

le magazine du CHU de Limoges

Chorus

N° 114 - janvier 2016

Dossier

LA FILIERE AVC AU CHU

Rencontres

**DR GAETAN DES GUETZ
YOLENE RIBIERE**

Mieux connaître

**LE CHU DÉVOILE SON ETUDE D'IMPACT
ECONOMIQUE ET SOCIAL EN LIMOUSIN**

**MUPA : BILAN POSITIF APRES UN AN
DE FONCTIONNEMENT**



14 LA FILIERE AVC AU CHU



04 ACTUALITES

07 A VENIR

08 MIEUX CONNAITRE

- Le CHU dévoile son étude d'impact économique et social en Limousin
- L'équipe sûreté plus active que jamais !
- Feu vert pour la transplantation d'utérus au CHU Limoges

11 DU COTE DE LA GERONTOLOGIE

- MUPA : bilan positif après un an de fonctionnement

12 RECHERCHE

- Le site Internet ABIS a 10 ans !
- La recherche paramédicale communique

14 DOSSIER

La filière AVC au CHU

25 TRAVAUX

26 RENCONTRES

- Dr Gaëtan des Guetz
- Yolène Ribière

28 AILLEURS

- AP-HP : la gestion des victimes des attentats par les hospitaliers

30 RESSOURCES HUMAINES

- Médailles d'honneur départementales et communales
- Mouvements - Promotions - Concours - Contact

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
Jean-François Lefebvre
Rédacteurs en chef
Maité Belacel
Philippe Frugier
Secrétaire de rédaction
Maité Belacel
Photographies
Phanie Presse
Christophe Chamoulaud
Maité Belacel
Muriel Debernard
Illustrations
Frédéric Coiffe
Johann Delalande
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Imprimeur
Fabrègue, St-Yrieix (87)
Tirage
6 900 exemplaires
Dépôt légal
4^{ème} trimestre 2015
ISSN 0986-2099



par le Pr Pierre Marquet,
Vice-président du directoire
en charge de la recherche

Recherche médicale : le U nous va bien



actualité de la recherche dans notre CHU est brillante et riche, ce qui me vaut le plaisir de cet éditorial.

La presse nationale a largement commenté nos " premières " médicales. En mars dernier le Dr François Bertin, du service de chirurgie thoracique, cardio-vasculaire et angiologie a pratiqué la première implantation mondiale d'un sternum en céramique biocompatible, mis au point avec la société I-Ceram de Limoges. Par ailleurs, le Dr Tristan Gauthier, du service de gynécologie-obstétrique a conçu le premier essai clinique de transplantation utérine à partir de donneuses décédées. Il en a obtenu le financement par le PHRC national 2014, et l'autorisation par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) il y a quelques semaines. Ce programme de recherche va pouvoir débuter dès cette fin d'année, avec les premières greffes envisagées pour fin 2016. Le Dr Gauthier représentera le CHU aux journées nationales de l'innovation en santé les 23 et 24 janvier à la Cité des Sciences.

Le Pr Michel Cogné, directeur de l'UMR CNRS 7276 " Contrôle de la réponse immune B et Lymphoproliférations ", responsable du service d'immunologie et immunogénétique du CHU et administrateur de l'Institut Universitaire de France, a reçu le 24 novembre le prix 2015 de la Fondation Allianz - Institut de France. Il s'agit de l'un des Grands Prix de l'Académie des Sciences, attribué depuis 1984 et « *destiné à récompenser le responsable d'une équipe médicale ou biomédicale dont l'œuvre scientifique peut conduire à des applications susceptibles d'accroître l'espérance de vie par des actions préventives ou curatives* ».

Enfin, le Pr Michel Dumas, fondateur de l'Institut d'épidémiologie et de neurologie tropicale à l'université de Limoges a reçu la médaille « *pour service rendu à la neurologie internationale* » de la fédération mondiale de neurologie.

C'est bien ça, un centre hospitalier universitaire ! C'est un hôpital qui cherche, qui trouve et qui innove. C'est un hôpital dont on vante les " premières ", les succès, la recherche clinique et fondamentale, les chercheurs récompensés, les activités de recours, la qualité des soins et les enseignements médicaux et paramédicaux.

2015 a été une année faste pour notre recherche et ce n'est pas un accident heureux. C'est le résultat d'un long processus d'encouragement, d'organisation et de financement de la recherche dans notre CHU. Gageons que notre tableau d'honneur sera aussi bien rempli l'an prochain !

PS. N'oubliez pas que, pour bien commencer l'année 2016, nous organiserons la seconde journée de la recherche, commune aux CHU et aux universités de Tours, Poitiers et Limoges le 15 janvier à la faculté.



Jean-François Lefebvre prend ses fonctions de directeur général du CHU

Jean-François Lefebvre a pris ses fonctions de directeur général du CHU de Limoges mardi 15 décembre. Il a commencé son parcours professionnel hospitalier au CHU de Nîmes, d'abord en qualité de directeur des affaires financières (de 1990 à 1995), puis de directeur de l'évaluation, des finances et du système d'information et de directeur de la recherche (de 1996 à 2000). Jean François Lefebvre rejoint ensuite le CHU de Nice, dont il assure la fonction de directeur de la stratégie et des travaux pendant 7 ans, coordonnant en particulier la restructuration du CHU et la mise en œuvre de partenariats et de projets hospitalo-universitaires importants. A l'été 2007, Jean-François Lefebvre est nommé directeur du CH de Cannes où il conduit notamment la réalisation du nouvel hôpital, inauguré en septembre 2011.

Le CHU de Limoges et Blablacar font la route ensemble



Le site internet du CHU affiche dès sa page d'accueil un accès au site Blablacar. Pré-renseignés avec l'adresse du site hospitalo-universitaire, ce module a vocation à encourager le co-voiturage des personnels et/ou des usagers souhaitant se rendre sur l'établissement limousin.

Le CHU et Limoges

Métropole travaillent sur un ambitieux plan de circulation et de stationnement pour repenser complètement les déplacements et le parking sur ses hôpitaux. Cette action de co-voiturage et l'installation des premières gares V'Lim s'inscrivent dans cette dynamique.

Quant aux travaux pour construire la plateforme de stationnement (270 places) face à l'hôpital Dupuytren, ils ont démarré le 2 décembre (voir p 25).



Tristesse et recueillement au CHU

Le 16 novembre, à midi, une minute de silence a été observée sur l'ensemble des sites de notre CHU. Le personnel s'est rassemblé nombreux pour rendre hommage aux victimes des attentats et pour témoigner leur soutien aux familles.

SECURITE

AGENTS DU CHU, PLUS QUE JAMAIS LA SECURITE EST L'AFFAIRE DE TOUS.

Signalez à la sécurité tout colis ou situation suspecte en composant depuis un poste interne le :

- le 18 pour tout signalement dans l'hôpital
- le 54444 pour tout signalement sur les extérieurs (parking, parvis...)

Merci de votre vigilance.

En cas de situation suspecte

Agent du CHU, plus que jamais la SECURITE est l'affaire de tous. Signalez à la sécurité tout colis ou situation suspecte en composant depuis un poste interne le :

- ▶18 pour les hôpitaux Dupuytren, Le Cluzeau, Jean Rebeyrol
- ▶17 pour l'hôpital de la mère et de l'enfant
- ▶19 pour l'EHPAD Dr Chastaingt

Par ailleurs, un renforcement des mesures de sécurité a été mis en place. Ainsi, un certains nombres d'accès secondaires ont été fermés sur les différents bâtiments du CHU.



Forum de l'encadrement sur la présence au travail : affluence record

Jeudi 10 septembre, le 3^{ème} forum de l'encadrement du CHU de Limoges qui portait sur la lutte contre l'absentéisme avait pour titre " Tous présents ! ". Un appel bien reçu : un peu plus de 150 cadres, l'équipe de direction et quelques médecins étaient à l'Opéra théâtre de Limoges.

Des tables rondes pluridisciplinaires et d'échanges avec des intervenants extérieurs ont permis de partager une photo de l'absentéisme et ses causes dans notre hôpital. Une journée qui a aussi permis de proposer des pistes pour développer le sentiment d'appartenance, le bien-être au travail et la responsabilité personnelle.

Le directeur général du CHU a conclu le forum en annonçant l'accompagnement institutionnel de tous les services qui seront volontaires pour s'engager dans cette lutte contre l'absentéisme. Pour rappel, le taux d'absentéisme des personnels non médicaux dans notre CHU en 2014 était de 8,58 %... soit l'équivalent de 483 agents absents chaque jour !



Journée internationale pour l'élimination des violences à l'égard des femmes

A l'occasion de la journée internationale pour l'élimination des violences à l'égard des femmes, les étudiantes de l'école de sages-femmes ont pu assister à une présentation des dispositifs de lutte contre les violences en Haute-Vienne, le 24 novembre dernier. Cette présentation, organisée conjointement par l'école de sages-femmes et la Préfecture de la Haute-Vienne a été animée par les services de l'État et les associations locales.



Création d'une antenne de la Fédération Nationale des aides-soignants à Limoges

Une antenne de la Fédération nationale des aides-soignants vient d'être créée à Limoges. Cette antenne s'adresse aux aides-soignants, aide médico-psychologique et auxiliaire de puéricultures.

La Fédération nationale des aides-soignants est une association loi 1901 à but non lucratif, apolitique et sans connotation syndicale, créée le 26 octobre 1988. Elle siège au Haut conseil des professions paramédicales et à différentes commissions au sein du Ministère de la santé.

Présidée par Mélanie Valery, l'antenne locale permet de rassembler, protéger, former et défendre ses adhérents.

Les missions de la fédération et des associations membres est de valoriser les exercices professionnels d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et d'aides médico-psychologiques. Les adhérents bénéficient d'une protection juridique et d'une revue professionnelle spécialisée avec la cotisation. La FNAAS organise également une formation annuelle sur un thème d'actualité en relation avec la profession.

Contact : associationaslimousin@laposte.net



Distinction pour le réseau Hématolim

Le 7 novembre, le réseau Hématolim a reçu un prix de la nuit des Carnot et Turgot. Ce prix a été attribué dans la catégorie vie associative, sociale et humanitaire.



Limoges, le 1^{er} CHU à dévoiler la Charte Romain Jacob

Le 21 octobre, le CHU et la MNH, en présence des représentants du CISS et de l'ARS du Limousin ont inauguré la Charte Romain Jacob " Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap " apposée dans le hall d'accueil de l'hôpital Dupuytren. Cette charte vise l'amélioration de l'accessibilité aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap. La pose de cette charte souligne l'engagement du CHU de Limoges à proposer une offre de soins accessible.



Nouvelle formation IBODE au CHU

L'école d'IBODE met en place une nouvelle formation professionnelle sur le thème " Formation des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat aux actes infirmiers relevant de leur compétence exclusive ". Cette formation s'adresse aux infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état, aux cadres de santé IBODE et aux IBODE responsables de bloc opératoire.

Le détail de la formation et la fiche d'inscription sont disponibles sur Hermès ou en se rapprochant de l'école d'IBODE :

05 55 05 63 55 - ecole.ibode@chu-limoges.fr

Mise en place d'une filière pour le tri du verre

Une nouvelle filière de récupération est en place sur le CHU dans le but de favoriser le recyclage du verre. Des bacs roulants gris foncés sont disponibles sur chaque établissement pour recueillir les emballages en verre produits dans les unités : bouteilles, flacons, bocaux, petits pots pour bébé... Ces emballages devront y être déposés sans leur bouchon ou capsule, et totalement vidés de leur contenu. Sont toutefois proscrits les flacons en verre ayant contenu des produits pharmaceutiques ou de laboratoire, ainsi que la vaisselle de table. Emplacements des bacs de récupération :

- ▶ Hôpital Dupuytren : quai logistique au 2^{ème} ss-sol
- Hôpital de la mère et de l'enfant : à côté du compacteur à cartons
- Hôpital Jean Reyrol : local déchets du V360 rez-de-chaussée bas
- Hôpital le Cluzeau : local déchets sur le parking des écoles
- EHPAD Dr Chastaingt : local déchets du bâtiment principal à côté du compacteur carton

Pour plus d'info :

56542 ou environnement@chu-limoges.fr

" Un jour avec un brancardier "

Les équipes de France 3 Limousin ont suivi durant une journée Alain Jacob, brancardier dans le service de rhumatologie. Le reportage est visible sur la chaîne YouTube du CHU :

<https://youtu.be/samFqSaPZx4>



Un deuxième sternum en céramique implanté au CHU de Limoges

La deuxième implantation d'un sternum en céramique d'alumine poreuse s'est déroulée avec succès le 15 octobre dernier au CHU. Cette intervention a été réalisée par le Dr François Bertin sur une patiente souffrant d'une infection du sternum après une première chirurgie cardio-vasculaire. Pour en savoir plus, consultez l'article du Chorus 113.



Retour sur la visite des experts pour la certification 2015 du CH de Saint Yrieix la Perche

La visite de certification s'est déroulée au sein du Centre Hospitalier de Saint-Yrieix début septembre. Trois experts visiteurs missionnés par la Haute Autorité de Santé (un gestionnaire, un médecin et une cadre anciennement IADE) sont venus auditer neuf processus et quatre patients traceurs. Le bilan de cette visite est globalement très positif. L'implication des équipes a été soulignée à de nombreuses reprises par les experts visiteurs ainsi que la volonté de bien faire des professionnels. Sur les neuf processus audités, aucun écart constaté par les experts visiteurs sur les processus parcours du patient, urgences et droits des patients. Des constats ont été formulés sur les autres processus, aussi, l'établissement doit améliorer plusieurs points :

- ▶ la politique d'archivage des dossiers,
 - ▶ le signalement des événements indésirables graves liés aux soins,
 - ▶ la traçabilité au bloc opératoire,
 - ▶ la gestion documentaire,
 - ▶ l'informatisation du bloc, de l'hospitalisation de jour et des urgences,
 - ▶ la politique de management de la qualité et de la gestion des risques.
- L'établissement a élaboré un plan d'actions afin de pouvoir répondre rapidement aux constats relevés par ces experts visiteurs.

Grand rose !

Pari tenu : notre CHU est celui qui a organisé le plus d'actions pour relayer la campagne nationale " Octobre rose " .

A l'Opéra, au CSP, place de la République, aux boucles de la porcelaine, dans les journaux, sur les réseaux sociaux, sur les façades du CHU et dans ses halls... les équipes roses du CHU étaient partout ! Record à battre...





Questionnaire de satisfaction des patients

Deux dispositifs permettent désormais de recueillir la satisfaction des patients :

► Le questionnaire de satisfaction papier, remis par les admissions et qui doit à la fin du séjour être retourné à la direction chargée de la qualité, par le secrétariat des services cliniques.

► Le dispositif national e-Satis : les patients sont invités à répondre à une enquête en ligne sur internet suite à une hospitalisation de plus de 48h en MCO. Le recueil des adresses électroniques et l'information sur son utilisation est faite par les admissions. Pour les patients entrés par le service des urgences, cette information devra être relayée par les services cliniques.

Un bilan trimestriel sur les points forts et les points faibles de la prise en charge au CHU sera adressé à l'ensemble des services cliniques.

Départ de Hamid Siahmed

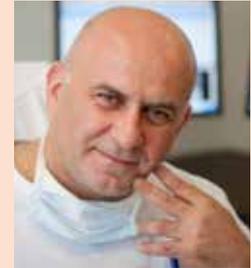
Hamid Siahmed a rejoint l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) depuis le 1^{er} novembre 2015. Pour son départ, une manifestation a été organisée le 9 octobre, en présence de professionnels du CHU, d'élus et de personnalités de la région.

Lors des discours, chacun a souligné les nombreux projets pilotés par Hamid Siahmed, dont l'un des principaux concerne le plan de modernisation du CHU. Il avait pris ses fonctions de Directeur général du CHU de Limoges en juillet 2008.



Nominations

Depuis le 1^{er} novembre, le Pr Arnaud Jaccard est nommé responsable du service d'hématologie et de thérapie cellulaire, et le Pr Charbel Mounayer, responsable du service de radiologie et imagerie médicale.



A venir



3^{ème} journée régionale de pharmacovigilance

Cette journée portera sur le thème : « Médicaments et poids : quand le bénéfice/risque est mis en "balance" ? » est organisée par le Centre régional de pharmacovigilance, de pharmacopidémiologie et d'information sur les médicaments de Limoges le jeudi 19 mars 2016, de 9h à 13h00 à la Faculté de médecine-pharmacie de Limoges

Pour tout renseignement : pharmacovigilance@chu-limoges.fr



2^{ème} journée de recherche Tours-Poitiers-Limoges

La 2^{ème} journée de recherche Tours-Poitiers-Limoges aura lieu le vendredi 15 janvier 2016 à la Faculté de Médecine de Limoges. Elle regroupera les acteurs de la recherche biomédicale des trois CHU. Modalités d'inscription et informations sur

<http://jr-tours-poitiers-limoges.eventbrite.fr>

Contact : Karen Poole - karen.poole@chu-limoges.fr / 05 55 05 60 17



JOURNEES DE LA SANTE

JANVIER

24-30 : Semaine de prévention du cancer du col de l'utérus

26 : Journée mondiale de la lèpre

FEVRIER

04 : Journée mondiale contre le cancer

09 : Journée internationale de l'épilepsie

14 : La journée du cœur

28 : Journée mondiale des maladies rares

MARS

01-31 : Mars Bleu, mois de mobilisation nationale contre le cancer colorectal

10-16 : Semaine nationale des personnes handicapées physiques

10-14 : Semaine mondiale du glaucome

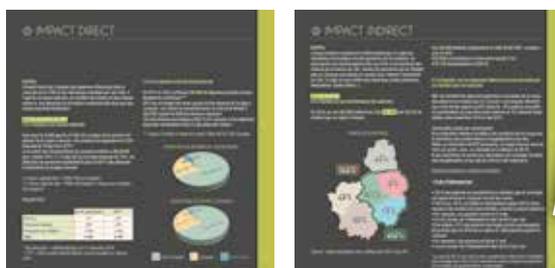
10 : Journée nationale de l'audition

Thème 2016 : " Un monde bruyant... et nos oreilles dans tout ça ? Généralisons l'éducation à la santé auditive des publics : jeunes, parents, seniors... "

LE CHU DÉVOILE SON ÉTUDE D'IMPACT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EN LIMOUSIN



Karine Eleaume (CCI de Limoges et de la Haute-Vienne), Jérôme Goujon (CHU), Jean-Paul Denanot (Président du conseil de surveillance du CHU), Jean-Pierre Limousin (Président de la CCI de Limoges et de la Haute-Vienne), Hamid Siahmed (ancien Directeur général du CHU)



Impact direct, indirect, et induit...le CHU de Limoges a présenté les résultats d'une étude menée en partenariat avec la CCI de Limoges et de la Haute-Vienne. L'enquête montre le poids économique et social du CHU sur son territoire de santé, véritable poumon du Limousin.

Le CHU n'est pas seulement un acteur de la santé des limousins, il est aussi un acteur majeur de la santé du Limousin. Le travail mené pendant plusieurs mois par la CCI et le CHU, à partir des données internes de l'établissement mais aussi auprès de ses patients et fournisseurs, en atteste. Dévoilée par Jean-Paul Denanot, député européen et président du conseil de surveillance, Hamid Siahmed, directeur général du CHU, et Jean-Pierre Limousin, président de la CCI de Limoges et de la Haute-Vienne, l'étude révèle pour l'année 2014 : - que pour chaque euro dépensé directement par le CHU, environ 2 euros sont reversés dans l'économie régionale par impact indirect ou induit. Au total, l'impact économique du CHU en Limousin est ainsi de 908 M€ !

- que chaque emploi direct au CHU soutient quasiment un autre emploi par impact indirect ou induit. Avec un impact social représentant un total de 12 374 emplois (en équivalents temps plein), grâce à sa présence et son activité, le CHU de Limoges génère à lui seul 5 % des emplois salariés dans la région Limousin. L'ensemble des activités du centre hospitalier universitaire, de soin naturellement, mais aussi de recherche et d'enseignement, avec ses écoles et instituts de formation, créent donc une attractivité et une économie importantes, qui n'avaient jamais été évaluées jusqu'à présent. Le CHU de Limoges est le second, après Nice, à proposer cet instantané sur l'impact d'un CHU dans sa région.

L'étude complète est accessible directement depuis le site internet du CHU (www.chu-limoges.fr), en rubrique « Notre CHU ».



L'ÉQUIPE SÛRETÉ PLUS ACTIVE QUE JAMAIS !



Une partie de l'équipe sûreté

Depuis le début de l'année une équipe sûreté s'est structurée au CHU. Elle remplace l'ancienne équipe "circulation". Une création qui s'accompagne de nouvelles missions...

Fini le cliché des agents qui regardent passer les voitures ! Si la tenue vestimentaire a changé -mieux identifiable et surtout, plus adaptée à l'activité- les missions elles aussi ont évolué ! Surveillance des biens et des personnes, équipe VTT patrouilleurs, recherche de patients égarés, gestion des conflits et du stationnement, contrôle d'accès... voici une liste des nouvelles fonctions attribuées à l'équipe sûreté. Ces missions n'ont désormais plus rien à voir, avec ce qui se faisait par le passé. L'équipe se veut tournée vers l'avenir, avec une volonté de dynamiser son image et son activité.

Dans cette optique, terminé l'agent statique posté sur le parvis de l'hôpital ! L'équipe sûreté s'est désormais mobile. La nouveauté qui illustre le mieux ce changement est la mise en place des "équipes VTT patrouilleurs". Chaque jour, un duo d'agents réalise plusieurs rondes de surveillance, à vélo, sur l'ensemble du site hospitalo-universitaire. Ces rondes permettent d'assurer la sécurité, de surveiller les points stratégiques et aussi de répondre aux exigences du plan Vigipirate. Une nouvelle mission qui prend encore plus de sens à l'heure des attentats qui ont frappé Paris. Les rondes ont d'ailleurs été renforcées suite à ces événements. « *Nous constatons que les usagers se sentent plus en sécurité, que ça les rassure* » précise Jean-Luc Javelaud, responsable d'équipe.

L'équipe sûreté est également amenée à intervenir sur le terrain, notamment sur les parkings pour toutes sortes de désagréments : distributions de prospectus, laveurs de vitres, vendeurs

à la sauvette, accrochages et délits de fuite... Elle intervient également en cas de voiture bloquée sur un parking. Le responsable de l'équipe travaille en collaboration avec la police pour l'identification des propriétaires des véhicules gênants, et ceci, « *dans le respect du secret professionnel* » tient-t-il à ajouter.

D'ici 2016, de nouvelles missions seront affectées à l'équipe sûreté, quand la plateforme de stationnement sera en service.

Une équipe qualifiée et professionnelle

Pour accomplir ces nouvelles missions, l'équipe a dû se professionnaliser et se former. Tous ses agents ont suivi ou sont en train de suivre la formation d'agent de sûreté en vue d'obtenir leur certificat de qualification professionnelle. Désormais, l'équipe a également en charge une partie plus technique : la gestion du contrôle et des droits d'accès par cartes. Une mission qui va se développer avec la généralisation des contrôles d'accès. Elle complète également ses missions par des interventions techniques sur la maintenance de niveau 1 de "l'appel malades", une attribution tout à fait logique selon l'équipe, puisque cet équipement permet d'assurer la sécurité des patients. Cette partie, qui nécessite des compétences techniques particulières est assurée par Dave Deschamps. « *Je travaillais auparavant aux magasins du CHU. Ayant un bac pro électrotechnique, je ne pouvais pas exploiter mes compétences. C'était pour moi une opportunité de pouvoir rejoindre l'équipe sûreté* ».

L'équipe sûreté
8 agents, dont un responsable d'équipe

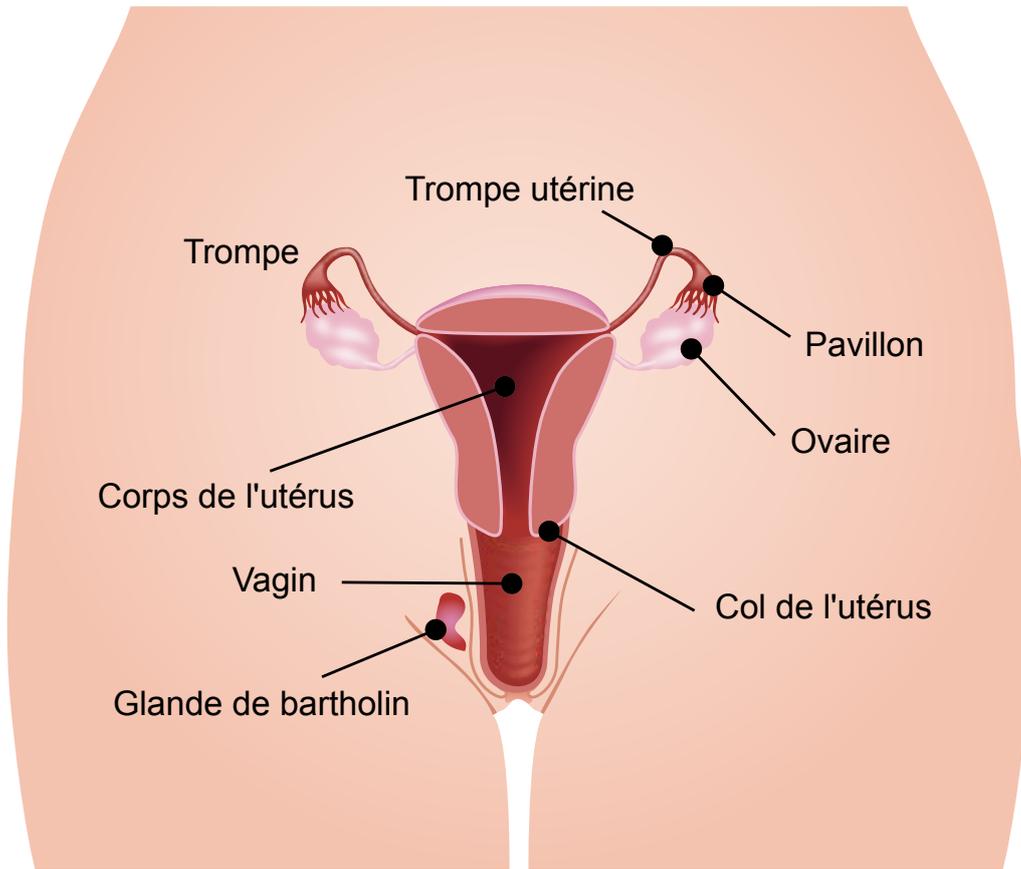
Service sous la responsabilité de Sébastien Larcher

Encadrement
Christophe Bouyssou
Eric Klein

Pour rejoindre l'équipe sûreté
► du lundi au vendredi, de 6h45 à 16h : 54444
► pour le contrôle/droit d'accès, cartes : 48327



FEU VERT POUR LA TRANSPLANTATION D'UTÉRUS AU CHU LIMOGES



Le 5 novembre 2015, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) a officiellement accepté l'essai clinique sur la greffe d'utérus porté par l'équipe de gynécologie-obstétrique du CHU de Limoges (Dr Tristan Gauthier, Dr Pascal Piver et Pr Yves Aubard). L'établissement est le premier en France à obtenir cette autorisation.

Le projet du CHU de Limoges est de permettre à des femmes nées sans utérus ou ayant subi une hystérectomie (ablation de l'utérus) pour une pathologie bénigne, de pouvoir donner naissance, grâce à une greffe d'utérus, à partir de donneuses en état de mort encéphalique. L'autorisation donnée par l'ANSM va permettre au CHU de Limoges de démarrer un essai clinique. Cet essai va porter sur 8 femmes volontaires, recrutées au niveau national, avec des critères de sélection très stricts. Les patientes devront avoir entre 25 et 35 ans, ne jamais avoir eu d'enfants et être en bonne santé.

La période d'inclusion de ces patientes devrait démarrer d'ici la fin de l'année. La première greffe pourrait donc avoir lieu fin 2016, et la première naissance fin 2018, à l'issue d'une période d'un an de surveillance du greffon. L'acceptation par l'ANSM ne représente qu'une des étapes de la réalisation de ce projet qui a débuté dès 2007. Ce projet n'a pu voir le jour que par la collaboration de nombreux services du CHU de Limoges : gynécologie-obstétrique, AMP et biologie

de la reproduction, immunologie, chirurgie vasculaire, néphrologie, anesthésie, réanimation, CHPOT, radiologie, pharmacologie, unité INSERM S 850, anatomopathologie, psychiatrie, biologie et recherche clinique.

Une équipe pionnière en France contre l'infertilité

Actuellement, seule la Suède a obtenu des naissances après greffe d'utérus, à partir de donneuses vivantes. L'équipe pluridisciplinaire limougeaude se distingue toutefois en ayant choisi de pratiquer des greffes d'utérus à partir de donneuses décédées. Ceci pour éviter d'exposer des donneuses vivantes à des complications chirurgicales, dans la mesure où il s'agit d'un organe non vital pour la patiente receveuse.

Cette nouvelle confirme le dynamisme des équipes de gynécologie-obstétrique du CHU de Limoges en termes de recherche médicale contre l'infertilité. Déjà en 2009, le Dr Piver et l'équipe de Limoges, avaient permis les premières naissances en France après autogreffe de tissus ovariens cryopréservés.



MUPA : BILAN POSITIF APRÈS UN AN DE FONCTIONNEMENT



En novembre 2014, une Unité de Médecine d'Urgence de la Personne Agée (Mupa) a été créée au CHU. Il s'agit de la première unité de ce type en France. Un an après sa création, le bilan est très encourageant.

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans et polypathologiques hospitalisées au service des urgences du CHU de Limoges, une équipe de Médecine d'Urgence de la Personne Agée (Mupa), a été mise en place à titre expérimental. A ce jour, c'est la seule unité de ce type en France.

Intégrée physiquement au service des urgences, mais rattachée à la médecine gériatrique -et composée de professionnels de la gériatrie- la Mupa assure une prise en charge globale, de " A à Z ", avec une évaluation gériatrique des patients âgés hospitalisés dans le service des urgences.

Cette unité est née d'un constat : une grande majorité des patients accueillis aux urgences sont des personnes âgées, et 42 % d'entre elles auraient pu être prises en charge en dehors d'un service d'accueil d'urgences. S'ajoutent à cela des durées de passage qui se sont allongées, pouvant être sources de stress pour la personne âgée.

Les objectifs de la Mupa sont multiples : diminuer la durée moyenne du temps de passage du patient âgé aux urgences, favoriser l'anticipation de la prise en charge médicale gériatrique de ces patients, éviter les réhospitalisations, favoriser le retour à domicile... Et, indirectement, l'unité permet aux médecins urgentistes de pouvoir se recentrer sur la prise en charge des urgences vitales.

Après 1 an d'activité, 2 250 patients ont été vus

par la Mupa, et les premiers résultats sont significatifs. Le temps de passage aux urgences a été diminué de 3h35. Le taux de retour à domicile est de 35,4 %, contre 20,7 % avant la création de la MUPA. Les réhospitalisations entre 48h et 72h ne sont que de 1,25 % et de 2,8 % à 30 jours. Enfin, la Mupa a permis d'éviter 36 hospitalisations (évitables) de personnes âgées par mois, par une optimisation des retours à domicile et des suivis en consultations et hôpitaux de jour, en lien avec les médecins traitants.

Au niveau de l'organisation, la MUPA est présente de 8h30 à 18h30 (il a été constaté que 75 % des admissions de personnes âgées avaient lieu en journée). En termes d'effectif : l'unité fonctionne au quotidien avec 2 médecins gériatres et 3 infirmières gériatres. Une assistante sociale et une secrétaire complètent l'équipe.

Le contexte de création de la Mupa

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

L'équipe MUPA est intégrée au service des urgences. Elle prend en charge les personnes âgées de plus de 75 ans, polypathologiques.

La MUPA en résumé...

- Création le 17 novembre 2014
- S'adresse aux patients de + de 75 ans polypathologiques
- 2 250 patients pris en charge depuis la création
- 3h35 de temps en moins par passage aux urgences
- 35,4 % de taux de retour à domicile (20,7% avant la MUPA)
- 36 hospitalisations évitées par mois



LE SITE INTERNET ABIS A 10 ANS !

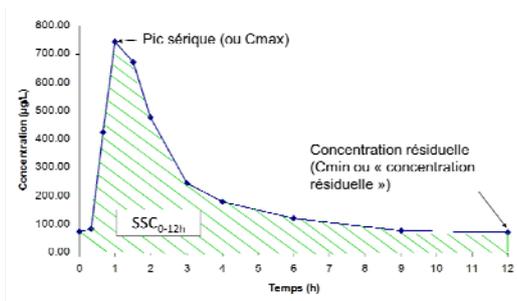


Figure 1 : courbe des concentrations en fonction du temps présentant les différents marqueurs utilisés pour le suivi thérapeutique pharmacologique

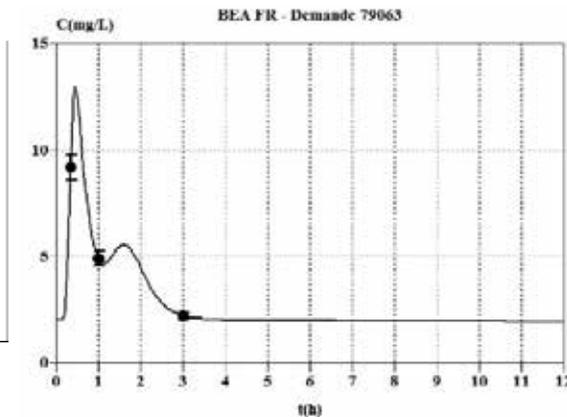


Figure 2 : SSC modélisée par un estimateur bayésien pour du Mycophenolate Mofétel en transplantation rénale à partir de 3 prélèvements sanguins et d'informations propres au patient. Le trait plein représente les prédictions de l'estimateur bayésien et les 3 points les observations chez le patient.

Le site ABIS (ajustement des immunosuppresseurs par méthode bayésienne) fête son 10^{ème} anniversaire cette année et 75 000 demandes d'adaptations reçues.

Le mycophenolate mofetil (MMF), le tacrolimus (TAC) et la cyclosporine (CsA) sont les 3 médicaments immunosuppresseurs les plus utilisés pour la prévention du rejet d'organe en transplantation. L'adaptation de la dose de ces médicaments sur la base de leur concentration sanguine, également appelée "Suivi Thérapeutique Pharmacologique" (STP) est obligatoire ou consensuellement recommandée pour ces 3 molécules. Bien que le STP soit généralement basé sur la mesure de la concentration résiduelle (C₀), le matin avant la prise du médicament, plusieurs conférences de consensus internationales (à la plupart desquelles les pharmaciens de Limoges ont participé) encouragent l'utilisation de la concentration moyenne, autrement appelée surface sous la courbe de concentration en fonction du temps (SSC) (figure 1), pour adapter les doses des patients sous CsA, TAC ou MMF.

Cependant, l'utilisation de la SSC peut nécessiter de nombreux prélèvements, ce qui est difficilement réalisable en pratique. De ce fait, des méthodes pharmaco-statistiques, appelées modèles (ou estimateurs) bayésiens, ont été développées pour estimer la SSC à partir d'un nombre limité de prélèvements sanguins et d'informations propres au patient (figure 2). Ces méthodes autorisent également le calcul de la dose permettant d'atteindre la valeur cible de SSC chez chaque patient.

Depuis une vingtaine d'années, le service de pharmacologie, toxicologie et pharmacovigilance a ainsi développé des modèles Bayésiens originaux, à partir de larges populations de transplantés participant à des études pharmacocinétiques en partenariat avec d'autres institutions académiques ou industries pharmaceutiques, études dont le CHU de Limoges était généralement le promoteur.

ABIS : accessible aux centres nationaux et internationaux

L'unité fonctionnelle de pharmacocinétique du service de pharmacologie, toxicologie et

pharmacovigilance propose des outils validés d'individualisation des posologies pour le suivi clinique des patients transplantés depuis 2001-2002. Au début, l'activité était limitée aux patients du CHU de Limoges, puis d'autres centres français ont commencé à faire des demandes d'adaptation de posologie pour des cas difficiles. A la suite d'un essai clinique multicentrique, randomisé et comparatif qui a validé l'efficacité clinique de cette approche (étude Apomygre, promoteur CHU de Limoges) le service a lancé en avril 2005 le système expert ABIS, accessible à tous les centres de transplantation français ou étrangers à travers un site internet sécurisé (<https://pharmaco.chu-limoges.fr>). Il s'agit de fournir aux centres demandeurs une SSC estimée par modèle Bayésien sur la base de 3 prélèvements sanguins, une courbe de concentration sanguine modélisée et une dose recommandée permettant d'atteindre la SSC cible.

Tous les résultats sont validés par des pharmaciens et rendus (6 jours sur 7) avec un délai médian de 56 minutes ! Ce type d'approche conduit à une meilleure collaboration entre le laboratoire et les cliniciens impliqués dans le suivi des patients sous immunosuppresseurs, un intérêt important de la discipline pour les jeunes pharmaciens et permet d'appliquer des concepts théoriques de la pharmacocinétique dans des situations cliniques très concrètes.

De nombreux estimateurs bayésiens ont été développés (197 au total en fonction du type d'immunosuppresseur, de l'organe transplanté, des interactions médicamenteuses...). Le développement de nouveaux outils se poursuit au fur et à mesure que des données d'études pharmacocinétiques sont recueillies dans de nouvelles indications, ou populations. Ainsi, de nombreux types de transplantation et de maladies auto-immunes sont couverts : 80 % des demandes concernent le MMF en greffe rénale adulte et 5 % concernent les maladies auto-immunes.

121

centres à travers le monde ont envoyé des demandes d'adaptation
Une moyenne de 800 demandes par mois reçues sur le site ABIS



LA RECHERCHE PARAMÉDICALE COMMUNIQUE



Les porteurs de projet

La communication orale sur les travaux, les résultats de recherche, est une des modalités de la valorisation scientifique de la recherche infirmière et paramédicale. Elle est le résultat d'un long travail dans lequel les porteurs de projet se sont investis. Les manifestations scientifiques permettent de donner une visibilité aux travaux et de conforter la crédibilité des équipes, en les confrontant à la communauté scientifique.

En 2015, le CHU s'est plus particulièrement inscrit dans cette dynamique en participant à plusieurs appels à projet pour présenter des résultats et des protocoles en cours. Ces espaces de communication nécessitent une grande rigueur dans la préparation des présentations. Elles sont des moments privilégiés dans la vie d'un professionnel, d'un chercheur. Il faut donc remercier à l'ensemble des professionnels qui ont accepté de confronter leurs travaux au regard de leurs pairs et de s'être prêtés aux débats d'idées et à l'autocritique. Ils ont contribué à valoriser leur profession, leur service et le CHU.

Des résultats

En juin, les résultats du projet " Linipoche : Le vécu douloureux de l'enfant de moins de trois ans lors du retrait de la poche collectrice d'urines aux urgences pédiatriques : quelle stratégie de prise en charge ? " ont été communiqués aux 40^{èmes} journées d'études de l'Association Nationale des Puéricultrices et Etudiants (ANPDE) à Marseille. Et ils seront aussi présentés, en novembre, lors du 15^{ème} congrès national de la Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD) organisé à Nantes.

Les protocoles en cours

En avril, se sont tenues les 2^{èmes} journées francophones de la recherche en soins organisées

par le CHU d'Angers. A cette occasion, le projet de recherche " 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 présenté.

Le projet de recherche Réflexo'pied a été retenu pour présentation dans le cadre de l'appel à poster.

En septembre, le 5^{ème} colloque recherche paramédicale Grand Sud-Ouest s'est tenu à Bordeaux autour de la thématique des maladies chroniques. Trois posters de notre CHU ont été retenus pour présentation :

- " Réflex'o pied " impact de la réflexologie plantaire sur le stress des professionnels de santé.

- " Gazetliade " Etude des signes cliniques ressentis après une journée de travail par les infirmiers anesthésistes exposés aux agents anesthésiques halogénés.

- " I-PPOP " Impact d'une Procédure d'accompagnement PréOPératoire enfant-parents sur l'anxiété de l'enfant de 2 à 12 ans ayant une intervention chirurgicale programmée.

En séance plénière, le projet de recherche " Trouillomètre " validation d'une échelle des visages d'auto-évaluation de la peur chez des enfants de 4 ans à 12 ans a été présenté.

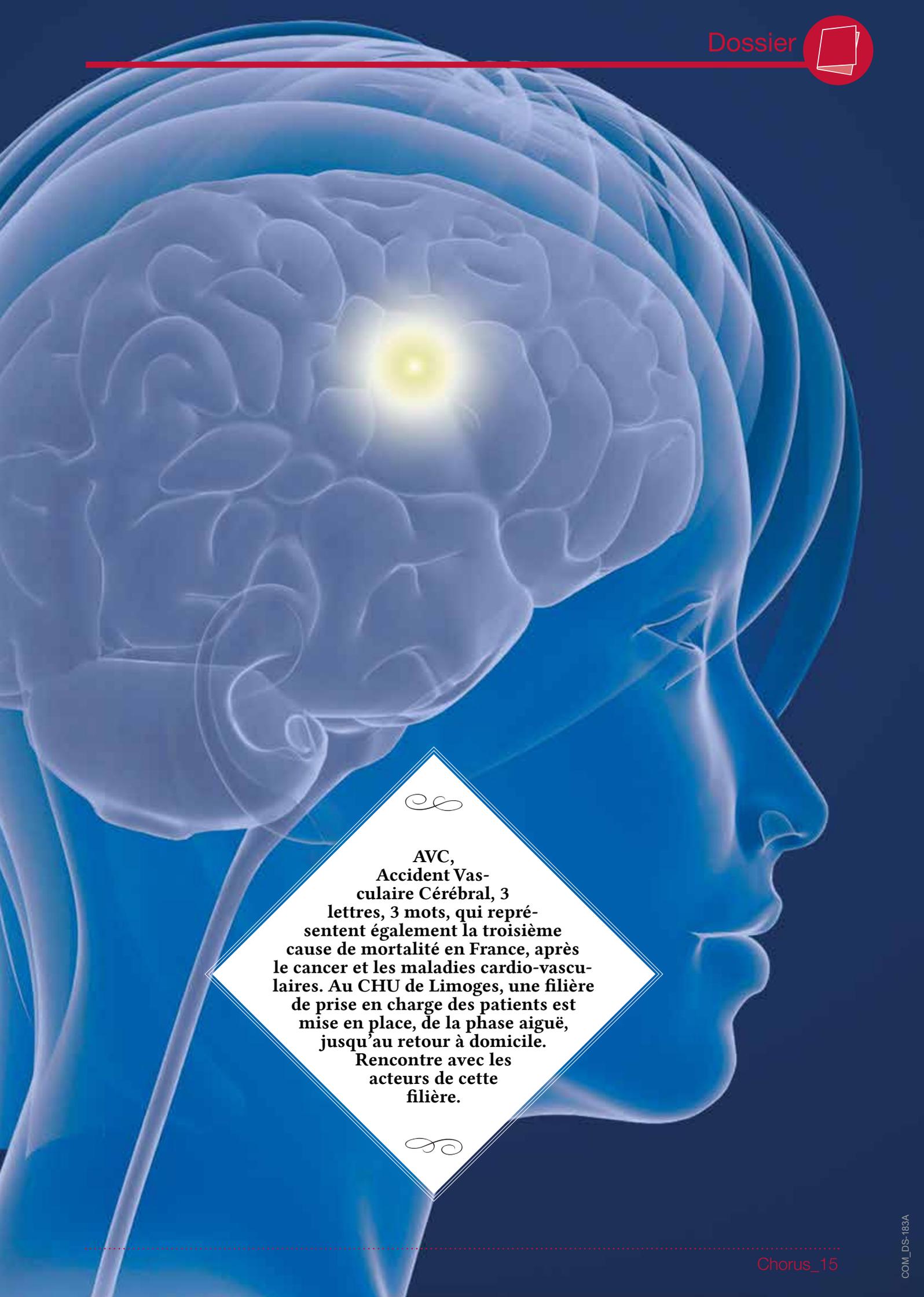
Une communication renouvelée en octobre à Paris, à l'occasion du salon infirmier.



La filière AVC

au CHU





AVC,
Accident Vas-
culaire Cérébral, 3
lettres, 3 mots, qui repré-
sentent également la troisième
cause de mortalité en France, après
le cancer et les maladies cardio-vascu-
laires. Au CHU de Limoges, une filière
de prise en charge des patients est
mise en place, de la phase aiguë,
jusqu'au retour à domicile.
Rencontre avec les
acteurs de cette
filière.



PAS UN, MAIS DEUX AVC...

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- ▶ HAS : " Accident Vasculaire Cérébral (AVC) : prise en charge précoce " Recommandations de bonnes pratiques - mai 2009
- ▶ Recommandations ANAES " prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accidents vasculaires cérébraux - juin 2002
- ▶ SNFV : Recommandations pour la création d'UNV - 2001
- ▶ Fiches procédures de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en hospitalisation - octobre 2003

L'AVC est un arrêt brutal de la circulation sanguine vers le cerveau. On distingue deux types d'AVC : l'accident ischémique ou infarctus cérébral -le plus fréquent- causé par la formation d'un thrombus (caillot de sang) qui bouche une artère, et, l'accident hémorragique dû à la rupture d'une artère cérébrale ou d'un anévrisme, qui va provoquer une hémorragie cérébrale ou méningée.

L'AVC est une urgence médicale où chaque minute compte et pour laquelle il est important d'agir vite. Outre le risque de mortalité, l'AVC peut causer des dommages irréversibles au cerveau. La formule utilisée par les médecins « *Time is brain* » ou « *Le temps, c'est du*

cerveau » résume cette urgence. En effet, on estime que plus d'un million de neurones sont détruits chaque minute. Pour limiter ces risques de séquelles, les traitements doivent être administrés dans les heures qui suivent l'accident.

En Limousin, sous l'impulsion de l'ARS, le CHU de Limoges est le centre de référence de prise en charge des AVC. Une filière de prise en charge a été créée, en partenariat avec les établissements de Creuse et de Corrèze. Cette filière a pour objectif de coordonner l'action de chacun des acteurs : médecins urgentistes, neurologues, radiologues, neuroradiologues, neurochirurgiens, mais aussi rééducateurs.

80 %
d'AVC
ischémiques

20 %
d'AVC
hémorragiques

UN GROUPE DE TRAVAIL " PARCOURS PATIENT AVC "

En France

150 000 AVC chaque année soit 1 toutes les 4 minutes

1^{ère} cause de handicap acquis

2^{ème} cause de démence

3^{ème} cause de mortalité après les cancers et les maladies cardio-vasculaires

Un groupe de travail sur les parcours AVC a été créé au CHU. Ce groupe a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients victimes d'AVC, de l'appel au Samu jusqu'au retour à domicile ou en USLD / Ehpad. Tous les professionnels issus des différents services concernés du parcours sont représentés dans ce groupe : médecins, soignants, rééducateurs.

Après avoir établi une cartographie du processus " Parcours du patient : AVC ", les professionnels du groupe ont listé des plans d'actions (71 au total), en regard des dysfonctionnements potentiels, à mettre en place pour améliorer la prise en charge des patients.

Parmi ces actions, des protocoles pour les pratiques de soins ont été élaborés en lien avec les professionnels soignants. En effet, Marie-Laure Berthaud, animatrice du groupe explique la place des soignants : « *Le rôle du personnel paramédical est majeur dans la prise en charge de l'AVC. Durant la phase aiguë, il va assurer une surveillance neurologique rapprochée, dépister et prendre en charge les complications majeures telles que les troubles de la déglutition, le risque d'escarre... et préserver les capacités de la personne. Ensuite, il va inscrire ses actions dans une démarche d'autonomisation et assurer la surveillance et la prise en charge précoce des risques associés au handicap.* »

Pilotes du groupe :

- ▶ Dr Dominique Grouille, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- ▶ Patricia Champeymont, directrice des soins

Animateurs :

- ▶ Pr Charbel Mounayer
- ▶ Pr François Caire
- ▶ Dr Francisco Macian-Montoro
- ▶ Marie-Laure Berthaud (cadre supérieur de santé)



« AVC, VITE LE 15 »

Agir vite pour diminuer les séquelles. Face à la survenue d'un AVC, le Samu a un rôle clef. En effet, c'est lui qui va activer la filière neurovasculaire afin de diminuer les délais de prise en charge du patient.

« AVC, vite le 15 », « Si vous êtes témoin d'un AVC, faites-le 15 »... les campagnes de communication se sont multipliées ces dernières années. En effet, le SAMU a un rôle majeur dans la prise en charge des AVC, puisque c'est le médecin régulateur qui va déclencher la filière neuro-vasculaire qui permettra au patient de gagner de précieuses minutes. « Le point d'entrée de la filière, c'est le 15, qui permet d'activer la chaîne en aval, pour avoir la meilleure prise en charge de ces patients. Le maître mot c'est le temps, et "le temps, c'est du cerveau". Plus tôt le patient ou son entourage appelle, plus tôt il sera pris en charge, et plus tôt il arrivera à l'hôpital » explique le Dr Dominique Cailloce responsable du SAMU-SMUR.

En amont de cette chaîne : les assistants de régulation médicale du SAMU qui reçoivent les appels d'urgence. Ils sont formés à la reconnaissance et à l'identification de l'accident vasculaire cérébral. Ainsi, chaque appel avec suspicion d'AVC est passé automatiquement au médecin régulateur hospitalier. Ce dernier, procède à un interrogatoire médical, et, si la piste de l'AVC se confirme, il décide alors du moyen de transport le plus rapide pour l'acheminement du patient vers l'hôpital centre de référence, afin qu'il puisse bénéficier de la filière. En parallèle, il prévient le médecin référent des urgences et le médecin neurovasculaire de garde. « Ainsi, quand le patient arrive aux urgences, il est immédiatement pris en charge, il n'y a pas de délai d'attente ». Le patient pourra alors passer l'IRM en priorité, et bénéficier de la thérapeutique adaptée.

La communication au cœur de la prise en charge

Selon le docteur Cailloce, « l'information de la population constitue un véritable problème de santé publique ». En effet, Le nombre d'AVC régulés (appel au 15 pour prise en charge dans la filière spécialisée) est d'environ 30 par mois, alors qu'en moyenne, 70 patients sont admis chaque mois au CHU pour un AVC. Ce sont donc plus de 50 % des cas qui ne passent pas par le SAMU, et donc autant de patients qui ne peuvent bénéficier de l'activation de la filière. « Il reste donc du travail à faire en terme de communication » rajoute le Dr Cailloce. Pour limiter le risque de séquelles, les traitements doivent être administrés au maximum dans les 4h30 qui suivent l'accident. Face à cette contrainte de temps, la communication à destination du grand public et de l'ensemble des professionnels de santé est donc un enjeu majeur : pour faire connaître les symptômes d'un AVC, et que l'appel au 15 devienne un réflexe dès l'apparition de ces signes.



Le Samu, en cas de besoin, déclenche la filière neurovasculaire

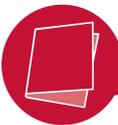


C'est la perte de temps estimée, si le patient passe par son médecin généraliste au lieu d'appeler le 15 directement.

« On ne perd pas de temps »

Le Dr Gilles Auzémery
(ARS Limousin)

« Il faut absolument que les symptômes de l'AVC soient intégrés par la population et la communauté médicale. Si on a un accident vasculaire cérébral que ce soit le jour, la nuit, les week-ends, il n'y a qu'un seul numéro à faire : c'est le 15. On ne perd pas de temps, on ne passe pas par des intermédiaires ! »



Les visuels de l'une des campagnes de communication réalisée par l'ARS du Limousin.

PARALYSIE DU VISAGE ?

- J'attends que ça passe...
- Je prends rendez-vous chez mon médecin traitant
- J'appelle vite le 15**

C'est peut-être un AVC !

Dans le cas d'un Accident Vasculaire Cérébral les chances de rétablissement sont plus grandes si le traitement est instauré dans les 3 heures

ars **Sauvez une vie** L'Assurance Maladie

BRAS PARALYSÉ ?

- J'attends que ça passe...
- Je prends rendez-vous chez mon médecin traitant
- J'appelle vite le 15**

C'est peut-être un AVC !

DIFFICULTÉS À PARLER ?

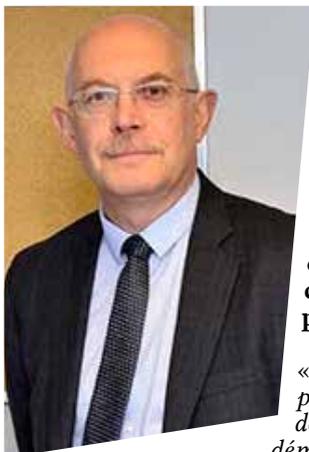
- J'attends que ça passe...
- Je prends rendez-vous chez mon médecin traitant
- J'appelle vite le 15**

C'est peut-être un AVC !

Dans le cas d'un Accident Vasculaire Cérébral les chances de rétablissement sont plus grandes si le traitement est instauré dans les 3 heures

ars **Sauvez une vie** L'Assurance Maladie

photo © www.info-mag-annonce.com



Le Dr Gilles Auzémery, Conseiller médical à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Limousin, présente le dispositif Télé AVC. Il s'agit d'un dispositif de télémedecine, qui permet aux patients de Creuse et de Corrèze de bénéficier de la filière neuro-vasculaire et de l'expertise des médecins neurovasculaires du CHU de Limoges pour la prise en charge de l'AVC.

LE DISPOSITIF TÉLÉ AVC

« L'AVC est l'une des préoccupations de l'ARS dans le cadre des parcours. Pour des raisons de démographie médicale, une seule unité neuro-vasculaire a été créée, au CHU de Limoges, dans l'actuelle région Limousin. Pour pouvoir prendre en charge correctement et avec les mêmes chances, les patients qui n'habitent pas la Haute-Vienne, il a été décidé de développer la télémedecine, par le biais du système " Télé AVC ", avec la permanence en IRM, sur plusieurs sites : d'abord Brive en 2012, puis Guéret en 2013, et Tulle depuis novembre 2015. Grâce à ce dispositif, les médecins urgentistes des hôpitaux

corréziens et creusois peuvent dialoguer, avec les éléments du dossier médical et l'imagerie, avec le médecin neurovasculaire de garde du CHU de Limoges. Grâce à la caméra, le médecin neurovasculaire peut faire un examen clinique du patient. Et c'est lui qui décidera de la thrombolyse ou pas. Le traitement sera alors appliqué sur place, par les urgentistes. Ce dispositif permet de gagner du temps, car on sait que l'on a 4h30, imagerie comprise, depuis le début de l'accident vasculaire cérébral pour mettre en route un traitement trombolitique. D'où l'intérêt de ce dispositif de proximité pour gagner un temps précieux et favoriser, avec la rééducation très précoce, les récupérations avec le moins de séquelles possible. »



LA NEURORADIOLOGIE : UNE RÉVOLUTION DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES AVC



La neuroradiologie est un maillon incontournable dans la prise en charge des AVC. La partie diagnostic joue un rôle majeur pour déterminer si l'AVC est ischémique ou hémorragique, et donc quel sera le traitement adapté. Depuis le début de l'année, la neuroradiologie interventionnelle a révolutionné le traitement des AVC ischémiques.

Lorsque le patient arrive au CHU pour une suspicion d'AVC, il est orienté très rapidement vers la neuroradiologie diagnostique afin de passer un examen d'IRM. Cet examen va permettre de déterminer s'il s'agit d'un accident ischémique ou hémorragique et d'envisager le traitement adapté. Quel que soit le résultat, « *le rôle de la neuroradiologie interventionnelle est au cœur du système pour les deux types d'AVC* » précise le Pr Charbel Mounayer, responsable du service de neuroradiologie.

Pour l'AVC ischémique, l'objectif est de faire le diagnostic de l'ischémie et de la localisation du caillot.

En fonction des résultats, le neuroradiologue et le neurologue prennent alors la décision de la prise en charge. Soit ils décident d'injecter des fibrinolytiques (anticoagulants qui vont dissoudre le caillot) : la thrombolyse, soit ils décident de faire une thrombolyse et une thrombectomie (une technique mécanique qui permet d'aller chercher le caillot par l'intérieur du vaisseau), soit de faire une thrombectomie seule. Les décisions sont toujours prises en commun, en fonction de la proximité du caillot. « *Plus le caillot est proximal, plus ça nécessite l'intervention du neuroradiologue interventionnel pour faire une thrombectomie, car plus le caillot est proximal, moins la thrombolyse est efficace* » précise le Pr Mounayer.

En ce qui concerne l'AVC hémorragique, il y a deux types d'accidents : l'hématome intracérébral, qui est dû en grande majorité à l'hypertension artérielle, et qui est pris en charge par les neurochirurgiens. Si c'est une hémorragie méningée (souvent secondaire à la rupture d'un anévrisme), c'est la neuroradiologie intervention-

nelle qui intervient. Les neuroradiologues vont alors " boucher " l'anévrisme pour l'empêcher de resaigner. Il peut aussi s'agir d'un hématome cérébral, secondaire à une malformation vasculaire cérébrale, dans ce cas, le travail est commun entre les neurochirurgiens et les neuroradiologues interventionnels.

Le service de neuroradiologie du CHU de Limoges est un centre de référence, essentiellement sur les anévrismes non rompus découverts lors d'un scanner. Les patients sont alors recrutés en extrarégional et même à l'international.

La thrombectomie : une révolution dans la prise en charge de l'AVC ischémique !

« *Sur l'accident ischémique il y a quelques années, la thrombectomie avait une place un peu arbitraire. Depuis début janvier, avec les études comme MR-Clean qui ont démontré la grande efficacité de la thrombectomie en cas d'occlusion proximale, ce qui correspond à plus de la moitié des AVC ischémiques, le nombre de thrombectomies a considérablement augmenté* » précise le Pr Mounayer. L'efficacité de la thrombectomie sur les AVC est donc largement prouvée, et c'est une technique qui a très peu de complications. La thrombectomie ne fragmente pas le caillot, ce qui est un avantage majeur. Et pour une grande partie des patients, la récupération est constatée immédiatement sur la table d'intervention. Une technique révolutionnaire, toutefois soumise à une condition : celle du temps, comme tient à le rappeler le Pr Mounayer : « *Le plus important pour nous est que le patient arrive dans des délais courts, d'où la filière AVC. Nous avons constaté que si le patient arrivait par le biais de son médecin généraliste, nous perdons 1h47, par rapport à l'appel direct au SAMU. La première ligne, c'est donc le SAMU.* »

LA THROMBECTOMIE EN PRATIQUE

En fonction de la localisation du caillot, l'intervention dure de 20 minutes à 3 heures.

Dans la grande majorité des cas, le patient n'est pas endormi il reçoit uniquement un traitement antalgique.

Un cathéter ultra-fin est introduit au niveau du pli de l'aîne dans l'artère fémorale. Le neuroradiologue fait remonter le cathéter jusqu'au cerveau, là où se situe le caillot. Deux méthodes permettent alors le retrait du caillot et donc, le rétablissement de la circulation :

► **Thrombectomie mécanique** : à l'extrémité du cathéter se trouve un stent auto expansible appelé " stent retriever ". Lors du retrait du cathéter, le stent va s'ouvrir et s'enrouler autour du caillot sanguin et l'emprisonner. Puis le caillot est retiré par retrait de la sonde.

► **Thrombo-aspiration** : le caillot est retiré par aspiration.



La thrombectomie mécanique : le stent emprisonne le caillot permettant son retrait

2 médecins neuroradiologues se relaient 365 jours/an, 24h/24 pour assurer la prise en charge des patients atteints d'AVC



UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE THROMBECTOMIES

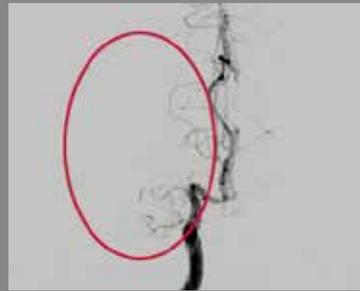
Début 2015, 6 études ont montré le bénéfice de la thrombectomie mécanique dans le traitement des accidents vasculaires cérébraux ischémiques : MR-CLEAN, ESCAPE, EXTEND IA, SWIFT-PRIME, REVASCAT et THRACE.

Les résultats de ces études ont engendré une augmentation du nombre de thrombectomie.

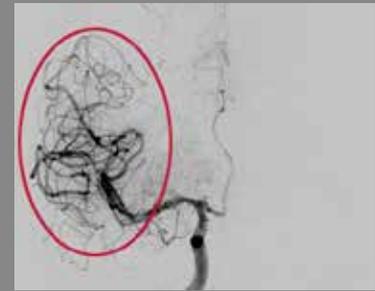
Au CHU de Limoges

- ▶ en 2014, **30** patients ont eu une thrombectomie
- ▶ de janvier à octobre 2015, environ **100** patients ont eu une thrombectomie

THROMBOLYSE INTRAVEINEUSE + THROMBECTOMIE



AVANT TRAITEMENT



APRES TRAITEMENT

« L'imagerie est une étape importante de la filière neurovasculaire »

Pr Marie-Paule Boncoeur-Martel, radiologue

« L'IRM reste la plus performante à la phase très aiguë de l'AVC et nous l'utilisons nuit et jour -ce qui n'est pas le cas dans tous les centres- pour prendre en charge le malade candidat à une thrombolyse intraveineuse. En cas de contre indications à l'IRM, les équipes ont recours au scanner avec des techniques adaptées. A partir du moment où il y a une suspicion de pathologie vasculaire cérébrale, l'IRM va permettre de confirmer le diagnostic positif d'ischémie cérébrale et de topographier la lésion, pour déterminer son volume et le niveau d'occlusion du vaisseau. En fonction de ces paramètres, le traitement va être adapté au mieux. L'IRM permet aussi d'estimer à plus de 3h, la survenue du déficit. C'est un élément important pour la décision thérapeutique ultérieure, car on sait que l'on peut administrer un traitement de trombolyse dans les 4h30 qui suivent la survenue de l'AVC. »



Le Pr Caire, neurochirurgien explique la place de la neurochirurgie dans la filière AVC.

Quelle est la place de la neurochirurgie dans l'AVC ischémique ?

Dans les accidents ischémiques les neurochirurgiens interviennent de façon tout à fait marginale, seulement lors d'infarctus massifs qui conduisent à des problèmes

d'œdèmes non contrôlés au niveau du cerveau. Dans ce cas, on peut de façon occasionnelle réaliser une craniectomie décompressive : c'est-à-dire que l'on va retirer un grand volet crânien pour permettre au cerveau de s'expandre et de " respirer " un peu plus normalement. Les neurochirurgiens interviennent également pour des infarctus du cervelet pour lesquels on va faire des décompressions chirurgicales.

LA NEUROCHIRURGIE DANS LA FILIÈRE AVC



Comment s'organise la prise en charge des AVC hémorragiques ?

À la différence des accidents ischémiques, tous les accidents hémorragiques, que ce soit au plan régional et extrarégional, sont pris en charge par le service de neurochirurgie du CHU, ce qui représente une centaine de patients par an. C'est une spécificité de Limoges. On prend en charge les patients, on fait le bilan étiologique pour retrouver la cause du saignement, et de temps en temps, nous avons des gestes chirurgicaux pour évacuer des hématomes intracérébraux. La majorité de ces hématomes sont liés à



l'hypertension artérielle et sur des poussées tensionnelles, les patients vont faire des hématomes dans des régions profondes du cerveau. On prend en charge ces patients, on met en place des traitements pour traiter l'hypertension et on essaie de traiter les complications. On intervient également plus spécifiquement sur les hématomes qui ont pour origine une malformation et sur lesquels il peut y avoir un geste d'embolisation, soit par neuroradiologie interventionnelle, soit par chirurgie. La neurochirurgie est très liée à la neuroradiologie. Nos spécialités sont indissociables.

L'UNV : PRISE EN CHARGE À LA PHASE AIGUË DE L'AVC

Créée en 2008, l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) est une unité d'hospitalisation du service de neurologie, spécialisée dans la prise en charge des AVC. Elle est composée de 8 lits de soins intensifs et de 18 lits en secteur sub-aigu.

L'UNV prend en charge 24h/24 les patients victimes d'AVC durant la phase aiguë. C'est elle qui coordonne la filière AVC au sein du CHU. Les neurologues de l'unité sont en contact permanent avec le centre 15 et les services d'urgences de la région, par un numéro dédié. Ce numéro est à disposition de tous les médecins pour un avis concernant une urgence neurovasculaire et un éventuel transfert.

La première étape de la prise en charge par l'UNV est le retrait du caillot, par thrombolyse et/ou par thrombectomie, en lien avec les neuroradiologues. Même si à ce jour, l'équipe observe une recanalisation dans 60 % à 80 % des cas, le Dr Francisco Macian Montoro, neurologue et responsable de l'UNV, relativise : « chaque heure que l'on perd, diminue de 50 % l'efficacité des traitements ». Passée cette phase d'urgence, l'UNV a pour objectif d'éviter les complications et de stabiliser les patients, de tout mettre en œuvre pour que la récupération se fasse au plus vite, puis de réorienter les personnes en fonction des séquelles. « C'est un travail de guérison, stabilisation, orientation » résume le Dr Macian.

Mais la prise en charge présente également une autre spécificité : « La rééducation doit être très précoce. C'est pour cela que l'on dispose de professionnels de rééducation associés à l'unité : orthophonistes, kinésithérapeutes... pour commencer la rééducation dès l'hospitalisation en UNV et autonomiser au plus vite. Ce qui n'était pas le cas avant où on laissait le patient alité. Aujourd'hui au bout de 24 à 48h, on commence à le lever. Ça permet de préparer aussi ce qui se fera par la suite dans le service de rééducation ou à domicile. C'est bénéfique, ça potentialise la récupération. Et ça permet d'ajouter des chances de réadaptation. C'est-à-dire, que, même si on ne récupère pas complètement, on peut apprendre à faire au mieux avec ce que l'on a. »

Et ces spécificités sont bénéfiques, par rapport

à une prise en charge dans n'importe quel autre service. « C'est un patient de plus qui récupère sans séquelle tous les 20 patients. C'est énorme ! » se réjouit le Dr Macian.

En sortie d'UNV, les patients qui présentent peu ou pas de séquelle (soit les 2/3) rentrent directement à leur domicile et 1/3 sont orientés vers un service de soins de suite.

20 ans de progrès...

Durant ces 20 dernières années, la prise en charge des AVC a énormément évolué, permettant une diminution de la mortalité et des séquelles, mais aussi une meilleure récupération. « Les premières thrombolyse aux Etats-Unis se sont faites dans les années 1995. Début 2000 les unités neuro-vasculaires ont été créées, avec en comparaison à d'autres services, un bénéfice qui est net. A partir de 2015 la thrombectomie a été le troisième énorme changement. Toutes ces évolutions ont changé notre façon de penser et de faire les choses. On prend en charge les patients différemment. Je ne sais pas quel sera l'avenir. Peut-être un traitement préventif ? Mais en tout cas, il faudra continuer d'agir sur les facteurs de risque : hypertension artérielle, cholestérol, maladies cardiaques, diabète, ou encore obésité sédentarité et tabagisme ».



Entre
1 et 2
millions
de neurones
détruits / minute

Chaque année, environ **2 000** personnes sont victimes d'un AVC en Limousin. **1 000** sont prises en charge par le CHU de Limoges, dont **70 %** passent par l'UNV.

La durée moyenne de séjour sur l'UNV est de **10 à 12** jours, dont **4 à 5** jours en secteur de soins intensifs.



UNITÉ DE RÉADAPTATION NEURO-VASCULAIRE

L'unité de réadaptation neuro-vasculaire prend en charge les patients victimes d'un AVC après leur passage en service aigu. Objectif de cette prise en charge : la rééducation du patient et la préparation du retour à domicile.

Après leur prise en charge dans les services de soins aigus, les patients qui présentent des séquelles importantes et incompatibles avec le retour à domicile (1/3 des cas), sont orientés vers un service de soins de suite. Au CHU de Limoges, l'unité de réadaptation neuro-vasculaire a été créée au sein du service de médecine physique et de réadaptation à l'hôpital Jean Rebeyrol. « Il s'agit de l'une des premières unités de ce type à avoir été créée en France, il y a environ 10 ans, pour répondre aux besoins spécifiques des patients en post AVC » précise le Pr Daviet qui en est le responsable. Cette unité de 22 lits d'hospitalisation complète de soins de suite, spécialisée en neurologie, est dédiée à la rééducation des patients post AVC. Le personnel est formé aux problématiques de l'AVC. « L'objectif, c'est redonner de l'autonomie dans la vie de tous les jours, et cela, avant même la mise en place des séances de rééducation. On fait faire aux patients les gestes quotidiens pour les autonomiser. Cela passe par la toilette, la prise des repas, l'habillement, la gestion des médicaments... Cette rééducation faite par les infirmiers et les aides-soignants se fait dans la chambre du patient. C'est une prise en charge différente des autres services, mais qui prend aussi plus de temps au personnel soignant. ». Le patient va également bénéficier d'une rééducation très spécifique, établie en fonction de ses séquelles et de ses besoins, avec la mise en place d'un programme coordonné multidisciplinaire :

ergothérapeutes pour les troubles des membres supérieurs, kinésithérapeutes pour les troubles des membres inférieurs, orthophonistes, pour les troubles du langage, et neuropsychologues en cas de troubles cognitifs, le tout coordonné par les médecins. Cette rééducation utilise tous les moyens et techniques de rééducation actuels. Les patients peuvent avoir jusqu'à 4 séances de rééducation par jour.

Le retour à domicile : le fil rouge de la prise en charge

Le retour à domicile est envisagé dès la prise en charge dans l'unité. « L'objectif de la prise en charge du patient, c'est lui permettre de rentrer chez lui le plus vite possible. On va donc établir un projet de vie avec le patient. Et c'est ce projet qui va guider le programme de prise en charge » explique le Pr Daviet. Son organisation se fait en parallèle de l'hospitalisation avec l'aide du patient et de sa famille. Ainsi, très tôt, en fonction de l'évolution des patients, des sorties thérapeutiques le week-end sont envisagées. « Ces sorties sont primordiales, elles permettent notamment de recalculer les objectifs de l'hospitalisation si nécessaire » ajoute-t-il. Puis en fonction de son évolution, le patient pourra alors passer en hospitalisation de semaine puis en hospitalisation de jour, avant d'envisager le retour définitif à domicile.

Par ailleurs, une visite du domicile est faite en cours d'hospitalisation par un binôme ergothérapeute/assistante sociale. Ils vont proposer des adaptations du domicile et les aides de financement possibles dans le cadre de cet aménagement.

Le véhicule Comète, un véhicule-école adapté pour la conduite des personnes en situations de handicap



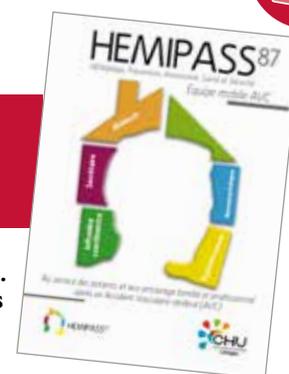
Anticiper la réinsertion professionnelle

Le service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) fait partie du réseau Comète. L'association Comète œuvre pour le maintien d'une dynamique d'insertion sociale et professionnelle, pour les personnes hospitalisées dans les établissements sanitaires du réseau. Ainsi, l'assistante sociale du service de MPR est en lien direct avec l'association pour bâtir un projet de réinsertion professionnelle pour les patients hospitalisés dans l'unité de réadaptation neuro-vasculaire. L'objectif est que le projet puisse se concrétiser le plus rapidement possible après la sortie de l'hôpital.

Contact :
Tél. : 05 55 89 65 28 - secretariat.comete@fces.fr
ou par l'intermédiaire de Christine Adam, assistante sociale à l'hôpital Jean Rebeyrol.



HEMIPASS : ACCOMPAGNER LES PATIENTS ET LEUR ENTOURAGE APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL



Hémipass est une équipe mobile du service de médecine physique et réadaptation. Elle se déplace sur toute la Haute-Vienne, au domicile de patients ayant des séquelles d'AVC, à la demande du patient, des professionnels ou de son entourage.

L'objectif principal d'Hémipass est l'amélioration du retour et du maintien à domicile pour limiter les hospitalisations non programmées et les admissions en institutions. Hémipass s'adresse à des patients de tous âges qui ont eu un AVC, mais aussi à leurs aidants, qu'ils soient familiaux ou professionnels. « Le but est de favoriser et de pérenniser le retour à domicile, coordonner les prises en charge à domicile avec les intervenants du secteur libéral et proposer l'expertise des professionnels de l'équipe mobile, tels que l'ergothérapeute et le neuropsychologue » explique le Dr Bernikier, responsable d'Hémipass. Hémipass intervient pour évaluer l'aménagement et l'accessibilité du domicile, vérifier la mise en place et la bonne utilisation des aides techniques, favoriser l'apprentissage des bonnes pratiques de transfert pour les aidants afin d'éviter leur épuisement, la prévention des récurrences et des complications, l'éducation thérapeutique, le soutien psychologique pour le patient et ses aidants, la sensibilisation aux troubles cognitifs

notamment auprès des professionnels, l'accompagnement pour un maintien du lien social...

« Aller à domicile et voir le quotidien du patient, nous permet de comprendre beaucoup de choses : le contexte social, familial, économique. Le fait de visualiser la situation apporte des réponses et permet d'adapter le plan d'aide, puis de mettre en place les aides » précise, le Dr Bernikier.

Quelle que soit la provenance de la demande, l'accord de prise en charge est demandé au médecin traitant et tous les intervenants habituels sont contactés par l'infirmière coordinatrice d'Hémipass, pour évaluer la situation du patient et établir un projet personnalisé de prise en charge.

Hémipass a également une mission d'information du grand public et de sensibilisation des professionnels de santé, notamment des auxiliaires de vie. Elle a aussi une mission d'enseignement auprès des étudiants infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et infirmiers libéraux.

Katia Raetz,
infirmière
coordinatrice :

« Notre rôle est de favoriser la qualité de vie, favoriser l'autonomie et permettre un retour à domicile en sécurité. Accompagner les aidants, c'est aussi une de nos grosses missions, pour éviter l'épuisement. »

L'ÉQUIPE HÉMIPASS, C'EST

un médecin
généraliste

une infirmière
coordinatrice

une
ergothérapeute

une
neuropsychologue

une
secrétaire

CONTACT
hemipass@
chu-limoges.fr
Tél. :
05 55 05 86 09



Le Dr Bernikier lors d'une visite à domicile d'un patient

France AVC : association d'aide aux victimes d'accident vasculaire cérébral

L'association France AVC est très présente au sein du CHU. Elle intervient pour apporter un soutien aux personnes victimes d'un AVC ou leur entourage.

Elle participe également à diverses manifestations (conférences, stands...) aux côtés des professionnels du CHU. C'est ainsi que dans le cadre de la journée mondiale de l'AVC du 29 octobre dernier, les équipes du CHU et les membres de l'association France AVC étaient présents sous un chapiteau installé place de la République, pour informer le grand public.

Permanences France AVC :

> le 3^{ème} jeudi du mois, à la maison des usagers (hôpital Dupuytren), de 16h à 18h

> le 1^{er} jeudi du mois, hall d'accueil de l'hôpital Jean Rebeyrol, de 15h à 17h





**LES ACTEURS
PARAMÉDICAUX
DE LA
RÉÉDUCATION**



Dès la phase aiguë, une équipe pluridisciplinaire de rééducateurs intervient pour une prise en charge personnalisée du patient. Objectif : retrouver un maximum d'autonomie. Rencontre avec Brigitte Prèneuf, cadre de santé kinésithérapeute.

A VOIR...

Un film intitulé " AVC et après... " a été réalisé par le service communication du CHU, dans le cadre de la journée mondiale de l'AVC. Retrouvez-le sur la chaîne YouTube du CHU de Limoges (www.youtube.com/user/CHUlimoges)



A quel moment intervient la rééducation d'un patient victime d'AVC ?

La rééducation motrice intervient le plus précocement possible. Dès la phase aiguë, dès le premier jour, les recommandations de la HAS demandent de mettre en place une rééducation motrice, de manière à stimuler le patient tant sur le plan moteur que sur le plan du langage en cas d'aphasie. Il y a une équipe de rééducateurs en neurologie et une autre en neurochirurgie qui interviennent sur la phase aiguë, puis le suivi est pris par l'équipe de MPR ou de SSRG* pour les patients plus âgés.

rééducation d'un membre supérieur ou inférieur, mais à la rééducation du patient dans sa globalité, qui parfois est aussi atteint de troubles cognitifs, ou peut-être n'est atteint que de troubles cognitifs. Mais ces troubles font qu'il n'est plus capable de rentrer chez lui. C'est une prise en charge qui est individualisée. On prend en compte l'état du patient, mais aussi ses projets pour établir le programme de rééducation.

Comment sont fixés les objectifs du patient ?

L'objectif principal c'est d'être en capacité de retourner à sa vie antérieure sans ou avec le moins de séquelles possible. La prise en charge rééducative part toujours d'une prescription médicale. Chaque rééducateur va alors élaborer un traitement personnalisé. Puis, toutes les semaines il y a un staff pluridisciplinaire lors duquel chaque professionnel fait un bilan. Les objectifs sont alors reconsidérés et chaque rééducateur réajuste son traitement.

Quelles est la spécificité de cette rééducation ?

La spécificité c'est que la prise en charge d'un patient victime d'AVC ne se résume pas à la

*SSRG : Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique

Les intervenants paramédicaux de la phase de rééducation au CHU

Assistante sociale

Travail d'écoute, de soutien et d'accompagnement dans les démarches administratives et les dossiers de demande d'aide. Elle intervient également pour les problématiques économiques et professionnelles.

Ergothérapeute

Aide la personne à réapprendre à accomplir seule l'ensemble de ses activités et lui enseigne des techniques qui lui seront utiles dans sa vie de tous les jours. L'ergothérapeute intervient également pour faire les propositions d'aménagement du domicile.

Diététicienne nutritionniste

Intervient auprès des patients qui présentent des troubles de la déglutition, en proposant une adaptation des textures, en fonction des patients. Elle travaille également sur les apports nutritionnels pour prévenir le risque de dénutrition

Kinésithérapeute

Grâce à des exercices spécialisés, le kinésithérapeute travaille avec le patient sur la récupération de la marche et sur l'amélioration des mouvements de l'ensemble du corps.

Neuropsychologue

Intervient sur les aspects cognitifs (fonctions supérieures telles que les mémoires, la concentration, le raisonnement) mais aussi sur les aspects comportementaux.

Orthophoniste

Intervient sur les troubles du langage (aphasie) dans toutes ses composantes : expression, compréhension, mémorisation, fonctions cognitives... L'orthophoniste intervient également en lien avec la diététicienne sur les troubles de la déglutition.





1

HOPITAL DUPUYTREN

PET Scan

Des travaux ont été entrepris dans le service de médecine nucléaire afin de remplacer l'appareillage biomédical de PET-Scan. De nouvelles alimentations en fluides (électricité, eau glacée) ont été réalisées et la structure a été renforcée.

► 44 032 € TTC

Fin des travaux : juin 2015

Salle de coronographie

Le traitement d'air de la salle de coronographie a été remis en conformité et sécurisé pour l'activité TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation). L'objectif était la mise en place d'une centrale de traitement d'air de type compact afin de répondre à la fois au besoin de maîtrise de la qualité de l'air et pour minimiser l'impact d'intégration de cette nouvelle unité sur la surface de travail dans les locaux.

► 102 000 € TTC

Fin des travaux : décembre 2015

Centre régional de cancérologie 1

La réfection de l'étanchéité du bâtiment du centre régional de cancérologie a été réalisée de mi-septembre à mi-novembre. L'ancienne étanchéité en membrane PVC a été remplacée par une étanchéité en deux couches à base de rouleaux de bitume. Les potelets d'ancrages, permettant les interventions futures sur la terrasse, ont été remplacés. L'étanchéité de la terrasse a été garantie pendant toute la durée du chantier.

► 750 000 € TTC

Fin des travaux : début octobre 2015

INTERNAT

La restructuration de l'ensemble du rez-de-chaussée de l'internat est en cours. Cette opération d'une durée de 5 mois concerne principalement l'agrandissement de la salle à manger, la réfection des cuisines (avec



2

ajout d'une chambre froide négative), la création de vestiaires avec douche pour le personnel et l'aménagement d'un nouvel espace cafétéria pour les internes membres de l'association.

► 400 000 € TTC

Fin des travaux : 15 janvier 2016

HOPITAL JEAN REBEYROL

Médecine physique et de réadaptation

Dans le cadre de l'accompagnement des patients et de leur entourage dans l'apprentissage et la maîtrise d'aides techniques et technologiques pour un gain fonctionnel et un retour à domicile sécurisé, des travaux sont réalisés dans 11 chambres de l'aile B du 1^{er} étage de l'hôpital Jean Rebeyrol (V360).

Ces travaux comprennent :

- La mise en place d'un système de domotique pour les 11 chambres
- La création, pour 4 chambres, de sanitaires équipés de lavabos, WC suspendus avec variation de hauteur, ainsi que d'une douche.
- La mise en place, pour 7 chambres, de WC suspendus et de lavabos plus ergonomiques.

Dans le cadre d'une convention relative à la mise en œuvre d'un projet Handicap et dépendance, le CHU bénéficie d'une aide financière de la région Limousin.

► 432 000 € TTC

Fin des travaux : mi-mars 2016

PLATEFORME DE STATIONNEMENT 2

La construction d'une plateforme aérienne de stationnement de 270 places au dessus de l'actuel parking du personnel, face à l'entrée principale de l'hôpital Dupuytren, a démarré le 2 décembre 2015. Elle s'accompagnera d'un réaménagement du parking du personnel et des consultants actuel.

► 3,6 M€ TTC

Mise en service : mars 2016



« SI LES GENS VEULENT LES CHOSES, CELA FONCTIONNE »

► Le Pr Gaëtan Des Guetz (prononcez D[e] G[e]), est arrivé à la fin de cet été, après 22 ans d'exercice dans les hôpitaux parisiens. Premiers regards et projets de ce " breton-parisien " arrivé en terres hospitalo-universitaires limougeaues, pour succéder au Pr Nicole Tubiana Mathieu, qui a été à la tête du service d'oncologie médicale pendant les 25 dernières années.

Quelles ont été vos motivations pour rejoindre notre hôpital ?

Je souhaitais un poste en CHU. L'activité y est très intéressante sur le plan intellectuel, et permet d'envisager des travaux de recherche. Le poste de cancérologie générale proposé par le CHU de Limoges m'a attiré, au moment où la cancérologie devient hyper spécialisée par organe, moi qui ai une vision globale de l'oncologie. Enfin, les contacts ont été très bons avec le Pr Tubiana, l'équipe médicale, paramédicale, le PCME, le Doyen et la direction de l'hôpital.

Quelles sont vos premières impressions ?

C'est un hôpital qui tourne très bien. Il est bien organisé, ce qui est plus facile peut-être que pour les gros CHU parisiens. Les choses paraissent plus simples ici. Les moyens sont différents de Villejuif, par exemple, mais si les gens veulent les choses, cela fonctionne. Après, il faudra aussi savoir garder les professionnels, pour que la médecine reste pionnière en CHU.

Justement, comment fonctionnez-vous avec les autres ?

J'accorde beaucoup d'importance au relationnel. Après, je suis pragmatique, on avancera avec les collègues qui le voudront et bien évidemment en fonction de mes centres d'intérêt et des possibilités des services cliniques et des laboratoires. Je suis un optimiste et je n'ai pas de vision catégorique et prédéfinie des choses.

Voyez-vous des différences entre les populations limousines et parisiennes accueillies à l'hôpital ?

Les gens sont plus robustes au même âge ici.

Ils semblent attendre plus, avant de venir se faire soigner. Prendre en charge une population plus âgée rend souvent les choses plus complexes. Vous savez, la sociologie influe sur le type de cancer : le cancer est une " maladie sociale ". Sinon, j'ai également constaté une réalité humaine : ici, les gens se connaissent. Il y a une plus forte implication familiale autour du patient comparativement à Paris.

Comment vos expériences en différents hôpitaux parisiens, vont-elles vous servir ?

J'ai pu travailler dans de nombreuses spécialités d'oncologie : les traitements des cancers de l'ovaire à l'Hôtel Dieu, les sarcomes et les cancers du sein à l'Institut Curie, l'oncologie thoracique à Avicenne... Mes activités en cancérologie digestive, spécialité qui m'a toujours attirée, la création de l'Ucog d'Avicenne me serviront aussi.

Quels sont vos projets ?

J'arrive, j'observe et je dois rencontrer tout le monde. Mais je sais que le Pr Dantoine est intéressé comme moi par le projet d'Ucog. On veut également lancer une évaluation du G8* dans les cancers du colon avec le Pr Mathonnet. Je veux aussi développer l'URCO, les liens avec l'imagerie, les projets translationnels avec le Pr Jauberteau, et bien sûr les activités d'enseignement.

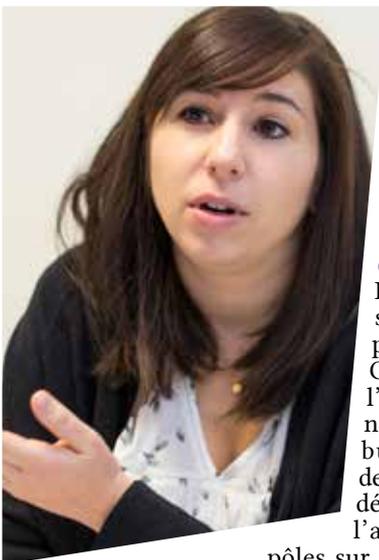
* 8 items qui permettent de déterminer si une personne a besoin d'être vue par un gériatre



YOLÈNE RIBIÈRE

« LA CONFIANCE EST RÉCIPROQUE »

► Arrivée au mois de septembre, Yolène Ribière, Cadre Administratif des Pôles (CAP) thorax-abdomen et soins aigus-bloc-imagerie a un parcours atypique. Directrice adjointe d'un hôtel, puis directrice adjointe dans différents Ehpad toulousains pendant 7 ans, elle est titulaire d'un Master 2 en management du social et de la santé. Elle découvre avec enthousiasme ses nouvelles fonctions au CHU de Limoges.



Cadre administratif de pôle, vous saviez ce que c'était ?

Pas plus que ça. C'est surtout la fiche de poste qui m'a motivée. On est à la fois sur de l'analyse médico-économique, du suivi du budget, de l'activité des services, des crédits délégués... C'est encore

l'aide au pilotage des pôles sur des missions très différentes : mise en place de protocoles, gestion des dossiers d'autorisation... Les sollicitations sont hyper variées et c'est ce qui me plaît. Ce titre ne traduit pas nos missions.

Qu'écririez-vous dans un " rapport d'étonnement " ?

D'abord, que le CHU est une grosse machine, avec énormément d'interlocuteurs et que c'est très cloisonné. J'ai encore parfois du mal à savoir à qui m'adresser. L'annuaire Hermès devrait être mis à jour plus régulièrement. Je mers beaucoup des organigrammes fonctionnels, mais quelque chose de plus détaillé pour savoir qui fait quoi dans les équipes serait utile. Le gaspillage de papier aussi m'a surpris. Au moment des recherches d'économie, je me dis qu'il faudrait beaucoup plus dématérialiser.

Quelles sont les priorités pour vos pôles ?

Ma collègue, avant que je n'arrive, avait fait énormément de dossiers d'autorisations. Maintenant l'enjeu porte sur le plan de modernisation. Tout le monde en parle dans les pôles et se

pose beaucoup de questions. Ils veulent savoir où ils vont être, comment ils vont pouvoir s'organiser. C'est le gros sujet du moment.

Quels sont vos traits de caractère professionnel ?

Je suis à l'écoute, et je vais au bout des choses. Quand on me lance sur un projet je ne l'abandonne pas en cours de route. Et je n'aime pas non plus ceux qui abandonnent : soit on y va et on le fait, soit on ne le fait pas.

Que pensez-vous des conditions de travail au CHU ?

Je vais peut-être me le faire reprocher par d'autres...(rires). Je viens d'arriver et pour l'instant elles sont très bonnes. J'avais un métier et un positionnement différent, la comparaison est difficile. Je viens du privé où il ne faut pas compter ses heures... ici aussi, mais c'est quand même différent. Ce n'est pas la même pression. Avant j'avais le portable allumé et j'étais appelée jours, nuits, et week-ends.

Le positionnement d'un CAP est-il clair pour tous vos interlocuteurs ?

C'est la grosse difficulté. Certains demandent encore sur le terrain, en quoi consiste notre travail. Nous sommes rattachés directement au directeur des affaires financières, du contrôle de gestion et de la contractualisation, mais fonctionnellement parlant, nous travaillons en étroite collaboration avec le chef de pôle et le cadre de santé de pôle. Il nous faut à la fois la confiance de la direction du CHU et celle des équipes dans les pôles. Pour l'instant, je n'ai néanmoins eu aucune difficulté sur ce versant. La confiance est réciproque.

* DAFCCG : Direction des affaires financières, du contrôle de gestion et de la contractualisation



AP-HP : LA GESTION DES VICTIMES DES ATTENTATS PAR LES HOSPITALIERS



© Miguel Medina

Les personnels de l'AP-HP s'étaient préparés au pire. Dans la nuit du 13 au 14 novembre dernier, ils l'ont vécu. L'afflux massif des blessés a nécessité le déclenchement du plan blanc. L'AP-HP et ses professionnels en première ligne, reviennent sur leur gestion de cette crise sans précédent.

Urgentistes, anesthésistes, chirurgiens traumatologues, équipes du Samu, personnels soignants, techniques et administratifs... toutes les équipes de l'AP-HP insistent d'abord sur le collectif mis en œuvre pour faire face. Une cellule de crise composée de 15 personnes et de 5 médecins a rapidement été mise en place pour répondre aux appels, trier et dispatcher les équipes mobiles (un médecin, une infirmière et un chauffeur) vers les blessés et les hôpitaux les plus appropriés. Parallèlement, 45 équipes médicales du SAMU et des pompiers ont été réparties sur les sites des catastrophes, et 15 autres maintenues en réserve, en cas de nouvelle attaque.

Avant même le déclenchement du plan blanc de nombreux médecins et soignants se sont présentés spontanément dans tous les hôpitaux parisiens, parfois les plus proches de leur domicile. Des "médecins coordonnateurs" qui n'étaient pas directement impliqués dans les soins mais dans la gestion d'équipiers se sont ainsi trouvés à gérer des personnels qui ne connaissaient même pas les structures où elles étaient. Une cadre de santé de la Pitié Salpêtrière témoigne : « *Il étaient les personnes pivots, les seules qui donnaient des ordres appliqués à la lettre par les professionnels présents.* »

Garder son sang-froid, et s'adapter

Le Dr Attias, du service d'anesthésie-réanimation de Mondor, insiste lui sur la maîtrise de soi : « *On a un sentiment d'effroi, mais il faut garder son sang-froid et sa lucidité, pour prendre les bonnes décisions au bon moment.* »

La bonne décision, pour un des urgentistes présents cette nuit, a été de raisonner comme lors d'autres situations d'urgence : « *Les deux questions à se poser restent, premièrement : " est-ce que le patient qui arrive est sévère ou non ? ", et ensuite, " est-ce qu'il est stable ou pas ? " Après, on sait quelle réponse apporter.* » Un triage a été réalisé à l'entrée de l'hôpital, les patients en état critique étaient immédiatement pris en charge au bloc, et une zone de surveillance a été mise en place pour conserver une capacité d'accueil de nouveaux patients. Un médecin revient sur l'adaptation à la situation dont les équipes ont dû faire preuve : « *On a rapidement pris conscience qu'il serait impossible, pendant un laps de temps qu'on ne maîtrisait pas, de transférer des patients de cet hôpital vers un autre. A cause des moyens déjà engagés, de la circulation... on a donc transféré les capacités chirurgicales.* » Ce sont donc bien les compétences chirurgicales qui ont été vers les sites où les patients avaient besoin d'eux. Mais cette organisation, n'a pas forcément été dupliquée, d'autres établissements préférant en deuxième partie de nuit, quand les équipes Samu ont pu le faire, adresser des patients stabilisés sur des hôpitaux mieux équipés ou plus spécialisés.

Des blessures de guerre, pas une chirurgie de guerre

Le Dr Lafosse, du service d'orthopédie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière fait le parallèle avec un récent exercice en Jordanie : « *J'avais opéré des séquelles de guerre chez des enfants syriens. Là c'était la même chose mais en aigüe. Cette nuit on a opéré*



chacun une dizaine de malades : je n'ai opéré que des plaies par balle. » Il affirme qu'il n'y a pas eu de précipitation, que le diagnostic et la décision de prise en charge ont été prises en staff chirurgical comme pour toutes les urgences. Il ajoute même : « on a pu prendre en charge les patients dans des conditions absolument parfaites avec suffisamment d'infirmières, d'aides-soignantes, d'internes, d'externes, de seniors de chirurgie pour pouvoir opérer les gens convenablement dans des conditions parfaitement optimales. Il n'y a eu aucune précipitation. » Le Dr Raux, anesthésiste-réanimateur, veut aussi contrer certaines idées reçues d'application d'une chirurgie de guerre : « On a soigné des blessés de guerre avec des techniques chirurgicales civiles de pointe. Ce n'était pas de la chirurgie de guerre, mais de la chirurgie de très haut vol délivrée à des blessés de guerre. » Un chirurgien traumatologue, confirme : « Alors que les salles d'opérations sont souvent décrites comme des lieux de travail difficile sur le plan humain, pendant ce "stress test" les difficultés se sont comme dissipées, le travail en équipe était fluide et même harmonieux. »

Le silence

Il faut le reconnaître, jusqu'au 13 novembre 2015, dans l'imaginaire de tous, une telle barbarie en France relevait de la fiction. Un de ces films dans lesquels les blouses blanches crient, les victimes hurlent sur des brancards aux côtés de proches en pleurs, dans une cohue indescriptible. Il n'en est rien : « Les malades ne crient pas. Ils ne pleurent pas. Ils sont choqués, "saisis" », raconte un urgentiste. Jérôme Marlin, infirmier aux urgences de Saint-Antoine en témoigne aussi : « Il y a une grande concentration, un grand silence. Les gens marchent vite mais ce n'est pas la cohue. Tout se passait dans le calme. » Le Dr Ranaivozanany, décrit les mêmes scènes aux urgences de l'hôpital Pitié-Salpêtrière : « Ce qui était le plus violent, c'est qu'ils ne se rendent même plus compte de leurs blessures. Leurs blessures ne leur importaient pas tellement.

Ils n'étaient pas inquiets pour leur jambe ou leur bras. Ils ont vu l'horreur. »

Le stress et l'émotion des équipes

Pourquoi cette émotion particulière et ce stress palpable de professionnels pourtant habitués à des interventions lourdes et spectaculaires ? Le Pr Eric Allaire, du service de chirurgie vasculaire et endocrinienne à Henri Mondor qui le dit sans détour : « Je n'ai toujours pas compris. » Il tente pourtant de se l'expliquer. Par l'afflux massif de patients qui a créé une surcharge psychologique. Par la réaction à un acte volontaire de tuer, « ce tabou qui fonde notre société. Quelque chose se déchire. On rentre dans un monde inconnu dans l'expérience professionnelle. » Et par l'identification aux victimes ou leurs proches. Un argument qu'il développe : « Chacun pensait que, peut-être, sa compagne ou son compagnon, ses enfants, un parent, un ami pouvait se retrouver aux urgences. » Mais même pour ceux qui ont eu la chance de ne pas être touchés directement, la parole, l'échange a souvent été salutaire. Immédiatement, ou plus tard, entre collègues, avec des proches ou les cellules psychologiques proposées, les professionnels ont souvent eu besoin de parler. Nathalie Bouillon, aide-soignante aux urgences de Saint-Antoine : « Dès le lendemain on fait un petit staff avec les personnes qui étaient présentes, pour parler entre nous. Deux ou trois jours après, on a eu une réunion avec le chef de service qui nous a proposé de parler à un psychologue. Moi j'en ai plus parlé à mes collègues et à mes cadres. »

Investissement et efficacité

Malgré tout, l'horreur, la fatigue, les deuils de proches, l'investissement et l'efficacité de tous les hospitaliers ont été salués de tous. L'usage du présent et du passé consécutivement par tous ces témoins 15 jours après les événements, montre que la page n'est pas tournée mais, en langage de réseau social, on écrivait : #merci #fiers #hôpital public.



REPÈRES

- ▶ 302 blessés pris en charge
- ▶ dont 256 amenés par les équipes de secours
- ▶ 45 en "urgence absolue"

A voir et lire absolument

Les témoignages

▶ <http://goo.gl/MyLU6C>

L'article " retour d'expérience " dans le Lancet (en anglais)

▶ <http://goo.gl/VdLPNy>



