³Réflexion sur
l'optimisation
des paramètres
(scopie, position
du capteur/patient,
distance foyer-ampli,
collimation, filtration...)

⁴PDS :
Produit Dose x Surface
Gy.cm² :
dose en Gray
par surface en cm²

⁵Acronyme de
la roue de Deming
pour Plan - Do - Check -
Act pouvant se traduire par
préparer - réaliser ou faire -
vérifier ou contrôler - réagir

Les manipulatrices qui ont présenté les résultats de cette étude ont reçu à cette occasion le prix SFNR de la « meilleure communication manipulateur ». Cet engouement de l'équipe paramédicale pour optimiser la « dose-patient » lors des interventions de neuroradiologie interventionnelle a été initié en 2012 par l'étude sur les « artériographies cérébrales 3 axes et plus » aussi menée au CHU de Limoges en collaboration avec le radiophysicien référent.

Etude comparative de la dose d'irradiation en fonction de la technique d'embolisation d'anévrismes intracrâniens (Adeline Dumas et Christelle Breton)

L'anévrisme est une hernie de la paroi artérielle communiquant avec celle-ci par une zone de rétrécissement appelé collet. La NRI¹ est une spécialité qui permet de traiter par voie endovasculaire ces malformations artérielles. Le contrôle du geste thérapeutique est assuré par l'utilisation de rayons X. L'irradiation du patient reste une des préoccupations des opérateurs. Des cas d'alopécie (chute de cheveux) transitoire ont été décrits dans les suites post opératoire. Le projet du service inclut dans son programme qualité un plan d'actions visant à réduire la dose délivrée aux patients pour ce type d'intervention.

En 2009, l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire) a proposé la mise en place de NR² en NRI. Les trois objectifs de notre étude ont été, de comparer les doses d'irradiation selon quatre techniques d'embolisation pratiquées au sein du service. La méthode a consisté, d'une part à établir selon un échantillon de patient notre NR et de le comparer à la NR nationale, et d'autre part à réaliser une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) avec pour objectif l'optimisation de la dose délivrée.

Nous avons retenu 146 patients sur les 260 traités entre mars 2011 et janvier 2013. Les patients aux anévrismes multiples et aux données manquantes ont été exclus de l'étude.

Selon la méthode de l'IRSN, 20 patients ont été retenus par tirage au sort pour chacune des quatre techniques pratiquées. Les NR obtenues à l'issue d'un travail d'analyse des pratiques³ sont les suivantes :

- Le coiling simple est l'utilisation de filaments de platine que l'on déroule dans l'anévrisme et qui permet la thrombose de celui-ci. La moyenne du PDS⁴ est de 268 Gy.cm².
- Le remodeling consiste en un placement temporaire

d'un ballonnet en regard du collet de l'anévrisme dont l'inflation permet le déroulement des spirales à l'intérieur du sac. La moyenne du PDS est de 290 Gy.cm².

- Le coiling assisté d'un stent, est la mise en place de coils sous la couverture d'un stent placé en regard du collet de l'anévrisme. La moyenne du PDS est de 248 Gy.cm².

- Le stent à dérivation de flux (FD) est l'utilisation d'endoprothèse à maillage tressé qui permet la thrombose de l'anévrisme en déviant les flux d'entrée et de sortie de celui-ci. Il s'agit de la seule technique au cours de laquelle un déploiement de spirales dans le sac n'est pas forcément nécessaire. La moyenne du PDS est de 173 Gy.cm².

En conclusion

Le remodeling est la technique la plus irradiante, elle est privilégiée lors des traitements en phase aiguë. En effet le ballon permet l'occlusion temporaire du sac anévrysmal en cas de rupture inopinée lors de l'embolisation. Le coiling simple et le coiling assisté du stenting ont un PDS comparable. Le FD est la technique la moins irradiante, grâce au temps de scopie très faible reflétant la rapidité de la mise en place du stent.

La NR locale est de 244 Gy.cm² et la NR nationale de 349 Gy.cm² pour les embolisations d'anévrismes. Cette différence s'explique par un travail d'optimisation des différents paramètres de l'exposition et par la formalisation et standardisation des protocoles.

Cette étude dosimétrique montre la faisabilité de la mise en place d'une NR locale en NRI. Accompagnée d'une Etude des Pratiques Professionnelles (EPP), elle a permis de réduire de 27 % la dose globale délivrée au patient. Cet excellent résultat a été obtenu grâce à la collaboration des manipulateurs, de l'encadrement, du radio-physicien et des médecins neuro-radiologues interventionnels. La NR locale ainsi évaluée servira de « temps zéro » et pourra rentrer à nouveau dans un protocole dosimétrique de réévaluation annuelle dans une logique PDCA⁵.

Enfin, le service de NRI a encore prouvé son dynamisme en présentant le nombre national le plus important de communications orales médicales et paramédicales, et en obtenant deux prix sur quatre délivrés lors de ce congrès. Nous tenons à féliciter Mmes Breton et Dumas pour leur meilleur prix paramédical et M. Rouchaud pour le prix de la meilleure présentation médicale. ■

PREMIERE FRANÇAISE EN CHIRURGIE CARDIAQUE UN DOUBLE PONTAGE AVEC L'AIDE DU ROBOT CHIRURGICAL



Le Dr Alessandro Piccardo et le Dr Alexandre Le Guyader



Notre CHU était déjà reconnu comme un des plus dynamiques sur la chirurgie robotique. Notre équipe de chirurgie cardiaque a renforcé cette réputation, en réalisant des pontages aorto-coronaires robot assistés. Une première en France qui en appelle d'autres, et dont les bénéfices pour les patients sont multiples.

Seuls deux établissements de santé en France pratiquent la chirurgie cardiaque robot-assistée : le CHU de Bordeaux et celui de Limoges. Démarrée en janvier dernier, sur le robot Da Vinci dernière génération, l'activité de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire du CHU prend une nouvelle dimension. Ses équipes avaient déjà réussi avec succès un pontage aorto-coronaire avec l'aide du robot chirurgical : « *Le patient qui avait entendu parler de notre chirurgie robot-assistée nous a demandé de bénéficier de cette technique. Nous étions prêts* » explique le Dr Le Guyader. Depuis, une dizaine d'interventions du même genre ont été réalisées.

Mais le 5 septembre 2013, l'équipe conduite par le Dr Le Guyader, accompagné du Dr Piccardo a réalisé pour la première fois en France un double pontage aorte-coronaire à cœur battant par mini-thoracotomie avec l'aide du robot chirurgical. 3 jours après, la patiente opérée se levait de son lit. « *La possibilité de réaliser une revascularisation complète permet de proposer cette technique à un plus grand nombre de patients* » continue le Dr Piccardo. L'acte mini invasif et la précision offerts par l'appui du robot présentent de très nombreux avantages pour les

patients. Habituellement, on accède au cœur après avoir scié le sternum, avec tous les risques associés d'infections, de complication sur le plan respiratoire, d'hémorragie, de douleurs post-opératoires et en laissant une cicatrice que les patients peuvent avoir des difficultés à accepter. De plus, habituellement, il faut compter 3 mois de consolidation du sternum dont le premier mois en hospitalisation. La mini incision que demande le robot permet d'accéder au cœur de façon différente, sans traverser le sternum, réduit ces désagréments et ces complications, et autorise un retour à la vie, personnelle et professionnelle, beaucoup plus rapide.

Fort de ce premier succès, l'équipe a réédité cette performance en octobre. Le Dr Le Guyader : « *La voie d'abord change mais la technique opératoire reste identique. Tous les avantages de la technique nous incitent à présent à réaliser des mono pontages intégralement avec le robot avec 3 petits orifices correspondant aux instruments du robot, des revascularisations complètes robot-assistée par minithoracotomie. La valve mitrale doit bénéficier de ce progrès avec réparation réalisée intégralement sous robot. La durée du séjour dont les soins intensifs devraient aussi être réduits.* » ■

La chirurgie robot assistée en 3 chiffres (année 2013)

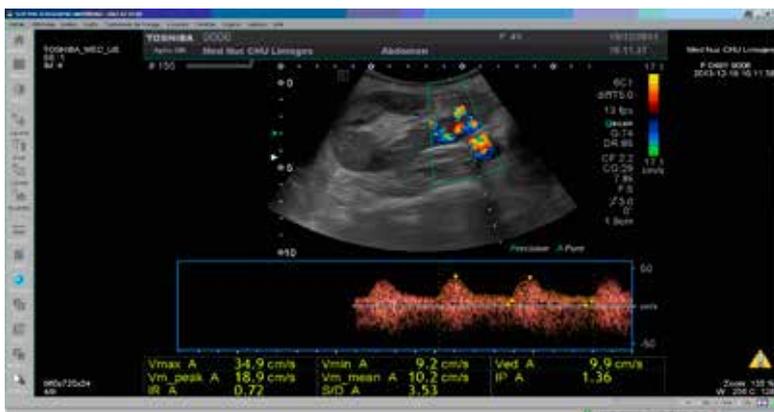
1 400
le nombre de robot chirurgicaux Da Vinci aux Etats-Unis

50
le nombre d'établissements équipés du même robot en France

2
le nombre de CHU français à pratiquer une chirurgie cardiaque robot-assistée

Le Pacs :

l'image numérique partagée



Le CHU de Limoges s'est équipé d'un Pacs (Picture Archiving and Communication System). Aujourd'hui son déploiement dans l'ensemble des service du CHU est achevé. Cette phase, démarrée en juin 2013 a permis de mener à bien les volets organisationnels et les formations indispensables à une bonne exploitation du système.

L'imagerie est un élément essentiel du diagnostic, du traitement et du suivi des patients. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont considérablement fait évoluer cette discipline et l'ensemble des techniques d'imagerie (MR, CT, US, PT, CR)¹ sont maintenant numériques. Le développement de l'imagerie numérique d'une part et les progrès technologiques d'autre part sont à l'origine d'une augmentation du nombre et

du poids des images rendant leur gestion complexe. Le Pacs simplifie cette gestion depuis la production de l'image jusqu'à son archivage. Il permet de traiter, d'interpréter les images numériques acquises par les modalités, de les stocker,

de les indexer en les associant à un patient et un examen, de les diffuser et de les archiver dans de bonnes conditions de conservation. Les examens d'imagerie ainsi dématérialisés sont accessibles rapidement et simultanément pour les professionnels qui en ont besoin.

D'abord, un outil de gestion interne au CHU

Le Pacs est avant tout un outil de partage des images médicales à l'ensemble des cliniciens prescripteurs et des radiologues. Il constitue l'ossature du système de diffusion des images et des comptes rendus qui leur sont associés à deux niveaux.

D'abord au niveau de l'imagerie, en faisant communiquer les consoles Pacs avec l'ensemble des équipements producteurs d'images. Ces consoles permettent de consulter, traiter les images avec l'essentiel des fonctionnalités des anciennes consoles constructeur et d'utiliser la dictée et/ou reconnaissance vocale en lien avec l'outils de gestion RIS².

Ensuite, au niveau de l'établissement, en assurant la diffusion à tous les services cliniques, des résultats des examens d'imagerie associant l'ensemble des images

et le compte rendu en simplifiant l'accès aux images clés de l'examen que le radiologue a identifiées :

- par son intégration contextuelle au dossier patient Crossway, il assure une simplicité d'accès à l'application
- par son module de traitement, il propose des images dynamiques auxquelles pourront être appliquées les mêmes fonctionnalités de traitement que celles du radiologue
- par son module d'archivage, il optimise la fonction comparaison dans le suivi et l'évolution des traitements et facilite les concertations pluridisciplinaires.

Mais aussi une ouverture sur l'extérieur...

Le PACS doit constituer un socle d'échange d'informations entre hôpitaux de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) et entre ville et hôpital en tant que point d'entrée à la mise en oeuvre d'une politique de téléradiologie. Mais aussi en tant qu'articulation avec la médecine de ville grâce à une extension via internet. Pour ce faire, les consignes d'accès à l'imagerie depuis le web sont mentionnées sur chaque compte-rendu.

Une véritable valeur ajoutée à la prestation d'imagerie

Désormais, l'utilisation du Pacs constitue pour le CHU une véritable avancée en termes de qualité et de sécurité des soins. Ses gains sont multiples et touchent différents aspects de la prise en charge.

Pour le patient, il va améliorer le diagnostic par un accès aux antécédents, optimiser la coopération entre professionnels de santé et proposer une véritable valeur ajoutée aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Il s'inscrit aussi dans une démarche de santé publique en aidant à faire face à la raréfaction des radiologues.

Pour l'hôpital, le Pacs va alimenter le dossier informatisé du patient et contribuer à une meilleure circulation de l'information ainsi partagée en respectant la dynamique développement durable de l'établissement puisque les films, CD et DVD, vont disparaître.

Une évolution incontournable de la gestion de l'imagerie

LEXIQUE

¹(IRM, TDM, ECHO, TEP SCAN, RADIOLOGIE)

²Logiciel métier utilisé pour gérer les activités de l'imagerie



Sur le plan médico-technique, ce dispositif va offrir aux cliniciens des fonctionnalités de post-traitement avancées et constituer un dossier d'imagerie toutes modalités confondues pour alimenter le dossier informatisé du patient.

Mais côté publications et recherche, le Pacs va aussi constituer un outil bibliographique en identifiant des examens par centre d'intérêt. Il va permettre de faire face à l'explosion annoncée de la volumétrie (nombre et poids des images) dans le strict respect de la législation sur la durée de conservation des données médicales. Au total, le Pacs présente donc un grand intérêt médical. Il simplifie la recherche et la récupération des images, des antériorités notamment, en permettant d'obtenir une exhaustivité de l'archivage d'examens en lien avec le parcours du patient au CHU. Il dote le clinicien d'outils de post-traitement particulièrement puissants lui permettant de mieux exploiter les qualités dynamiques de l'image.

Le PACS du CHU de Limoges : en phase de production

A partir de décembre 2012, la société Telemis fournisseur du Pacs a démarré la formation des professionnels de l'imagerie (radiologues et manipulateurs) soit plus de 100 personnes. En mars 2013 le Pacs était en service pour toutes les activités du service de radiologie et imagerie médicale et de la médecine nucléaire. Depuis juin 2013, Telemis et les administrateurs Pacs ont assuré la formation de près de 300 médecins et le suivi des services pilotes. A partir d'octobre 2013 les administrateurs Pacs ont réalisé la création de 549 comptes utilisateurs pour les cliniciens du CHU et ont poursuivi leurs formations dans les services.

Enfin, un planning de dématérialisation est engagé afin de supprimer la redondance entre support de l'information d'imagerie via le Pacs et support de l'information d'imagerie via le support film ou CD. Le comité de pilotage du Pacs du 19 septembre 2013 a fixé le début de ce planning au 2 décembre 2013.

Cette dématérialisation porte uniquement sur le support de l'image. Le compte rendu papier de l'examen ainsi que la planche résumé continueront à être renvoyés au prescripteur. ■

Planning de dématérialisation

| | | |
|---|---|--|
| Au 2 décembre 2013 | Suppression CD et films pour les patients hospitalisés du CHU | Sauf service des urgences (le statut final GAM de la visite du patient n'est pas connu au moment de l'examen d'imagerie) |
| Au 2 février 2014 (à valider en COPIL) | Suppression CD et films pour les patients externes du CHU | Sauf service des urgences (un grand nombre de patients repart du CHU pour consulter son médecin traitant) |
| Au 2 mars 2014 (à valider en COPIL) | Suppression CD et films pour les patients externes de ville | Tous services |

DE LA SECURISATION DU PACS

Le couplage SIH-RIS-Pacs constitue le pivot de toute activité du plateau d'imagerie et l'unique support de diffusion et de communication des résultats auprès des prescripteurs. Il est donc primordial de maintenir son bon fonctionnement tout au long de l'année afin de garantir l'exhaustivité des informations du dossier patient et de contribuer ainsi à la dématérialisation du DPU.

Le binôme d'administrateurs de terrain en collaboration avec les référents direction du système d'information a pour objectifs :

- de maintenir le Pacs opérationnel
- de fournir aux utilisateurs les informations indispensables à son exploitation
- de réguler la production quotidienne d'images
- d'assurer la bonne cohérence des images avec les dossiers des patients
- de garantir l'évolutivité du Pacs

La démarche qualité AU POLE PLATEAU MEDICO-TECHNIQUE

Inscrite au cœur du projet de pôle initié par le Pr Nathan-Denizot, la qualité s'est imposée comme un trait d'union des différentes composantes du pôle : anesthésie-réanimation, blocs opératoires, pharmacie à usage intérieur, plateau de chirurgie ambulatoire et service de radiologie et d'imagerie médicale.

Organisée autour des référents qualité et des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) du pôle mis en place en 2010-2011, la démarche qualité s'est renforcée avec l'arrivée d'un technicien supérieur hospitalier en 2013. Cette structuration a permis le déploiement de nombreuses démarches autour de 3 thèmes : la satisfaction du patient, l'amélioration et la sécurisation des pratiques et enfin le suivi d'indicateurs qualité.

Plusieurs enquêtes de satisfaction du patient ont été menées

Plateau de chirurgie ambulatoire

Initiée en 2011 et systématisée en 2012, elle explore l'accueil, l'information, la disponibilité des professionnels, la prise en charge de la douleur, le confort et le respect de l'intimité. Des actions d'amélioration sont en cours : meilleure prise en compte de l'intimité, prise en charge de la douleur avec une prescription plus systématique d'antidouleur en post opératoire après chirurgie de l'oeil.

99 %
DE
SATISFACTION
GLOBALE

Consultants en anesthésie

Initiée dès 2011 et reconduite en 2013, cette enquête analyse la qualité de l'accueil, l'accessibilité au service, l'information donnée aux patients. Les résultats suggèrent de poursuivre la réflexion sur l'accessibilité au CHU (site Dupuytren) et sur la compréhension de l'information donnée aux patients concernant les risques de l'anesthésie.

98 %
DE
SATISFACTION
GLOBALE

Service de radiologie et d'imagerie médicale

Initiée en 2011 pour les patientes accueillies en sénologie, elle a mis en évidence une forte attente d'humanisation des locaux malgré la jeunesse du bâtiment. Une action a donc été menée pour masquer au mieux l'environnement hospitalier. L'enquête est en cours de renouvellement pour le secteur de la sénologie et proposée aux autres patients accueillies pour des examens radiologiques.

L'amélioration et la sécurisation des pratiques

Enquête sur l'antagonisation de la curarisation

Elle analyse la sécurité de la prise en charge anesthésique et permet un suivi médico-économique : initiée en 2010 et renouvelée en 2012, cette évaluation des pratiques professionnelles observe les modalités de curarisation durant une intervention (facteurs de risques du patient, type de curare, monitoring per et post opératoire) ainsi que la décurarisation (au bloc, avec ou sans antagonisation pharmacologique). Les actions d'amélioration portent sur le rappel des bonnes pratiques et la mise à disposition d'accéléromètres pour faciliter le suivi de la décurarisation. L'enquête démontre une amélioration majeure des pratiques en matière de gestion de la curarisation. En parallèle, les indicateurs de suivi montrent une réduction de certaines complications.

Enquête sur l'administration de médicaments dont la forme est modifiée (écrasement de comprimés ou ouverture de gélules) pour en faciliter l'administration chez certains patients

Les critères observés portent sur la possibilité de modifier la forme d'un médicament, les techniques d'écrasement, l'identification du patient à toutes les étapes, sans oublier le respect de l'hygiène. Les actions d'amélioration ont été ciblées sur les rappels de point clés de l'identification du patient, le respect de l'hygiène des mains et la mise à disposition d'un matériel spécifique facilitant nettoyage et sécurisation des modifications nécessaires.

Evaluation sur l'utilisation de la check-list HAS au bloc opératoire

Initiée avec la participation de la direction en charge de la qualité en 2012, cette évaluation est réalisée mensuellement pour permettre de restituer par spécialité les éléments vérifiés au cours des phases de chaque intervention : critères d'identification du patient, avant induction anesthésique, avant incision chirurgicale et après intervention. Ce retour d'information doit permettre de poursuivre le déploiement de cette check-list, outil bien connu et appliqué de



Les référents qualité et EPP du pôle

Derrière, de g à d : Mélanie Bonati, Bernadette Girol, Marie-Claude Léger
Devant, de g à d : Pr Nathalie Nathan-Denizot, Dr Françoise Ferre-Boulanger,
Véronique Duchiron, Philippe Goergen

longue date dans le secteur de l'anesthésie pour toute ouverture de salle.

Audit clinique ciblé sur la prise en charge de la douleur en post opératoire

Cette évaluation est réalisée à la fois à partir du dossier médical et d'une interview du patient sur la douleur en cours de séjour, démarche qui préfigure en partie la démarche du patient traceur. Cet audit est en cours de finalisation et les résultats en cours de communication aux différents services impliqués.

Les indicateurs qualité

En premier lieu, le pôle suit les indicateurs (Ipaqss) obligatoires au niveau national en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

- tenue du dossier d'anesthésie : résultats 2011 stables et supérieurs à la norme nationale
- conformité des prescriptions médicamenteuses : score 2011 de 57 %, en progression en lien avec le déploiement de la prescription connectée
- conformité des examens d'imagerie : indicateur Ipaqss en cours de généralisation...

D'autres indicateurs qualitatifs plus spécifiques des activités du pôle ont été développés comme le délai des consultations d'anesthésie, le taux d'annulation sur le plateau de chirurgie ambulatoire, les résultats de l'appel du lendemain après une intervention en chirurgie ambulatoire. Leur recueil et leur suivi permettent des bilans réguliers en bureau de pôle, en conseil de pôle ou encore à l'occasion des dialogues internes de gestion avec l'équipe de direction.

En conclusion

L'ensemble de ces actions est résolument tourné vers l'amélioration de la qualité et de la sécurité du soin au patient pour faire converger amélioration du service rendu et exigences de la certification V2014. Même si différentes évolutions de cette démarche sont annoncées (mise en place du « compte qualité », démarche du patient traceur), toutes ces actions ont vocation à se pérenniser au bénéfice des patients accueillis au CHU. ■

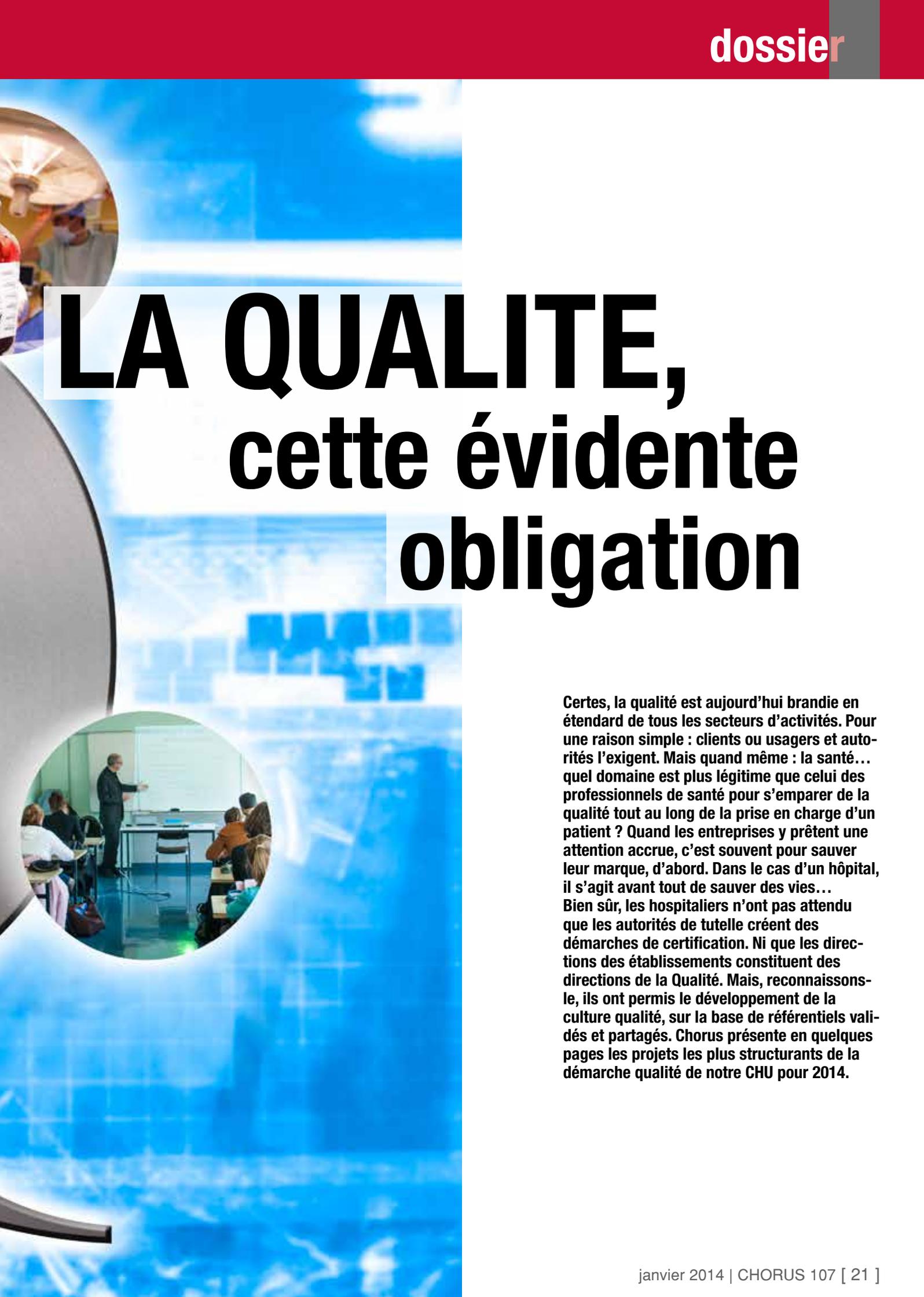


Sénologie (service de radiologie et d'imagerie médicale)



Le robot daVinci au bloc opératoire





LA QUALITE, cette évidente obligation

Certes, la qualité est aujourd'hui brandie en étendard de tous les secteurs d'activités. Pour une raison simple : clients ou usagers et autorités l'exigent. Mais quand même : la santé... quel domaine est plus légitime que celui des professionnels de santé pour s'emparer de la qualité tout au long de la prise en charge d'un patient ? Quand les entreprises y prêtent une attention accrue, c'est souvent pour sauver leur marque, d'abord. Dans le cas d'un hôpital, il s'agit avant tout de sauver des vies... Bien sûr, les hospitaliers n'ont pas attendu que les autorités de tutelle créent des démarches de certification. Ni que les directions des établissements constituent des directions de la Qualité. Mais, reconnaissons-le, ils ont permis le développement de la culture qualité, sur la base de référentiels validés et partagés. Chorus présente en quelques pages les projets les plus structurants de la démarche qualité de notre CHU pour 2014.

« Sans qualité, il ne peut y avoir d'activité »

Damien Dumont, directeur de la qualité, de la gestion des risques et de la contractualisation, n'essaie plus de convaincre de la nécessité d'une démarche structurée et constante de qualité. Les acteurs de notre CHU savent que nous la devons aux patients. Mais l'exigence et l'engagement que demande une politique institutionnelle est devenue vitale. Pour lui, les hôpitaux non investis dans cette démarche sont condamnés.

La qualité est-elle plus présente en santé aujourd'hui qu'hier ou est-ce simplement une approche différente ?

La qualité a toujours été présente dans le domaine de la santé, et ce de façon très prégnante, et heureusement ! Elle est au cœur même de la prise en charge des patients. En revanche, il est vrai qu'aujourd'hui la qualité se retrouve au cœur des préoccupations des hospitaliers et des pouvoirs publics, au même titre, voire même davantage, que la fameuse T2A.

Pourquoi, cet intérêt renforcé ?

Parce que sans qualité, il ne peut y avoir d'activité. Une autorisation d'activité ne sera pas délivrée ou maintenue sur un site, quel qu'il soit, si ce dernier ne remplit pas les conditions minimales attendues en matière de qualité et de sécurité de prise en charge. Dans ce genre de décision, l'argument financier intervient peu, voire jamais.

Dans ce cas pourquoi la tarification à l'activité n'intègre pas la dimension qualité ?

C'est en ce sens que travaille le ministère de la santé, qui part du principe que si la qualité n'est pas assurée, c'est en raison de la mauvaise utilisation des deniers publics. Les pouvoirs publics réfléchissent à une modulation des tarifs versés à un établissement en fonction des résultats obtenus dans le cadre de la procédure de certification, mais aussi au regard de la pertinence des actes délivrés. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que, chaque année, le CHU de Limoges peut ne pas être remboursé à 100% de ses dépenses en médicament si une faille majeure devait être identifiée dans le circuit du médicament. Enfin, la qualité peut aussi être une source de moindre dépense. Le développement de la chirurgie ambulatoire

est certes une démarche initiée et souhaitée par les pouvoirs publics dans la mesure où elle serait une source d'économie importante pour l'assurance maladie (5 milliards d'euros selon le dernier rapport de la Cour des comptes). Mais il ne faut pas oublier que les prises en charge en ambulatoire réduisent les risques infectieux et se traduisent, le plus souvent, par une forte satisfaction de nos patients.

Vous connaissez « la fable des rameurs », qui moque la qualité et son management modernes jugés trop chronophages. Ne consacre t-on pas trop de temps à la recherche de réponses aux normes au détriment de démarches qualité ad hoc, pour chaque spécialité et chaque patient ?

Il est vrai que contrairement à ce qui a pu être indiqué plus haut, la qualité est souvent vécue sous l'angle de la contrainte, de la complexité, voire de la lenteur. Je ne parle même pas de son côté chronophage. Mais de quoi parle t-on exactement ? Quand on oppose l'aspect chronophage de la qualité, on fait souvent référence à la nécessité de formaliser et de tracer ce qui est fait dans le cadre de la prise en charge d'un patient, au sein même de son dossier. Cela demande effectivement d'y accorder un minimum de son temps. Aujourd'hui, et en dépit des efforts accomplis par les équipes en matière de traçabilité dans le dossier du patient, ce n'est pas toujours fait, avec des risques majeurs encourus pour le patient et les équipes qui l'ont pris en charge. En cas de complication débouchant sur un contentieux, rien ne pourrait alors apporter la preuve que les équipes du CHU ont tout fait pour assurer la meilleure prise en charge possible du patient. Le temps « perdu » pour tracer les actes réalisés sera du temps « gagné » ensuite en cas de contentieux, sans parler de la condamnation évitée.

Et sur le volet managérial ?

Je serai beaucoup plus nuancé. Il est vrai que le management de la qualité implique le respect de certaines règles ou plutôt de processus. Des objectifs sont fixés, des actions sont mises en œuvre et une évaluation est



Damien Dumont

DIRECTEUR DES PROJETS, DE LA QUALITÉ,
DE LA GESTION DES RISQUES ET
DE LA CONTRACTUALISATION

menée afin de s'assurer que les objectifs ont bien été atteints (la fameuse roue de Demming - voir page 24). Si tel n'est pas le cas, des actions correctrices doivent être identifiées et mises en œuvre. C'est effectivement une démarche exigeante, mais elle est indispensable pour s'assurer que le patient bénéficiera d'une prise en charge de la meilleure qualité possible. L'activité hospitalière est souvent comparée à celle de l'aviation civile, en raison de sa complexité et de l'impact immédiat catastrophique en cas de problème majeur. Accepterait-on, par exemple, de prendre l'avion en sachant que le respect de certaines règles n'est pas assuré ? Il doit en être de même pour un patient admis dans un hôpital. Cela explique pourquoi une checklist a été élaborée et mise en place au bloc opératoire. Il s'agit d'un outil destiné à aider les équipes et non à les retarder, tout en sécurisant du mieux possible le passage au bloc d'un patient. Il ne s'agit en aucun cas d'un acte de défiance, mais l'acceptation que toute activité humaine est sujette à une erreur.

Quid des activités labellisées ou certifiées ?

Le CHU de Limoges dispose effectivement de plusieurs unités dites certifiées ISO : le lactarium, la blanchisserie, le laboratoire d'AMP, pour n'en citer que quelques unes. D'autres sont en cours de certification : le laboratoire (COFRAC) et l'hématologie (JACIE). Ces procédures de préparation à la certification sont effectivement lourdes à préparer, à obtenir puis à conserver. Toutefois, une fois obtenues, ces certifications impliquent la mise en place d'une procédure managériale régulière alimentée par l'évaluation des actions mises en œuvre au regard d'objectifs prédéfinis. Comment peut-il en aller autrement quand il s'agit de la qualité de la prise en charge des patients ? Les équipes qui ont obtenu ces certifications sont généralement satisfaites et ne manifestent jamais le moindre regret devant les acquis de cette certification. Il s'en dégage une certaine fierté tout à fait légitime. Et tout le travail réalisé n'a aucunement été fait au détriment du patient, bien au contraire.

Quelles sont les actions qui doivent être poursuivies et quels sont les nouveaux projets qualité en 2014 ?

L'année 2014 va effectivement être une année riche en projets. S'il fallait n'en citer que quelques uns,



Le logiciel de gestion documentaire Ennov

je parlerais bien volontiers de la mise en place d'un dossier patient informatisé. Il s'agit d'un projet très attendu par toutes les équipes et le pôle Clinique médicale et gériatrie clinique sera un pôle pilote dans cette démarche. Par ailleurs, la gestion documentaire va entrer dans sa phase de routine, avec l'aide d'un outil informatique qui entre en production à compter de début janvier 2014. Il faudra donc accompagner les équipes dans le travail de formalisation des procédures. Ces projets structurants ne doivent pas faire oublier les actions en cours et menées dans le cadre de la PAQCS, qu'il s'agisse notamment de la poursuite de l'élaboration de la cartographie des risques, ou de l'identito-vigilance.

Quels facteurs de réussite et quels enjeux ?

Le facteur principal de réussite est celui de la mobilisation régulière et continue des équipes autour d'une politique et d'objectifs partagés. Plus que n'importe quel autre domaine, la qualité implique un investissement régulier. Elle ne peut pas se contenter d'une mobilisation par intermittence. C'est ce dont beaucoup souffrent notre CHU. Et c'est pour cette raison que des évaluations seront régulièrement menées tout au long de l'année 2014 afin de se préparer au mieux à la prochaine visite de certification HAS.

« La qualité a de l'avenir »...

La qualité est centrale dans le domaine de la santé en raison des enjeux sous-jacents et elle le deviendra encore plus demain. Et c'est heureux.

Petits rappels



La HAS

La HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique.



Evaluation et recommandations

La HAS évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge.



Accréditation et certification

La HAS certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

Le patient traceur, « petit nouveau de la certification HAS »



• Guide méthodologique > Le patient-traceur en établissement de santé, « Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » <http://goo.gl/5Tbla8>

• « Patient traceur : l'expérience lilloise », en rubrique « Ailleurs », page 31

« Le patient traceur, l'invité surprise dans la certification des hôpitaux » titrait il y a quelques mois le magazine Décision Santé. Cet outil d'aide à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients que l'HAS envisage d'introduire dans le cadre de la préparation à la prochaine visite de certification n'est pas véritablement un nouvel outil, puisqu'il est déjà très répandu outre-atlantique.

En revanche, l'approche retenue n'est pas comparable puisque si les Etats-Unis mettent l'accent sur l'analyse d'une pathologie, l'HAS souhaite se concentrer sur les processus, et donc le parcours du patient tout au long de sa prise en charge. Comme le précise l'HAS dans la dernière version de son guide méthodologique (voir ci-contre), le patient traceur est une méthode qui doit permettre d'évaluer le parcours du patient, de l'amont à l'aval de son hospitalisation, de réaliser un diagnostic complet sur la qualité et la sécurité de sa prise en charge et d'apprécier le travail en équipe qui en découle. Concrètement, cela signifie que notre CHU va devoir

identifier, avec l'avis de la CME et de sa CRUQ-PC, plusieurs parcours patient qui lui sont spécifiques et qui présentent, pour une raison ou pour une autre, des difficultés dans son organisation interne. Seront également ciblées les activités dites à risque, pour lesquelles des cartographies des risques doivent être élaborées (endoscopie digestive, cardiologie interventionnelle ou bien radiothérapie). Une fois arrêtés, ces parcours patients seront étudiés tout au long de l'année 2014. Il ne s'agira pas de passer au crible l'ensemble des parcours patients, mais bien de se concentrer sur les points où nous pouvons progresser. Cet outil constitue en quelque sorte un test de la maturité d'un établissement dans la prise de conscience de ses faiblesses et de sa capacité à y remédier.

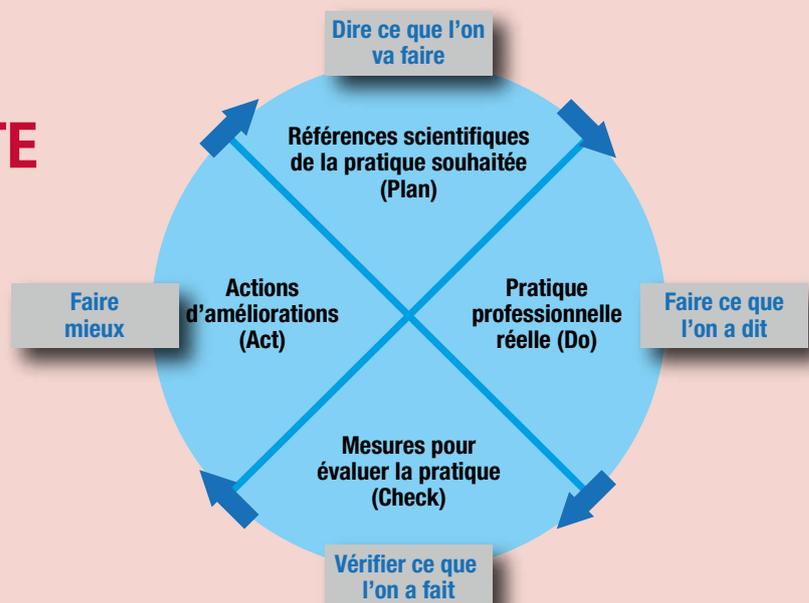


Nathalie Vidal

RESPONSABLE COORDONNATEUR DEMARCHE QUALITE

« La méthodologie patient traceur... c'est travailler en équipes pluri-professionnelles à l'amélioration de nos pratiques en capitalisant sur le retour d'expérience patient »

LA ROUE DE DEMING : UN CLASSIQUE DE LA DEMARCHE QUALITE





Prescription informatisée

Développement Professionnel Continu (DPC), Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et Evénements Indésirables (EI) : quelle articulation ?

La santé est peuplée de sigles en tout genre, et traduisent aussi le foisonnement des dispositifs existants, de façon plus ou moins cohérente. Or derrière ces sigles se cache probablement un fil conducteur : l'amélioration continue de la qualité et de la pertinence des soins. Il en va ainsi pour le DPC, les EPP et les EI.



Au même titre que le patient traceur (voir p30), le DPC est un outil incontournable pour accompagner les professionnels de santé dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients. En effet, l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires explique que le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise

en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Une formation de DPC au moins une fois par an

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé. Depuis le début de l'année 2013, l'ensemble des professionnels de santé doivent participer à une formation de DPC au moins une fois par an. Il s'agit en effet d'une obligation et chaque professionnel de santé devra s'inscrire dans un programme annuel ou pluriannuel de DPC comportant au moins 2 activités :

l'analyse des pratiques professionnelles (assez proche des EPP) et l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances ou compétences, le tout devant se faire dans le respect des orientations nationales et régionales du DPC. A cet effet, et afin d'aider les équipes de notre CHU, la DRH a réalisé un plan de formation médicale et non médicale, intégrant l'ensemble des programmes DPC.

Toutefois, ce qu'il faut aussi retenir est la plus forte articulation entre la formation des équipes et les mesures prises en matière d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. En effet, même si le DPC parle des APP (analyse des pratiques professionnelles, le lien avec les EPP (évaluation des pratiques professionnelles) est évident : il s'agit, à chaque fois, d'évaluer les pratiques au regard des recommandations ou réglementations professionnelles actualisées. Tout ce travail est aujourd'hui organisé par le collège des EPP au niveau de notre CHU. EPP qui sont parfois initiées sur la base de constats de défaillance, voire d'événements indésirables qui sont déclarés par nos équipes.

Avec l'implication plus grande souhaitée et souhaitable des usagers dans le fonctionnement de notre hôpital, que ce soit par la plus grande publicité donnée à leurs plaintes et réclamations, ou bien par la prise en compte plus prononcée de leur avis, notamment au niveau de la CRUQ-PC, leur avis pourra aussi être déterminant pour orienter les différents programmes à retenir en matière de DPC. Au final, ce qui est



Dr Laïla Benmoussa
RESPONSABLE VIGILANCES

« Nos équipes s'engagent, dans l'intérêt des patients, dans une démarche collective d'analyse des événements indésirables associés aux soins »



recherché par les pouvoirs publics au travers de ces dispositifs est certes une amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, mais aussi un accent mis sur la pertinence des soins délivrés. En effet, l'ensemble de ces démarches ne doivent pas être déconnectées des autres enjeux que rencontre notre système de santé : délivrons-nous la bonne prise en charge pour un patient ? Était-il nécessaire qu'il soit hospitalisé ? Avait-il besoin de tant d'exams de radiologie ? Comme le rappelle la DGOS dans son guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins (décembre 2012), le DPC et les EPP doivent participer de l'effort d'amélioration de la pertinence des soins. C'est notamment ce qui sera apprécié dans le cadre de la prochaine visite de certification V2014.

La gestion documentaire

Depuis la fin de l'année, notre CHU a déployé son système informatique de gestion documentaire. Il est destiné à aider les équipes dans la mise en œuvre de sa politique de gestion documentaire, élément indispensable de sa politique d'amélioration continue de la qualité. En effet, même si les implications concrètes du déploiement de cette politique de gestion documentaire sont appréhendées sous l'angle de la surcharge de travail, cette dernière est destinée à aider les équipes dans leur travail quotidien, au bénéfice du patient.

Ainsi, les objectifs de la gestion documentaire sont

d'assurer une formalisation des règles de fonctionnement et des pratiques professionnelles de l'ensemble des équipes, quelles soient médicale, soignante, administrative ou technique. Cela permet de sécuriser les pratiques et d'identifier rapidement d'éventuelles failles ou un défaut d'actualisation des références. En effet, la formalisation doit permettre de mieux prévenir les risques et les dysfonctionnements, que ce soit dans la prise en charge d'un patient, dans la réponse à une coupure électrique ou dans le versement de la paie des agents d'un établissement. Ainsi, c'est à l'aune de ce qui aura été écrit qu'un incident pourra être analysé et corrigé, notamment dans le cadre d'une EPP.

Par ailleurs, le fait de formaliser ce qui est fait ou organisé permet de sauvegarder un savoir-faire au moment où les équipes concer-

nées quittent l'établissement ou changent d'affectation. Cela permet par ailleurs de mieux transmettre ce même savoir aux nouveaux arrivants.

Enfin, cela garantit une meilleure traçabilité dans ce qui est fait au quotidien par les différentes équipes, tout en étant facilement accessible. Il ne s'agit pas moins de constituer une documenthèque à l'échelle du CHU.



Dr Dominique Grouille

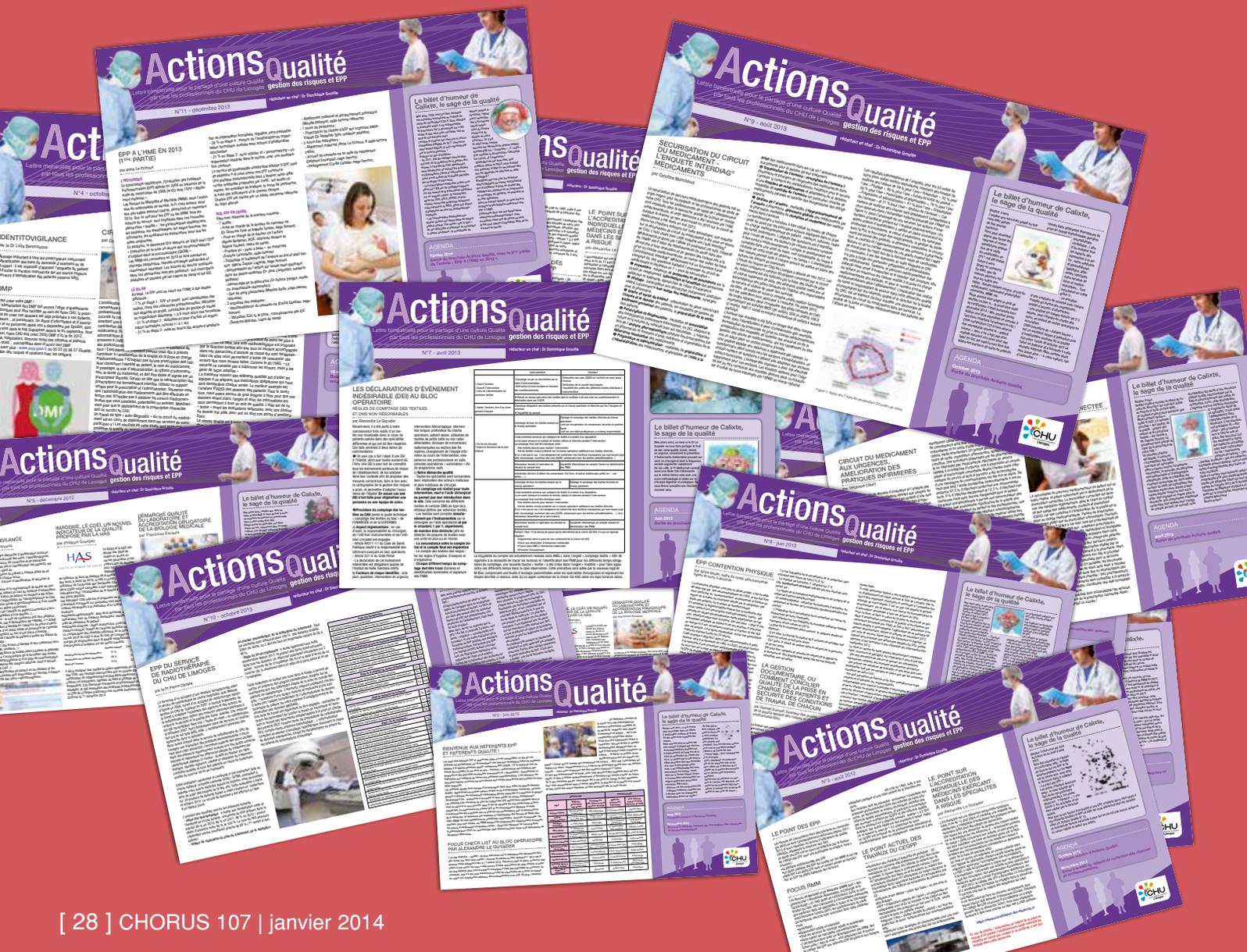
VICE-PRESIDENT DE LA CME

« La culture des EPP s'installe dans notre CHU et démontre partout son importance pour développer une excellence des pratiques médico-soignantes, techniques et organisationnelles »

« Actions Qualité, gestion des risques et EPP » : le document référence

Depuis la fin du 1^{er} trimestre 2012, ce journal est envoyé à l'ensemble des médecins et cadres de notre CHU. 11 numéros sont déjà sortis, abordant tous les projets relatifs à la qualité, la gestion des risques et les EPP. Au-delà des enjeux et procédures liés à ces sujets, cette lettre valorise les retours d'expériences de nos équipes en vue de développer et partager une véritable culture de la qualité au sein de notre établissement. Piloté par la présidence de la CME, la qualité, la gestion des risques et coordination des vigilances, elle associe la coordination générale des soins et les porteurs des projets dans les services concernés par les thématiques de chaque numéro.

L'ensemble des numéros « Actions Qualité, gestion des risques et EPP » est accessible dans Hermès > Documentthèque > Archives qualité





Le dossier patient

Le dossier du patient a fait l'objet de fortes réserves de la part de l'HAS lors de la précédente visite de certification. En effet, contrairement à ce qui est attendu des établissements de santé et rappelé par l'ANAES en 2000, le CHU de Limoges avait conservé jusque là un dossier de spécialité et / ou de service. Concrètement, cela signifiait que chaque service où avait été admis le patient disposait d'un dossier pour ce même patient. Or comme le rappelle l'HAS, le dossier du patient est le lieu où sont recueillies toutes les informations formalisées et actualisées du patient, qu'elles soient médicales, soignantes et administratives.

Cette obligation découle de la nécessité d'assurer la traçabilité du parcours du patient, afin de garantir sa sécurité mais aussi la bonne communication entre les équipes médicales et soignantes. Ces obligations ne pouvaient pas être remplies avec un dossier par service. C'est pour cette raison qu'un dossier patient unique a été déployé dès 2012. Ce dossier n'est pas parfait et se heurte aujourd'hui à l'évolution significative du parcours du patient : ses venues sont plus itératives (ambulatoire, examens externes plus fréquent, au contraire de l'hospitalisation, qui a vocation à décroître) et plus complexes (il n'est pas rare qu'un patient doive être vu par plusieurs praticiens de plusieurs services dans une même journée). Il est évident qu'un dossier par service empêcherait la traçabilité et la bonne communication entre équipes mais le DPU, dans sa version papier, se heurte à des problématiques logistiques : il circule moins vite que le patient, tout simplement parce qu'il doit être alimenté par les comptes rendus ou des résultats d'examens qui sont souvent mis à disposition une fois le patient parti. C'est pour cette raison que le CHU, avec l'aide de ses équipes médicales et soignantes, travaille à la constitution d'un dossier patient informatisé. L'objectif est un déploiement à l'ensemble de l'établissement d'ici la fin de l'année 2014, avec une expérimentation dès le début de l'année 2014 sur le pôle Clinique médicale et gériatrique. L'outil informatique constitue en effet aujourd'hui la réponse la plus adaptée aux objectifs que doit attendre le dossier d'un patient : exhaustivité, accès instantané, disponibilité dans l'ensemble de l'établissement. Cela ne signifie pas que le dossier

patient, dans sa version papier, va disparaître. Certains éléments doivent pouvoir être conservés, mais il sera probablement limité à l'essentiel, le reste étant disponible directement depuis le poste informatique du médecin ou de l'équipe soignante concernés.

DPI et confidentialité

Toutefois, si le DPI constitue une réponse adaptée aux besoins des patients, il pose aussi des questions importantes, notamment pour ce qui relève de la confidentialité des données des patients. En effet, le déploiement du DPI s'accompagnera inévitablement d'une refonte des règles en matière d'accès à l'outil informatique, et l'application stricte de règles destinées à garantir le respect de la confidentialité des informations médicales du patient. Enfin, la question de la durée de conservation des données médicales restera posée : la pérennité de l'outil informatique semble évidente, mais à la différence du papier, son format évolue très rapidement. Il y a encore quelques années, les disquettes étaient le support d'enregistrement le plus répandu, et les disques durs la norme. Il n'en est déjà presque plus question aujourd'hui, et cela au bénéfice des clefs USB, des disques flash et autre « nuages ». Comment, dans ces conditions, garantir la pérennité des données médicales du patient sur une durée devant parfois être de 30 ans ? A moins que la solution ne soit finalement de confier la conservation de ces informations au patient lui-même, par l'intermédiaire d'une carte vitale revisitée en profondeur.

Ce dossier n'est donc pas prêt d'être refermé ! ■

La méthode du patient traceur testée et approuvée



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

Le CHRU de Lille s'est porté volontaire pour tester la méthode du patient traceur mise en place par la Haute Autorité de santé, dans le cadre de la certification des établissements. Retour sur ce nouveau procédé d'évaluation des parcours des patients.

Se baser sur le vécu des patients et aller à leur rencontre pour évaluer la qualité de leur parcours de soins : c'est en quelques mots le principe de la méthode appelée du « patient traceur ». Elle rentre dans le cadre de la certification des établissements assurée par la Haute Autorité de santé (HAS). Cette démarche vise à compléter la phase d'audit de processus qui prévalait jusqu'alors et qui perdure en parallèle.

La nouvelle méthode d'investigation, déjà mise en place aux États-Unis, a été expérimentée en France dans huit structures volontaires, dont le CHRU de Lille. Ce grand hôpital a reçu les experts-visiteurs de la HAS fin septembre 2012, durant une semaine. « Nous avons été prévenus un mois à peine avant la visite. Ce délai nous a permis de sélectionner trois ou quatre dossiers dans une vingtaine de services, afin de montrer fidèlement la réalité de nos activités », explique le Dr Jean-Marc Rigot, président de la sous-commission qualité sécurité des soins et de la prise en charge des usagers de la commission médicale d'établissement du CHRU de Lille.

Des prises en charge complexes étudiées

Les dossiers sélectionnés représentaient des situations complexes, avec des patients ayant connu différentes prises en charge. Les experts-visiteurs ont choisi un dossier de patient par service. Ils sont ensuite allés à la rencontre des professionnels de santé, des patients

et parfois de leur entourage.

« Les patients et leurs proches ont été ravis qu'on leur demande leur avis sur la prise en charge. Ils ont tous accepté de répondre. Quant aux professionnels, ils ont d'abord eu des doutes. Mais, après avoir essayé cette méthode, ils en sont satisfaits car elle valorise leurs pratiques et reflète bien la réalité », indique le Dr Jean-Marc Rigot. Les experts ont également vérifié la présence de tous les documents liés à l'hospitalisation dans le dossier patient, comme la lettre de sortie.

Deux méthodes complémentaires

Après la semaine de visites, les observations n'ont été formulées qu'à l'oral, l'expérience n'étant qu'en phase de test. Elles correspondaient globalement aux résultats recueillis lors de l'audit mené en parallèle pour permettre la certification du CHRU. Le test a par exemple permis de se rendre compte que tous les dispositifs de gestion des déchets n'étaient pas appliqués dans les faits, malgré les bons points de l'établissement en la matière. Concernant les infections nosocomiales en revanche, les constats étaient conformes aux données de la certification. « L'audit de processus et le patient traceur sont, à mon sens, deux démarches complémentaires. L'ancienne méthode est indispensable pour se mettre à niveau et être certifié. La nouvelle est dynamique et simple à réaliser ensuite, en entretien », conclut le Dr Jean-Marc Rigot. ■

LA METHODE DU PATIENT TRACEUR TESTEE ET APPROUVEE

18/20 : la note attribuée par les professionnels du CHRU de Lille à la méthode du patient traceur. Le groupe pilote précise néanmoins une piste d'amélioration « Dans certains cas, nous avons pu noter une certaine frustration de l'encadrement qui n'était pas systématiquement associé ».

© FHF



Centre hospitalier régional universitaire de Lille
De g à d : Yvonnick Morice (directeur général), Freddy Serveaux (directeur du management et des organisations), Elisabeth Lac (coordinatrice de la qualité, des risques, des vigilances et de l'évaluation des prises en charge), Dr Jean-Marc Rigot (président de la sous-commission qualité sécurité des soins et de la prise en charge des usagers de la CME)

ET DEMAIN ?

Dans le cadre de votre démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de votre établissement, utiliseriez-vous cette méthode ?

Nous avons prévu de réaliser des audits internes, des parcours « patient traceur » en 2013 en associant les référents qualité médicaux, para médicaux des pôles et les ingénieurs qualité. C'est une demande très forte et commune exprimée par les professionnels de terrain, la CME, la CGS (Coordination Générale des Soins) et l'équipe de la coordination générale de la qualité, des risques, des vigilances et de l'évaluation des prises en charge.

Extrait de la Lettre Certification & Actualités n°8, janvier-mars 2013



www.has-sante.fr

tapez « Interviews croisées : CHU de Lille, CH de Lunéville, l'Hôpital privé de Natécia et le CH spécialisé Henri Laborit » dans le moteur de recherche

Résultat de l'appel à projet PHRIP 2013



Le projet « **Brazmaman** » : étude de l'impact de la passation de l'échelle de Brazelton sur la confiance de la mère à l'égard de son nouveau-né né prématuré à l'approche du retour à domicile a été retenu pour financement par la DGOS.

Ce projet est porté par Ophélie Kaczanowski, infirmière puéricultrice dans le service de pédiatrie médicale - unité de néonatalogie. En France, la dernière enquête nationale périnatale montre que 6,6 % des naissances vivantes sont prématurées. Pour ces nouveau-nés, leur transfert en secteur de néonatalogie peut entraîner une séparation mère-enfant pouvant durer plusieurs semaines voire quelques mois. Cette hospitalisation peut compliquer la mise en place du processus d'attachement permettant aux mères d'acquiescer confiance en leurs capacités à s'occuper de leur enfant. La passation de l'échelle de Brazelton (Neonatal Behavioral Assessment Scale ou NBAS) par des infirmières habilitées permet de mettre en évidence, en présence des parents, les compétences du nouveau-né en réponse à des items d'habituation pendant le sommeil, les réflexes, la régulation des états, l'interaction. Le fait de partager ces concepts avec les parents renforce leur sentiment d'appropriation du nourrisson et permet la mise en route du processus d'attachement précoce. L'objectif principal de ce projet, mené avec le CH de Pontoise, est d'évaluer l'impact de la passation de l'échelle de Brazelton sur la confiance des mères d'enfants nés prématurément à l'approche du retour à domicile.

COACHES* : étude de recherche d'intérêt pronostic de l'IPS**

PROJET DE RECHERCHE

Vous avez plus de 70 ans et résidez à votre domicile ?

Vous pouvez participer à l'étude « **Coaches** » projet de recherche sur le vieillissement cardio-vasculaire et troubles de la mémoire

Coaches en 3 points

- 1 une consultation médicale par an pendant 3 ans
- 2 un retrait d'accord de participation possible à tout instant
- 3 une confidentialité de participation garantie

EN SAVOIR PLUS
Dr Iléana Désormais
Tel. : 05 55 05 65 71
05 55 05 65 81
ileana.desormais@chu-limoges.fr
Pr Philippe Lacroix
Tel. : 05 55 05 63 71
philippe.lacroix@unilim.fr

projet validé par le CPP et l'ANSM

ansm CPP Cardologie CHU Limoges

Quel est l'intérêt pronostic de l'IPS en tant que marqueur cardio-vasculaire infra-clinique dans la prédiction d'une altération des fonctions cognitives (MCI) chez les personnes âgées de 70 ans et plus sans pathologie cardio-vasculaire clinique ? C'est ce que doit évaluer ce projet de recherche porté par le Dr Iléana Désormais, gériatre et angiologue en service de cardiologie. Le dépistage précoce des sujets à risque, en amont des pathologies cliniques responsables d'une rupture de l'autonomie permettrait le développement d'une stratégie de prévention primaire des troubles cognitifs et l'amélioration de la qualité de vie au grand âge. Cette étude interventionnelle non randomisée avec alimentation d'une collection biologique déjà existante s'appuiera sur une cohorte prospective constituée par recrutement monocentrique (Limoges), de personnes des deux sexes âgés de 70 ans ou plus et vivant à leur domicile. Le recrutement se fera dans les services hospitaliers au décours des consultations de routine, et par la voie des médecins de ville qui peuvent adresser leurs patients qui seront alors vus en consultations de routine.

* *Cognitive And Cardiovascular Health in the Elderly Study*
** *IPS : Indice de Pression Systolique*



Téléthon 2013 ①

La direction de la politique gérontologique du CHU de Limoges en lien avec les étudiants de l'IAE de Limoges et l'association Le CHAL ont organisé le Téléthon 2013 les 6 et 7 décembre à l'EHPAD Dr Chastaingt. Le thème de ces deux jours a été le « Chocolat en fête ». Les résidents, les familles et le personnel ont pu déguster des truffes en chocolat. Celles-ci ont été réalisées par les résidents eux-mêmes en lien avec les soignants. Lors de ces deux après-midi festifs, un atelier de fabrication de truffes a été mis en place par l'association Le CHAL, accompagné d'un stand pour la vente de gâteaux, de porte-clés et bien évidemment de truffes ! Les résidents ont donc pu participer à cet atelier original et goûter à leur propre création. De nombreuses animations ont accompagné cette fête. Un chien visiteur est venu dans le hall d'accueil puis est monté dans les étages auprès des résidents. Un accordéoniste ainsi qu'une pianiste ont également rythmé les après-midi. Cette édition a été un nouveau succès. La somme collectée (666,51€) a été remise à l'association AFM-Téléthon qui lutte contre des maladies génétiques, rares et lourdement invalidantes.

Point d'avancement sur les travaux de l'extension de l'EHPAD Dr Chastaingt ②

L'EHPAD Dr Chastaingt est actuellement en travaux. Son nouveau bâtiment de 80 lits, rue Georges Clémenceau doit ouvrir ses portes en fin d'année. Celui-ci sera constitué de trois unités protégées pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, d'un étage pour les patients d'EHPAD ainsi que d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Ce nouveau bâtiment fait désormais la jonction avec l'ancien comme vous pouvez l'observer sur la photographie ci-dessus. Des réunions de chantier ont lieu toutes les semaines pour faire le point sur l'avancée des travaux.



Le CHU de Limoges poursuit l'expérimentation des tableaux de bord ANAP

Il y a déjà 3 ans que l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) expérimente la mise en place d'un tableau de bord, véritable outil de pilotage. La région Limousin a été choisie afin de participer à cette expérimentation. Le 7 juin dernier a eu lieu une réunion de restitution concernant les données de 2011 des établissements sociaux et médico-sociaux. Cela a permis de faire ressortir les premiers enseignements. Le CHU de Limoges par le biais de l'EHPAD Dr Chastaingt poursuit donc l'expérimentation à travers les données de l'année 2012. L'objectif étant de faciliter le dialogue et les échanges des établissements sociaux et médico-sociaux avec les agences régionales de santé et les conseils généraux, de contribuer au pilotage interne de ces structures et de favoriser la diffusion d'une culture du pilotage.

Fêtes de fin d'année à l'hôpital Jean Rebeyrol et à l'hôpital-EHPAD Dr Chastaingt ③

Tous les ans, les fêtes de fin d'année sont célébrées comme il se doit à l'hôpital Jean Rebeyrol et à l'hôpital-EHPAD Dr Chastaingt. Cette année, les animations se sont succédées à tous les étages. Les familles et les résidents ont partagé de bons moments avec le personnel dans une atmosphère très conviviale. Les résidents et leurs familles ont également pu se retrouver dans la salle de restaurant de l'Hôpital-EHPAD Dr Chastaingt le 25 décembre 2013 et le 1^{er} janvier 2014 lors d'un déjeuner concocté par les cuisines de Chastaingt.

« La logistique c'est être disponible en fonction des besoins »



Patrick Chabrol est arrivé à l'hôpital il y a près de 40 ans... Au départ magasinier, il est aujourd'hui en charge des magasins, des transports logistiques, du garage et des vaguemestres, qui représentent un effectif total d'environ 55 personnes. Des services parfois dans l'ombre, mais qui sont des organes vitaux de l'hôpital...

Comment les services logistiques sont-ils perçus par les autres services de l'hôpital ?

Nous sommes souvent bien reconnus, car on a besoin de nous ! Le rôle de la logistique c'est d'être disponible en fonction des besoins. Nous sommes amenés à travailler dans tous les secteurs de l'hôpital : logistiques, administratifs, soignants. Autant dire que nous connaissons tous les moindres recoins du CHU et tous les agents qui travaillent dans cet établissement savent que nous existons. La majorité des contacts que nous pouvons avoir avec nos partenaires qui sont les cadres des services se font dans une très bonne ambiance.

Les sollicitations des services doivent être nombreuses...

En effet, ce n'est pas toujours facile, car il faut concilier à la fois la demande ponctuelle, urgente et continuer d'assurer toutes nos activités du quotidien. Alors, nous essayons de gérer en fonction des priorités.

Et le patient, fait-il partie de ces priorités ?

Nous sommes dans l'ombre certes car le malade ne nous voit pas. Mais nous n'avons qu'un objectif, comme tous les membres du personnel de l'hôpital : c'est la vision du patient qui est en bout de chaîne. J'ai toujours formaté les agents de mes services dans cet objectif.

Quelles ont été les grandes évolutions ou événements qui ont marqué le secteur logistique ces dernières années ?

Dans la manière de faire il n'y a pas eu d'énormes modifications, si ce n'est des outils nouveaux :

véhicules, matériels... Ce qui a changé, ce sont les volumes, qui ont énormément augmentés. Entre 1975 et aujourd'hui, ils ont été multipliés par 7/8, voir 10 ! Il a fallu s'adapter, avec des équipes qui, elles, sont restées constantes. Nous avons donc rationalisé nos pratiques. La deuxième évolution a été l'arrivée de l'informatique qui nous a énormément aidés au niveau de la gestion et notamment de la gestion des stocks. Au niveau des grands projets, je pense notamment à l'ouverture de l'hôpital de la mère et de l'enfant. Nous en avons fait un objectif principal et nous nous en sommes très bien sortis. Ça a été une grande satisfaction. Pour preuve, nous n'avons eu aucun retour négatif sur cette opération.

Justement, la logistique va accompagner l'hôpital dans son plan de modernisation...

Des mutations, l'hôpital en a toujours connu et il y en aura toujours... Mais en effet, le bâtiment médico administratif, c'est dans quelques mois... Nous travaillons déjà avec tous les services concernés sur la réimplantation des bureaux et des secteurs, sur la détermination des besoins complémentaires et également sur le cahier des charges du futur déménagement. Nous travaillons aussi sur le pôle biologie et le nouveau bâtiment de Chastaingt. Et au sein de Dupuytren, il faut être à tout moment présent pour tous les déménagements des services qui sont rénovés. C'est beaucoup de travail et ça modifie le caractère de nos missions du quotidien. Tous ces projets vont nous amener à revoir et à adapter tous nos circuits, nos calendriers de distribution, et toutes nos organisations. Et ce sera mon dernier grand chantier, puisque je vais bientôt faire valoir mes droits à la retraite... ■

« Il faut concilier à la fois la demande ponctuelle, urgente et continuer d'assurer toutes nos activités du quotidien. »



1975 : agent à la blanchisserie de l'hôpital général, puis du CHU
1977 : magasinier
1989 : 1^{ères} fonctions d'encadrement au magasin
1995 : Responsable de l'ensemble des magasins
+ service intérieur (2001)
+ transport logistique (2003)
+ garage (2012)
+ vaguemestres (2013)
- service intérieur (2013)



« Le management est participatif »



Arrivé le 4 novembre, pour succéder à Pascale Bariant, Jean-Louis Biletta, en charge des politiques sociales, organisations et conditions de travail, vient après un parcours riche mais atypique. Ces différentes expériences à l'armée et dans l'enseignement privé, lui procurent des atouts dont notre hôpital aura sûrement besoin pour mener ses nombreux projets en lien avec les ressources humaines.

« J'aime le côté opérationnel du travail hospitalier au bénéfice du bien-être du patient »

Jean-Louis Biletta



1963 : Naissance à Paris
1981 : Armée de Terre - ESEAT Rennes
1993-96 : responsable technique et formations (Nouvelle-Calédonie)
2003-05 : responsable d'une unité de 180 personnes (Paris)
2005-07 : responsable formation de 250 élèves ENSOA (St Maixent L'Ecole)
2010 : Quitte l'institution militaire.

Pourquoi avez-vous choisi d'aller vers l'hôpital public ?

Je suis issu d'une famille hospitalière. Plusieurs de mes proches travaillent dans la santé. L'hôpital m'a toujours attiré et j'aime le côté opérationnel du travail hospitalier au bénéfice du bien-être du patient. Le service public me manquait aussi : j'ai des convictions. Je recherche aussi une stabilité professionnelle après 29 ans de mobilité.

Comment ces expériences vont-elles servir votre nouvelle mission au CHU ?

Je viens avec une culture du management et des organisations tournées vers l'efficacité. J'ai appris, et l'expérience m'a prouvé, qu'il fallait prioriser les choses et les tourner vers l'essentiel. J'ai des sensibilités particulières vis-à-vis de la formation, de l'enseignement, et de l'aspect financier puisque j'ai été contrôleur de gestion. Je connais aussi l'organisation d'instances équivalentes à celles du CHU. Enfin, j'ai eu à gérer des situations complexes comme le passage aux 35 heures de plusieurs établissements dans la région parisienne.

Voilà effectivement un beau « background », mais l'hôpital n'est pas l'armée, ni l'enseignement. Les méthodes de management sont-elles transposables ?

Le style de management sans recherche d'adhésion n'est plus d'actualité : le management est participatif avec une part de consensus puis de décision. Ça peut être paradoxal mais on écoute beaucoup à l'armée avant d'agir. Pour autant, passés l'écoute et l'argumentation, les décisions prises par les personnes ayant

autorité doivent être suivies. La remise à l'ordre du jour en instances de sujets qui y ont déjà été arbitrés n'a par exemple pas lieu d'être.

Quelles sont vos premières impressions sur notre hôpital et ses ressources humaines ?

J'ai pas mal bougé avant d'arriver au CHU et c'est vraiment la première fois que je suis aussi bien accueilli. Même si le CHU est un gros navire, je reconnais parfois trouver que les prises de décisions sont trop longues. Il me semble aussi que médecins et non médecins pourraient partager les mêmes instances de personnel. Enfin, l'hôpital ne mesure pas l'ampleur du travail des ressources humaines qui ne sont pas là que pour remplacer ou recruter : la formation, la gestion des dossiers liés aux organisations...

Quels sont les projets que vous devez prioritairement mener ?

Il y a la remise à jour du guide de gestion des ressources humaines, clarifier la remontée des indicateurs pour l'élaboration du bilan social, la préparation du déménagement au bâtiment médico-administratif. Je reprends le Comité de pilotage du document unique. L'optimisation des organisations en lien avec les nouveaux pôles est aussi sur ma feuille de route : temps de travail... Nous travaillons parallèlement sur le pool d'activité et de remplacement avec la coordination générale des soins.

Quels sont vos centres d'intérêts personnels ?

Je pratique le karaté depuis longtemps, et m'occupe d'un Club dédié à cet art martial. Sinon, je joue de la guitare et pratique la course à pied. ■

« Continuer d'assurer une qualité des soins »



Laurie David est une toute jeune infirmière recrutée sur le pool activité-remplacement de notre établissement. Un pool en cours de création, qui forme des infirmiers polyvalents, destinés à assurer des remplacements dans tous les services de l'établissement.

Comment fonctionne votre poste sur ce pool ?

Je suis formée pendant un an sur le pôle cœur poumon rein. Je vais passer successivement dans les différents services du pôle, sachant que je serai doublée le premier mois sur chaque secteur. Puis, je serai amenée à retourner dans ces services en fonction des besoins et de l'absentéisme. Notre rôle en tant qu'infirmier du pool, c'est de permettre aux équipes de continuer d'assurer une qualité des soins.

Ce poste vous permet de perfectionner votre apprentissage ?

C'est comme une continuité de mon école, puisque je vais arriver dans des services où je vais apprendre de nouvelles choses, sur la néphrologie, la cardiologie, la pneumologie. Je vais voir des greffes, les soins intensifs, la dialyse... C'est très enrichissant, étant donné que cœur, poumon, rein, ce sont les trois principaux organes du corps humain. Et en tant qu'infirmière nous avons besoin d'avoir des connaissances.

C'est aussi un défi audacieux...

J'ai un peu appréhendé, c'est sûr. Mais aujourd'hui, c'est ce qu'on recherche : l'infirmière polyvalente. Et c'est pour moi une opportunité de pouvoir être sur ce pool. Si par exemple il y a des problèmes de reins en cardiologie et inversement, l'équipe peut s'appuyer sur moi. Bien sûr, aujourd'hui c'est encore difficile, mais quand je serai passée dans tous les services, je serai vraiment au point.

Quelles qualités sont nécessaires selon vous pour exercer au pool ?

Une grande ouverture d'esprit, de l'attention, de la rigueur. De la responsabilité, car on est amené à

rester un court moment dans les services. Ce poste demande aussi de la polyvalence et d'être efficace tout de suite et compétente sur la pathologie et la prise en charge du patient.

Et les équipes, comment vous accueillent-elles ?

Ça se passe très bien. Je suis souvent très attendue, car si je suis amenée à venir dans un service, c'est souvent qu'il y a des difficultés dans les effectifs. J'ai su montrer ma motivation au travers de mes soins et de mon envie de m'investir au sein de l'équipe. Et je pense que cela a été apprécié. De plus, comme je suis passée dans les différents secteurs du pôle, je peux voir et comparer les méthodes de travail de chacun, ce qui me permet d'aider les équipes -qui sont très demandeuses- à améliorer leurs pratiques.

...et les patients ?

Généralement, les patients nous questionnent beaucoup, et quand ils savent qu'on a fait plusieurs services, ils se sentent sécurisés. Et puis l'équipe est là pour les mettre en confiance vis-à-vis de moi. Jusqu'à présent, les patients que j'ai eus n'ont pas eu de crainte.

Vous rencontrez des difficultés sur ce poste ?

Oui quand je suis face à des pathologies ou des médicaments que je ne connais pas, il faut que j'approfondisse... Je vais chercher dans le Vidal... Sur ce poste, il faut toujours aller à la recherche d'informations. De plus, il y a des différences d'organisation selon les secteurs. Par exemple, pour certains services, les soins sont notés sur papier, pour d'autres sur informatique. Il faut se souvenir de tout... Alors, je me suis faite un petit classeur, pour chaque discipline, où je note quels sont les soins et l'organisation du service. ■

« Aujourd'hui, c'est ce qu'on recherche : l'infirmière polyvalente. »



HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT Organisations et travaux pour une meilleure prise en charge

L'hôpital de la mère et de l'enfant a été inauguré en 2007. Depuis, les modes de prise en charge ont évolué, l'activité augmente, et les organisations doivent s'adapter non seulement pour fluidifier les parcours des patients mais aussi pour renforcer la sécurité de leur prise en charge. L'aménagement des locaux, pour répondre à ces nouvelles modalités d'accueil et de soins, est indispensable.

Une compétence reconnue au niveau régional des équipes de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie médicale et de chirurgie infantile, une maternité de type III, un plateau technique de haut niveau expliquent l'activité en hausse qui demande que, 6 ans après son ouverture, l'hôpital de la mère et de l'enfant s'adapte à son succès. Des travaux sont donc en cours pour améliorer les capacités d'accueil et de prise en charge de l'établissement.

Gynécologie-obstétrique : sécuriser et fluidifier le parcours

En gynécologie-obstétrique, deux nouvelles salles de consultations ② sont disponibles, équipées de nouveaux appareils d'échographie. Françoise Villefayaud, sage femme cadre supérieure : « Les entrées de patientes par les urgences gynécologiques étaient de plus en plus nombreuses. L'accès à de nouvelles salles de consultations doit permettre de diminuer les entrées par les urgences. »

Une nouvelle salle de pré-travail ① et une salle de naissance ③ sont aussi en train d'être installées portant à 6 le nombre de salles d'accouchement pour début 2014. Côté hospitalisations en obstétrique, le nombre de lits va être augmenté de 36 à 41 à la fin du 1^{er} semestre 2014, et le secteur de chirurgie ambulatoire pour cette spécialité sera clairement identifié. Enfin, l'accueil des urgences gynécologiques va être unifié : il s'effectuera à terme 24h sur 24 h sur un seul espace, au troisième étage. L'ensemble de ces aménagements et travaux vont permettre de fluidifier

le parcours patient et de renforcer la sécurité de prise en charge, en particulier lors de pics d'activités.

Médecine et chirurgie de l'enfant : optimiser la prise en charge

Côté médecine et chirurgie de l'enfant, les travaux et organisations ont aussi lieu et vont se poursuivre en cette fin d'année et au fil de 2014. Le parcours des enfants lors de leur admission dans le service des urgences pédiatriques médico-chirurgicales va être modifié pour répondre à l'augmentation du nombre de passages annuels (+22 % en 6 ans) permettant un accueil plus rapide et de renforcer la sécurité. L'hôpital de semaine et l'hôpital de jour incluant la chirurgie ambulatoire disposeront de lieux et de personnel dédiés avec des plages d'ouverture élargies, facilitant la lisibilité du parcours patient et optimisant la prise en charge des enfants. L'organisation de ces travaux et la prise en charge sont pensés pour atténuer au maximum les éventuels désagréments et poursuivre l'accueil de tous les patients. Des chambres de pédiatrie devant par exemple accueillir temporairement deux enfants ont été aménagées en optimisant l'espace et les installations : fluides médicaux, lits, fauteuils accompagnants... Pour autant, alors que nous entrons en saison hivernale où des augmentations d'affluence peuvent être constatées côté pédiatrie en raison des pathologies épidémiques hivernales, les équipes soignantes de l'hôpital restent vigilantes pour adapter l'accueil des patients et des visiteurs. ■

COMBIEN ÇA COÛTE ?

Le montant de l'ensemble des travaux s'élève à un peu plus de 2 M€.

NOUVEAUX BATIMENTS

BATIMENT BIOLOGIE-SANTE

Le gros œuvre est terminé. Le cloisonnement des pièces intérieures et la pose des menuiseries extérieures sont quasiment achevés. Les travaux des lots techniques (plomberie, électricité, chauffage, ventilation...) sont en cours.

BATIMENT MEDICO-ADMINISTRATIF

La construction du bâtiment est achevée. La date de réception du chantier a eu lieu le 27 décembre 2013.

La levée des réserves (vérification du chantier) aura lieu sur janvier et février 2014.

Le début du déménagement est prévu à partir du 17 mars 2013.

Les finitions extérieures et les plantations auront lieu sur mars et avril 2014.

EHPAD 80 LITS DR CHASTAINGT

Le cloisonnement des locaux a démarré. Les locaux techniques sur la toiture sont construits. Les enduits extérieurs sur les façades sont faits. La structure béton de la passerelle qui relie l'extension à l'ancien bâtiment est faite.



Josiane Bourinat et Hamid Siahmed,
lors du départ à la retraite de Josiane Bourinat,
16 janvier 2014



Réalisé avec le soutien de
MACSF assurances