

chorus

n°93 | avril 2010

le magazine du
CHU de Limoges

mieux connaître
**LE SERVICE DE CHIRURGIE
MAXILLO-FACIALE, RÉPARATRICE
ET STOMATOLOGIE**

rencontres
**DOMINIQUE LISSANDRE
BERNADETTE JABIOL
DR ANNE-LAURE FAUGHAIS
JOSETTE PERICAT**

dossier

Prise en charge de l'obésité : notre CHU en exemple

ailleurs
**MICHEL LAFORCADE,
DIRECTEUR DE L'ARS**



sommaire

Hé ! Les gars ! Regardez un peu !
C'est trooop la classe !
Y a une super promo chez Family Burger...
Pour 45 burgers achetés, le costume
de Mega Power Man gratos ! Né ouais !



04 | actualités

09 | à venir

10 | travaux

11 | mieux connaître

- 11 | Le service de chirurgie maxillo-faciale, réparatrice et stomatologie
- 12 | UPSAV : accompagner la personne âgée pour bien vieillir
- 13 | La requalification des lits de Chastaingt et Rebeyrol en lits d'EHPAD médico-social
- 14 | La structuration de la recherche paramédicale avance
- 15 | Innovation : un bouclier pour protéger les personnels hospitaliers et maîtriser leurs agresseurs
- 16 | Certification : nouveautés et rappels

18 | dossier

Prise en charge de l'obésité : notre CHU en exemple

27 | rencontres

- 28 | Dominique Lissandre
- 29 | Anne-Laure Fauchais
- 30 | Bernadette Jabiol
- 31 | Josette Péricat

32 | ailleurs

Michel Laforcade, directeur de l'ARS

34 | ressources humaines

Concours - Mouvements - Promotions - Carnet

l'image

dernière page | Aménagement d'une rivière artificielle par l'équipe des jardiniers, hôpital de la mère et de l'enfant



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

Publication du service
de la communication

service.communication@chu-limoges.fr

Directeur de la publication
Hamid Siahmed
Rédacteurs en chef
Maïté Belacel, Philippe Frugier
Secrétaire de rédaction
Maïté Belacel
Photographies
Jacques Ragot, Phanie Presse,
Frédéric Coiffe, Christophe Chamoulaud
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Illustrations
Frédéric Coiffe
Imprimeur
Fabrègue, St-Yrieix-la-Perche (87)
Tirage
10 000 exemplaires
Dépôt légal
1^{er} trimestre 2010
ISSN 0986-2099

éditorial



par le Pr Dominique Mouliès,
président de la CME

DURA LEX...

Tous les établissements de santé traversent une période de mutation, qui bouleverse la plupart de leurs structures.

Malgré des mois d'annonces et de discussions cette réforme reste à nos yeux assez mystérieuse et sa traduction crée parfois un climat de défiance.

Dans cette période de rigueur qui nous est imposée, une opposition entre une logique financière et une logique de défense de la qualité ne doit pas nous diviser.

Nous avons vécu ces trente dernières années dans un milieu protégé qui permettait d'établir avec nos patients une relation de confiance sur laquelle a grandi notre CHU, mais il ne faut pas oublier que notre taille et notre espace régional peuvent présenter un handicap face aux plus grands centres qui nous entourent.

Les premières étapes viennent d'être franchies, une logique médicale a animé la constitution de nouveaux pôles, prélude à la restructuration architecturale tant attendue de notre hôpital, qui a terriblement vieilli dans certains secteurs. Mais tout ceci nous impose d'abandonner quelques préjugés, quelques faux combats entre générations, entre spécialistes et quelques fausses cloisons qui se sont dressées entre les différents métiers, en particulier les soignants et les administratifs, alors que nous sommes tous concernés, plus que jamais, par la même dynamique.

Certes, la mise en place de la loi HPST impose à notre CHU une réactivité qui peut bousculer. Mais cette réforme renforce notre mission d'évaluation et de veille à la qualité des soins.

Il existe pour cela encore des lieux de dialogue telle la CME qui reste une assemblée, où des élus peuvent débattre, connaître la réalité de la situation de l'hôpital, participer aux avis essentiels qui concernent la prise en charge des malades. Cette assemblée doit rester le « parlement médical ».

Un niveau décisionnel se décline désormais au sein de chaque pôle. Mais on ne peut concevoir celui-ci sans l'existence d'un bureau autour d'un responsable qui fédère parfaitement les différents acteurs, tous métiers rassemblés. Dans les contrats d'objectifs et de moyens, qui sont proposés à la signature des chefs de pôle, il est écrit qu'il est impératif de favoriser la compréhension et la prise en compte des contraintes réciproques.

Nous sommes en chemin, nous n'avons pris aucun retard et les outils pour nous adapter rapidement à un changement d'époque sont déjà dans nos mains. Tous ceux qui travaillent dans notre CHU peuvent être traversés par une inquiétude légitime au moment où nous mettons toutes les activités en lumière et en transparence. Plus vite nous aurons franchi ensemble l'étape de l'organisation, plus vite nous serons attractifs avec de nouvelles possibilités architecturales, que nous appelons de tous nos vœux, car elles amélioreront l'accueil des patients et nos conditions de travail.

Je ne peux porter de jugement de valeur sur cette réforme, mais je suis sûr qu'en nous imposant une remise en question collective, elle resserre les liens entre tous les professionnels de notre établissement. Redoutons plutôt la menace, dont nous connaissons le caractère insidieux : l'immobilisme. ■

Quiz nutrition

1- Les compotes sans sucre ne contiennent pas de sucre.
VRAI ou FAUX ?

2- Si je cherche à maigrir, je dois privilégier des desserts allégés.
VRAI ou FAUX ?

3- Le beurre allégé est réellement allégé.
VRAI ou FAUX ?

Voir réponses page 6



Déménagement du service d'explorations fonctionnelles physiologiques

Le service d'EFR, constitué des UF explorations fonctionnelles physiologiques et évaluation de la condition physique (médecine du sport), a emménagé dans ses nouveaux locaux au 4^{ème} étage, aile D, de l'hôpital Dupuytren depuis le 25 Janvier 2010. Il accueille les patients pour leurs examens : EFR, testing musculaire respiratoire, test d'effort cardio-pulmonaire VO2, plateau technique cardiologie-physiologie, exploration physiologique du sport, réentraînement à l'effort (pneumologie-physiologie).

Le numéro pour la prise de RDV reste inchangé : poste 56145.

Reconnaissance des infirmiers en catégorie A

Le protocole d'accord sur le passage des infirmiers en catégorie A a été signé par la ministre de santé le 2 février dernier. Explication par un extrait du discours de Nicolas Sarkozy : « Les infirmières qui ont débuté leurs études en septembre 2009 et seront diplômées en 2012 auront la licence (...). J'ajoute que pour celles qui sont déjà infirmières, vous aurez le choix. Si vous voulez passer en catégorie A, vous pouvez. Vous aurez un meilleur salaire et une meilleure retraite. Mais les personnels de catégorie A partent à la retraite à 60 ans. Si vous voulez rester catégorie B, d'accord. Vous n'aurez pas de revalorisation, mais vous partirez à 55 ans comme personnels de catégorie B... ».

A partir du mois de juin 2010, chaque professionnel concerné (infirmières déjà en activité) sera invité à faire connaître son choix.

AUDITION : 2 NOUVEAUTÉS AU CHU



Le service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale de notre CHU est centre de référence du diagnostique de la surdité. Il réalise le dépistage et le traitement des problèmes de surdité à tous les âges.

Le dépistage systématique de la surdité chez les nouveau-nés vient d'être mis en place à l'hôpital de la mère et de l'enfant. Ce dépistage précoce (avant 5 mois) permet de détecter les problèmes d'audition. Un suivi pourra ainsi être mis en place pour l'enfant, et surtout il sera possible d'améliorer sa scolarité. En effet, dépisté après 3 ans, les problèmes d'audition ont un impact négatif sur le déroulement de la vie scolaire. Par ailleurs, nous venons d'obtenir l'agrément pour

l'implantation cochléaire (dispositif médical électronique qui permet de restaurer l'audition) chez les enfants, les personnes âgées ou les sujets présentant un handicap lourd, et pour lesquels l'appareillage n'a plus d'efficacité. La mise en route de cette nouvelle activité va s'effectuer courant 2010. Elle assurera un confort aux patients, qui jusqu'à présent devaient se rendre sur Toulouse, Bordeaux ou Paris pour pouvoir bénéficier de ces implants.

Des bénévoles en aide aux victimes de Xynthia

Des personnels de notre CHU, membres de la Protection Civile 87 ont participé aux opérations de secours consécutives à la tempête Xynthia qui a frappé les 27 et 28 février la Vendée et la Charente-maritime. Patrick Turboust, Julian Bonneset, Marion Guibert, Julie Magadou et Sabrina Livets se sont rendus disponibles sur leurs temps de repos pour assurer des rotations au sein des équipes de la Protection Civile 87. Un sens civique et une disponibilité qui méritaient bien ces quelques lignes pour les saluer.



MEILLEUR MEMOIRE DU DESC DE MEDECINE VASCULAIRE



Bénédicte Tanguy est lauréate du prix VALMI 2010 qui récompense le meilleur mémoire du Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire (DESC) de médecine vasculaire. Ce prix est national. Le travail a été encadré par le Dr Victor Aboyans. Le thème du travail était : " Intérêt pronostique de l'écho-doppler rénal avant une chirurgie de pontage coronaire. A propos d'une série consécutive de 401 cas. " Le prix lui a été remis le 17 mars 2010 lors du congrès du Collège de pathologie vasculaire à Paris.

Annuaire des équipes du CHU : accessible en 1 clic

L'intranet Hermès accueille un annuaire présentant les coordonnées (téléphone et mail) de tous les professionnels du CHU. Vous trouverez comment contacter votre interlocuteur directement en choisissant le nom de la personne ou du service dans la liste proposée, ou en utilisant un moteur de recherche. Ce dernier vous propose de taper un nom et/ou un prénom, et/ou un service, et/ou un établissement, et/ou numéro d'UF... difficile d'offrir une recherche plus assistée. L'annuaire de l'intranet Hermès accessible depuis tous les postes PC a l'avantage d'être plus à jour qu'un annuaire papier, par définition obsolète dès qu'il y a un mouvement de personne ou un changement d'organisation. Enfin, pour les nostalgiques de l'annuaire papier, il faut rappeler que les pages de l'annuaire en ligne sont imprimables en cliquant sur le bouton « imprimer » ou en effectuant un clic droit sur votre souris et en choisissant « imprimer ».

Hermès : <http://m3f/actualite/default.asp>

Vos contacts pour sa mise à jour :

Pour le personnel médical : Corinne Granger (57354)

Pour le personnel non médical : Pascal Bariant (56345) ou Chantal Parlon (56796)

Pour toutes autres demandes : informatique assistance (58501)





Françoise Faye, directrice par intérim de l'EIADE, du CESU et de l'école d'ambulanciers

Depuis le 1^{er} janvier 2010 Françoise Faye, directrice de l'école d'infirmiers de bloc opératoire, assure également les fonctions de directrice par intérim de l'école d'infirmiers anesthésistes, du centre d'enseignement des soins d'urgence et de l'école d'ambulanciers du CHU de Limoges. Ceci fait suite au détachement de Dominique Auguste à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) jusqu'au 1^{er} octobre 2010.

Création de l'association autonom'Lab



L'association, présidée par Dominique Roussel, a pour objet de créer, expérimenter et diffuser des projets et solutions innovantes pour compenser la perte d'autonomie chez les personnes âgées ou handicapées. Elle a pour ambition de fédérer les initiatives régionales en mettant en relation des industriels, enseignants, chercheurs, hospitaliers, aidants, collectivités... et les

représentants des « usagers » qui unissent leurs efforts pour collaborer à des projets.

L'Université de Limoges, le CHU de Limoges, le CH de Bourgneuf, le CRRF A. Lalande, le pôle de compétitivité Elopsys, le pôle domotique et santé de Guéret (Odyssee 2023), le Groupe Legrand, SIRMAD Corrèze Téléassistance, le Collectif Interassociatif sur la Santé en Limousin (CISS), l'URIOPSS Auvergne-Limousin, le Réseau régional d'Echanges d'Informations Médicales relatives aux Patients Hospitalisés (Reimp'Hos), la Chambre Régionale de Métiers et de l'Artisanat du Limousin au titre de son Centre National d'Innovation Santé Autonomie et Métiers (CNISAM), et Limousin Expansion, à l'initiative du projet, sont les membres fondateurs de l'association autonom'lab.

ADHÉSION DU CHU DE LIMOGES À LA FÉDÉRATION NATIONALE DES CENTRES RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE DES TROUBLES DU LANGAGE

Le centre régional de référence des troubles du langage correspond à une mission d'intérêt général assumée par le pôle mère-enfant. Il permet la prise en charge diagnostique des différents troubles des apprentissages spécifiques : dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, dysphasie. L'activité consiste essentiellement en des consultations et des hospitalisations de jour pour des bilans complexes. Un travail en partenariat avec les services de médecine scolaire, les CAMSP et les professionnels libéraux permet de relayer la prise en charge des enfants concernés. Environ 250 patients sont pris en charge chaque année. L'adhésion du CHU de Limoges à cette fédération permettra de formaliser un certain nombre de partenariats et d'afficher une plus grande lisibilité de l'activité du centre limougeaud.

Un prix pour le bien-être des patients atteints de cancer

Un projet initié par le Pr Bernard Descottes et poursuivi par le Pr Denis Valleix, doyen et responsable du service de chirurgie viscérale du CHU de Limoges, et le Dr Sylvaine Durand-Fontanier responsable du programme Chimiothérapie Hyperthermique Intra-Péritonéale vient de recevoir un prix Any d'Avray. Cette distinction récompense, soutient et encourage depuis 15 ans des projets innovants destinés à améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer. Remis lors des 13^{èmes} rencontres en oncologie de l'AFIC, ce prix saluait la mise en place de consultations pluridisciplinaires dédiées au bien-être de patients devant suivre une Chimiothérapie Hyperthermique Intra-Péritonéale (Chip).

Ces soins infirmiers, de sophro-relaxation et d'onco-esthétique prodigués par Sandrine Guillot et Caroline Roussin avant et après l'opération, favorisent la prise en charge psychomorphologique et cutanée des patients suivis dans

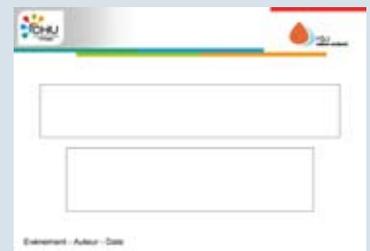


Une responsable d'Any d'Avray remet le chèque au Pr Denis Valleix, en présence de Caroline Roussin, du Dr Sylvaine Durand-Fontanier, de Sandrine Guillot et d'Hamid Siahmed, directeur général

le service de chirurgie viscérale du CHU de Limoges. Ce prix va permettre l'acquisition de nouveaux équipements pour l'espace bien-être qui accueille ces patients.

UN NOUVEAU MODELE POWERPOINT

Il porte le nouveau logo de notre CHU, mais répond surtout aux demandes de nombre d'entre vous qui souhaitaient avoir un fond plus neutre, qui facilite la lecture. Vous pouvez le télécharger sur notre site intranet Hermès : rubrique « Documenthèque », puis « Espace communication », « Modèles », puis « Modèle de gabarit pour animation PowerPoint »



Où trouver les logos ?



Nous vous rappelons qu'il est possible de télécharger le logo du CHU, ainsi que les logos des pôles et services directement sur Hermès. Pour cela il vous suffit de cliquer sur l'onglet « Documenthèque », puis « Espace communication ». Un menu « Espace communication » s'ouvre alors sur la gauche de l'écran, cliquez au choix sur « Logo CHU » ou « Sigles pôles - services » (dans ce cas, rechercher votre sigle par ordre alphabétique). Cliquez ensuite sur la petite icône, votre logo va s'afficher. Faites un clic droit dessus, puis sélectionner « Enregistrer l'image sous ». Vous pourrez ensuite utiliser le logo dans vos documents de travail, en faisant « Insertion > Image > A partir du fichier ». N'utilisez surtout pas l'option « Copier - coller » qui détériore la qualité du logo.

En cas de question le service communication reste à votre disposition au 56694.



Le « Relais des familles » récompensé

Le Relais des Familles, initiative originale du CHU de Limoges, a reçu le 24 février 2010 à l'hôpital Dr Chastaingt le prix de l'innovation sociale de l'Institut du maintien à domicile. Contact : Véronique Mathieu (49611) - Christine Chaumont (49381)



Réponse du quizz nutrition

1- **FAUX.** Elles contiennent le sucre du fruit. Dans un fruit, il y a 12 à 15 % de sucre (= le fructose). Une compote sans sucre ajouté apporte environ 13,5 % de sucre = le sucre du fruit.

Une compote sucrée peut en apporter 16 à 29 % (le parfum pomme-pruneau figure parmi les plus sucrées) : le sucre du fruit + du sucre ajouté.

2- **FAUX.** Les mousses au chocolat allégées, les biscuits allégés restent des « desserts », c'est-à-dire des produits « plaisir », bons au goût. Parfois, ils sont allégés en sucres, mais en contrepartie enrichis en graisse, afin que le goût soit préservé. Les industriels manient au mieux les expressions telles que « savoureuse et légère » pour une mousse au chocolat (« légère » fait allusion à quoi ? Pas aux calories si on lit les étiquettes, à la texture aérienne peut-être...), ou « moins de 8 % de matière grasse » pour la même mousse au chocolat (sachant qu'un yaourt au lait 1/2 écrémé apporte 1,5 % de matière grasse, 8 % représente un taux de graisses très élevé...).

L'idéal, si je surveille mon poids, est :

- au quotidien : privilégier laitages naturels peu sucrés et fruits,
- à l'occasion, et sans culpabiliser : me faire plaisir en mangeant un vrai dessert (non allégé).

3- **VRAI.** Le « vrai » beurre apporte 82 % de matières grasses, le beurre allégé en apporte deux fois moins (41 %). Par contre, cette perte de matière grasse s'accompagne aussi d'une perte de goût ! Le piège est d'en mettre davantage sur la tartine pour retrouver le vrai goût du beurre !

Commission de sécurité

Le 10 mars dernier, l'hôpital Dupuytren a reçu la commission de sécurité. Cette visite intervenait dans le cadre de l'obligation de recevoir la commission une fois tous les deux ans, mais également pour valider la réception de deux chantiers : le désenfumage des blocs 9/10 et 5/6 et le secteur des soins palliatifs au 9^{ème} étage.

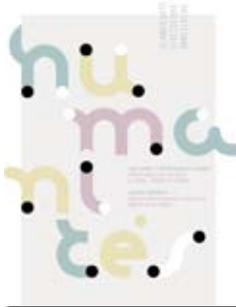


SOLIDARITE TELETHON

Téléthon
4 ET 5 DECEMBRE 2009

Le 17 février, les EHPAD Chastaingt et Rebeyl ont remis un

chèque de 944,84 euros à l'association française contre les myopathies. Cette somme a été récoltée dans le cadre de l'opération « Des mains pour demain » organisée par les hôpitaux Dr Chastaingt et Jean Rebeyl pour le Téléthon.



« HUMANITÉS, 10 ANS D'ARTS ET DE CULTURE DANS LES CHU »

Le 25 mars 2010, est intervenu le lancement de l'ouvrage « Humanités, 10 ans d'arts et de culture dans les CHU » au théâtre de l'Odéon à Paris. Il s'agit d'un livre qui retrace les actions culturelles ou artistiques développées dans les CHU au cours de ces dix dernières années. Notre CHU y est bien évidemment cité.

Les personnes intéressées pour obtenir un ouvrage peuvent en faire la demande auprès du service communication, au 56351 ou par e-mail : maite.belacel@chu-limoges.fr

Notre CIC-P est re-labellisé



Inserm

Institut national de la santé et de la recherche médicale

Le Centre d'Investigation Clinique Plurithématique 0801 (CIC-P) a satisfait à la procédure de labellisation Inserm / DHOS et s'est vu notifier en janvier 2010 la décision de relabellisation pour un mandat de 4 ans. Structure d'aide au transfert de la recherche fondamentale vers la recherche clinique et inversement, de soutien aux essais cliniques de l'établissement et de collaboration scientifique des équipes labellisées EPST du site, le CIC-P s'est ainsi vu reconnaître officiellement la qualité d'opérateur d'une recherche d'excellence.

Le CIC-P, qui bénéficie du soutien de notre CHU et de l'Université, mais également des partenaires régionaux (ARH, Région, DRRT, Rectorat), contribue à une dynamique collective de recherche sur notre site hospitalo-universitaire. Félicitations et encouragements à toute l'équipe du CIC-P qui, autour du médecin coordonnateur Bruno François et du médecin délégué Déborah Postil, se trouve d'ores et déjà mobilisée sur la réalisation du nouveau projet scientifique.

Ça roule vers le championnat du monde de bowling...



Fabien Boutarel (1^{er} à gauche sur la photo), de l'atelier d'électricité a participé aux championnats de France handisport de bowling les 13 et 14 mars dernier. Il est arrivé 2^{ème} en doublette. Cette position va lui permettre de rejoindre le pôle France pour préparer les championnats du monde. A suivre...



Distinction...

Le 28 janvier dernier Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports a remis les insignes de Chevalier de l'Ordre National du Mérite à Gilles Calmes, directeur général adjoint de notre CHU.



17 décembre 2009 : la neige recouvre Limoges...

« Agents verts » contre manteau blanc

La neige tombée cet hiver restera sans doute dans les mémoires de quelques uns d'entre nous : inauguration de l'UAMJ perturbée, personnels et visiteurs obligés de passer la nuit à l'hôpital... Les agents du secteur espaces verts s'en souviendront aussi, eux qui ont redoublé d'efforts pour réaliser les opérations de déneigement et faciliter l'accès à nos différents sites. Leur investissement et leur réactivité ont ainsi permis de maintenir les voies de nos établissements praticables malgré des conditions climatiques très rudes. Merci à eux.

LE SAMU À L'ÉCOLE !



Le 29 janvier dernier, une équipe du Samu s'est rendue à l'école Condorsay afin de sensibiliser les enfants aux premiers secours. Les élèves ont appris à passer un appel d'urgence, et ils ont également pu voir un véhicule équipé du Samu de très près !



INAUGURATION DE L'UAMJ

L'Unité d'Accueil Médico-Judiciaire du CHU de Limoges, chargée de recueillir la parole des jeunes victimes de mauvais traitements et/ou de violences sexuelles dans les meilleures conditions possibles, a été inaugurée le 17 décembre dernier dans les locaux de l'hôpital de la mère et de l'enfant. Elle a été mise en place en lien avec le Parquet du Tribunal de grande instance, la police et la gendarmerie. A cette occasion, la mutuelle Eovi, l'un des partenaires de l'UAMJ avec SFR et l'association La voix de l'enfant, a remis un chèque de 9 046 euros à l'unité.



Cérémonie des vœux 2010

Le directeur général et le président de la CME ont présenté, le 19 janvier 2010, leurs vœux aux personnels d'encadrement du CHU, en présence de nombreuses personnalités de notre région.

Cette cérémonie a été l'occasion pour notre directeur général, Hamid Siahmed, de faire le bilan de l'année passée et de présenter les objectifs pour 2010, qu'il a classé sous 5 grands axes :

- L'efficacité du CHU, la recherche de l'équilibre des comptes et le suivi de la situation financière.

- La mise en œuvres des opérations de restructuration et de modernisation du CHU

- La gouvernance et le management interne

- Le développement des activités d'enseignement et de recherche

- La promotion des partenariats au sein des territoires régional et interrégional

Vous pouvez retrouver l'intégralité du discours sur Hermès, dans la rubrique « Documenthèque », « recherche par mot-clé », puis taper : discours.



Alain Rodet, président du conseil d'administration, Hamid Siahmed, directeur général et le Pr Dominique Mouliès, président de la CME

Le CHU de Limoges a accueilli l'exposition « Arts du soin »



Après Rouen, Lyon, Orléans, Brest et Dijon, c'est le CHU de Limoges qui a accueilli l'exposition « Arts du soin », du 12 février au 4 mars. Cette exposition interactive est un réel hommage aux gestes silencieux, aux mots et aux regards offerts entre deux actes techniques par les soignants aux patients. Organisée en 4 modules (le temps, l'espace, le lien, le ré-enchantement), l'exposition était une invitation à la découverte de nombreux témoignages artistiques à travers la présentation d'œuvres visuelles, sonores, de témoignages écrits. Autant de traces de l'investissement quotidien

de tous ceux et de toutes celles qui travaillent dans les hôpitaux et dispensent soins, présence, écoute, attention, accompagnement.

Ventes de bijoux et artisanat



L'association « Femmes France Niger » organise une vente de bijoux et d'artisanat à l'HME, mercredi 24 et jeudi 25 mars 2010 et dans le hall de l'hôpital Dupuytren, jeudi 20 et vendredi 21 mai 2010.

Hit (Health Information Technologies) 2010...

Le congrès européen des technologies de l'information en santé se tiendra du 18 au 21 mai à Paris Expo, Porte de Versailles - Pavillon1. Renseignements : 07 73 28 15 28 - info.pgpromotion@fr.cmpmedica.com



HÔPITAL EXPO 2010...

Le rendez-vous des professionnels de la santé, hôpital expo se tiendra du 18 au 21 mai à Paris Expo, Porte de Versailles - Pavillon1. Renseignements : www.hopitalexpo-intermedica.com

« Management et cadre du XXI^{ème} siècle : de l'hôpital à l'entreprise ? »

Tel est le thème de la soirée organisée le jeudi 10 juin 2010, à partir de 18h30, par les étudiants de l'institut de formation des cadres de santé du CHU de Limoges.

Permanences MACSF assurances

► Restaurant du personnel - Hôpital Dupuytren :

Mercredis 27 avril, 19 mai, 30 juin.

► Hall d'accueil - hôpital Dr Chastaingt :

Mercredi 19 mai

Venez participer à la 2^{ème} édition du grand jeu HOSPITROTTER réservé aux hospitaliers. Rendez-vous lors des permanences MACSF Assurances pour être celle ou celui qui remportera l'un des 12 voyages. En 2009, l'un des heureux gagnants était un hospitalier du CHU de Limoges...



Permanences GMF

Restaurant du personnel - Hôpital Dupuytren

Mardis 4 mai et 1^{er} juin.



Lancement du Prix SHAM 2010



Pour la 10^{ème} année consécutive, la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) lance son Prix SHAM récompensant une action en faveur de l'amélioration de la sécurité des personnes

hospitalisées ou hébergées. Cette année encore, SHAM a choisi de proposer deux concours distincts : l'un s'adressant aux établissements sanitaires et l'autre aux établissements d'hébergement. Les deux établissements lauréats recevront respectivement un prix de 8 000 euros, le jeudi 10 juin prochain, à l'issue de l'Assemblée générale de SHAM qui se déroulera à Lyon.

Les dossiers de candidature peuvent être demandés avant le 27 avril 2010 par courrier ou e-mail à : SHAM - Madame Angéline Martinaud, 18 rue Edouard Rochet - 69372 Lyon cedex 08 / angelina.martinaud@sham.fr

Vous trouverez toutes les modalités pratiques d'organisation de ce prix dans le règlement du concours téléchargeable ici :

www.sham.fr/IMG/pdf/Reglement_prix_SANITAIRE_2010.pdf

Vous voulez participer à la fête de la musique à l'hôpital ?



Dans le cadre de la fête de la musique, nous recherchons des groupes, instrumentistes, chorales... qui souhaiteraient animer l'hôpital en musique, durant la semaine du 21 juin 2010.

Pour tous renseignements, veuillez contacter le service communication, au poste 56351 ou par e-mail maite.belacel@chu-limoges.fr

Relais pour la vie

Le comité 87 de la ligue contre le cancer organise un "Relais pour la vie" les 3 et 4 juillet 2010 à Saint-Yrieix-la-Perche. Durant 24 heures, des équipes de marcheurs et coureurs se relaient autour d'une piste, pendant que de nombreuses animations sont proposées au public.

Inscription et renseignements :

05 55 06 19 75 ou 05 55 77 20 76.



LA FNAC ET LE CHU S'ASSOCIENT



Les services communication de la Fnac Limoges et de notre CHU vont démarrer une coopération autour d'actions culturelles. Les projets sont nombreux. Du côté de la bande dessinée, la Fnac Limoges propose d'offrir des places aux enfants hospitalisés et l'encadrement soignant nécessaire à leur accompagnement, dans le train qu'elle affrète chaque année vers le salon de la BD d'Angoulême. Pour

le multimédia, le premier projet pourrait prendre la forme de prêt de consoles de jeux Wii, d'actions d'initiation à son utilisation et l'organisation de tournoi sur ses jeux pour les personnes âgées et les enfants hospitalisés. Côté vidéo, nous pourrions disposer en avant-première de sorties de DVD qui pourraient être projetés aux mêmes publics. La musique n'est pas oubliée : après avis du CHU, la Fnac proposera aux artistes venant chanter ou rencontrer leurs fans dans le magasin, de faire un crochet par des services de l'hôpital. D'autres pistes sont à l'étude, notamment un partenariat autour d'un événement « vidéo et médecine » dont nous vous parlerons dans le prochain numéro de Chorus...

et aussi...

du samedi 17 au lundi 19 avril 2010
11th International Meeting of the European Association of Urology Nurses

Fira Gran Via Barcelona
 C/ Foc 47 - 08038 Barcelona - Espagne

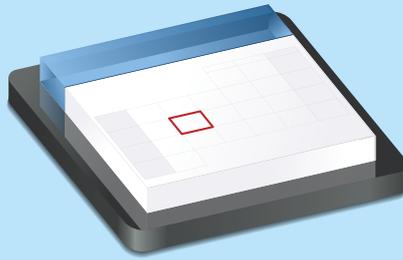
du mardi 27 au vendredi 30 avril 2010
5^{ème} congrès francophone d'allergologie

Palais des Congrès de Paris
 2, place de la Porte Maillot - 75017 Paris

du jeudi 6 au vendredi 7 mai 2010

CARDIO-VALVES 2010

Parc des expositions et congrès de Marseille
 Parc Chanot - BP 2 - 13266 Marseille



du mardi 9 au mercredi 10 novembre 2010

XX^{ème} congrès des ORS (Observatoires Régionaux de Santé)

Thème : " Territoires et santé des populations "

www.congresors-territoiresetsante.fr

Centre des congrès de Lyon
 50, quai Charles de Gaulle
 69463 Lyon cedex 06

et aussi...

NOTRE CHU A SA LETTRE ELECTRONIQUE



Dans sa volonté d'informer le public et les professionnels de santé en ville sur son actualité, notre CHU vient de développer un nouveau support. Une lettre électronique (ou newsletter) sera diffusée le premier lundi de chaque mois à compter du mois de mai. Essentiellement alimentée par l'actualité mise en ligne sur www.chu-limoges.fr mais pouvant s'enrichir d'autres contenus, cette lettre sera adressée à toute personne s'y abonnant. Comment s'abonner ? En indiquant son mail sur le module dédié à cet effet en page d'accueil de notre site internet. Une campagne de communication sur ce nouvel outil est en cours de réalisation auprès du grand public et de nos partenaires pour le faire connaître.

Les services qui voudraient mettre en place ce type de newsletter mais avec des contenus plus spécialisés et vers des destinataires plus ciblés peuvent se rapprocher de la communication.

unicef 

Exposition-vente de l'Unicef

Du 25 mai au 4 juin 2010, l'Unicef réalise une exposition-vente, dans le couloir principal de l'hôpital Dupuytren.

DON DU SANG

Mardi 11 mai 2010
 1^{er} niveau du hall d'accueil
 Hôpital Dupuytren

www.dondusang.net



journées de la santé...

AVRIL

17 : Journée mondiale de l'hémophilie

www.hemophilie2009.org

18 : Journée européenne des droits des patients

www.activecitizenship.net

du 22 au 30 : Semaine européenne de la vaccination

www.semaine-vaccination.fr

25 : Journée mondiale du paludisme

www.who.int

du 22 au 30 : Journée mondiale sur la sécurité et la santé au travail - Thème 2010 : "Securing the future: emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work"

www.ilo.org

MAI

05 : Journée mondiale de l'asthme

www.asthme-allergies.org

05 : Journée mondiale de l'hygiène des mains

www.sante-sports.gouv.fr

07 : Journée mondiale des orphelins du sida

www.orphelinsdusida.org

du 11 au 16 : Semaine nationale de dépistage et de prévention de la santé du pied

www.sante-du-pied.org

12 : Journée mondiale de la fibromyalgie

12mai.wordpress.com

19 : Journée mondiale des hépatites

www.soshepatites.org

31 : Journée mondiale sans tabac - Thème 2010 : " Tabac et appartenance sexuelle : la question du marketing auprès des femmes "

www.who.int

JUIN

05 : Journée mondiale de l'environnement

www.unep.org

du 13 au 14 : Journées nationales contre les maladies orphelines

www.les-nez-rouges.fr

15 : Journée mondiale contre la maltraitance des personnes âgées

www.alma-france.org

16 : Journée nationale de l'alimentation à l'hôpital ou en EHPAD

www.acehf.asso.fr/spip.php?article22

du 17 au 25 : Semaine nationale de la qualité de vie au travail

www.qualitedevieautravail.org

19 : Journée mondiale de lutte contre la drépanocytose

www.sante-sports.gouv.fr

20 : Journée nationale de l'hémochromatose

www.hemochromatose.ht.st

du 26 juin au 2 juillet : Journées nationales d'information et de dépistage de la DMLA (Dégénérescence maculaire liée à l'âge)

www.journees-dmla.fr



SCHÉMA DIRECTEUR DES TRAVAUX

EN COURS Schéma directeur gériatrie

► URCC/USLD

L'étude du projet de réaménagement du 4^{ème} étage aile B du V360 à Jean Rebeyrol est terminée. Cette aile va être divisée en 2 services bien distincts :

- d'un côté l'URCC (Unité de Réadaptation Cognitivo-Comportementale) de 10 lits, un secteur totalement sécurisé.
- de l'autre côté, une Unité de Soins Longue Durée (USLD) pour les moins de 60 ans, composée de 6 chambres à 1 lit et 7 chambres à 2 lits.

Début possible des travaux en 2011, pour une durée d'un an.

► EHPAD (80 lits)

Dans le cadre du plan de modernisation du CHU, nous démarrons en 2010 la mise en œuvre du projet immobilier gérontologique.

La première étape consiste en l'élaboration du programme d'extension de 80 lits sur le site de Chastaingt, en lieu et place du bâtiment BRU. Un comité de pilotage et un groupe de travail ont été formés. Une mise en concurrence a été effectuée pour faire appel à un programmiste. Début mars, celui-ci a proposé un pré-programme et une première estimation. Des études de sols et de niveaux de terrain vont être effectuées. Fin des travaux prévue pour décembre 2012.

EN COURS Déplacement de l'héliport... ? ❶

Une étude est en cours sur le déplacement de l'héliport ou sur sa modification car, dans sa position actuelle, l'envol passerait au dessus des extensions du pôle biologie et du pôle clinique médicale.

EN COURS Pôle biologie

Les services des laboratoires, les services techniques et le service biomédical travaillent à affiner l'esquisse du pôle biologie.

La construction doit commencer en mai 2011 pour une durée de 2 ans.

EN COURS Pôle clinique médicale

Un prestataire a été retenu pour aider à rédiger le programme de l'opération (recensement des besoins : espace, organisation, équipements...).

Les travaux débutent en septembre 2011 pour une durée de 2 ans.

HÔPITAL DUPUYTREN

EN COURS ► Des travaux ont démarré au 8^{ème} étage de l'hôpital Dupuytren, afin d'accueillir l'hospitalisation de jour du service d'hématologie clinique.

TERMINE ► Les travaux de réfection de la chapelle sont terminés. ❷

HÔPITAL JEAN REBEYROL

EN COURS ► Les travaux de réfection du Cantou viennent de commencer.

TERMINE ► Le service et l'atelier d'ergothérapie ont été refaits.

TERMINE ► Laboratoire Habitat Handicap : un lieu de vie expérimental pour l'autonomie. Après plusieurs mois de travaux, le projet Laboratoire Habitat Handicap ou L2H, développé en partenariat par l'équipe du service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) de l'hôpital Jean Rebeyrol et la société Legrand vient de voir le jour. Il vise à reconstituer un lieu de vie expérimental, au sein de l'hôpital, utilisant différents systèmes techniques qui permettent de pallier en tout ou partie les problèmes de dépendance. Destiné à valider, toute aide technique immédiate, environnementale ou domotique nécessaire au maintien à domicile en situation de sécurité, afin de transposer ces solutions au domicile du patient, le L2H a pour vocation de devenir une structure de référence régionale. Cet habitat de 55 m², situé au rez-de chaussée de l'hôpital Jean Rebeyrol permettra donc à tout public, prioritairement pris en charge par le CHU et présentant un handicap moteur et/ou sensitif ou cognitif léger, de prendre connaissance de ces aides techniques et de les tester avant d'envisager un retour au domicile. ❸



Le service de

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE REPARATRICE ET STOMATOLOGIE

Depuis le 4 janvier 2010, le Dr Joël Brie dirige le service de chirurgie maxillo-faciale, réparatrice et stomatologie de notre CHU. Situé à l'hôpital Dupuytren, il est composé d'un espace réservé aux consultations au rez-de-chaussée et d'un secteur d'hospitalisation de 6 lits au 2^{ème} étage.



Le Dr Joël Brie

Quelle est l'activité du service ?

L'activité du service est essentiellement axée sur la traumatologie maxillo-faciale, la pathologie tumorale maligne des téguments de la face, des membres et du tronc, la pathologie tumorale bénigne et maligne des maxillaires et des glandes salivaires, les malformations faciales (fentes labio-palatines, syndrome de premier arc...), les dysmorphoses faciales (oreilles proéminentes, prognathisme, rétrognathisme...), la reconstruction des pertes de substance du squelette crânio-facial et des téguments de la face, des membres et du tronc (traumatologie, exérèse tumorale, escarres).



Chirurgie maxillo-faciale, réparatrice et stomatologie

Le terme « réparatrice » apparaît désormais dans l'intitulé du service... quelles sont les nouveautés ?

La chirurgie réparatrice au sens large touche toutes les parties du corps. Je voudrais étendre les techniques de reconstruction de la région cervico-faciale et en particulier les techniques de lambeau pédiculé ou micro-anastomosé au reste du corps. En reconstruisant une perte de substance, on protège les structures profondes exposées et on raccourcit les délais de cicatrisation. On permet ainsi l'ablation de tumeurs parfois considérées comme inextirpables compte tenu des sacrifices tissulaires que leur exérèse imposerait. C'est, dans certains cas, une alternative à l'amputation. Grâce à ces techniques, les durées d'hospitalisation sont plus courtes et les séquelles fonctionnelles et esthétiques réduites. Le service va également développer une nouvelle activité, la chirurgie orthognathique, soit la chirurgie des malocclusions dentaires d'origine squelettique (prognathisme, rétrognathisme). Nous allons également, je l'espère, pouvoir continuer l'activité de reconstruction crânio-faciale par implants céramiques avec le soutien financier de la région et du CHU.

Vous avez exercé dans d'autres structures... quels sont les avantages du CHU de Limoges pour l'exercice de cette spécialité ?

La chirurgie maxillo-faciale et réparatrice est une activité de CHU car elle nécessite un environnement spécialisé en particulier dans le domaine de la réanimation et de la

neurochirurgie. La force d'un CHU est de regrouper des équipes performantes, le traitement des cas difficiles relevant souvent d'une prise en charge multidisciplinaire. Ces conditions privilégiées me permettent de retrouver un champ d'activité plus sophistiqué.

C'est une activité d'urgence ?

Sauf cas exceptionnel, notre activité se situe plutôt dans le domaine de la semi-urgence. Néanmoins elle impose beaucoup de souplesse et de réactivité au niveau du bloc opératoire pour pouvoir prendre en charge les patients dans des délais raisonnables.

Quels sont vos projets ?

Tout d'abord installer le service puis accélérer son développement, notre ambition étant de doubler l'activité dans les douze mois à venir. En parallèle, continuer à développer la recherche dans le domaine des biocéramiques en tant que co-responsable d'un programme de recherche dans l'équipe SPCTS (Sciences des Procédés Céramiques et de Traitements de Surface) portant sur des biocéramiques phosphocalciques fonctionnalisées par des biomolécules. ■



UPSAV : accompagner la personne âgée pour bien vieillir

Notre CHU vient de lancer une Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSAV). Initiative innovante, elle doit permettre de prévenir la rupture globale d'autonomie de la personne âgée et d'évaluer l'impact sanitaire, social et économique de ces actions de prévention en Haute-Vienne dans un premier temps puis généralisable au Limousin. L'UPSAV présente deux volets : un volet clinique (consultation), et un volet recherche (Geropass).

Sur simple appel de la personne âgée ou de son entourage (familial, médical ou social), un médecin gériatre et une infirmière coordonnatrice prennent rendez-vous pour un bilan d'autonomie au domicile même de la personne. Cette évaluation permet de faire un point sur la santé et l'environnement de vie de la personne. Un bilan d'autonomie est alors établi. En fonction des résultats, un plan d'actions est défini en partenariat avec les professionnels sanitaires et sociaux (CLIC) de terrain. Selon les besoins, des rendez-vous avec une ergothérapeute, une psychologue, une psychomotricienne seront alors programmés. Ceux-ci pourront par exemple conseiller sur l'agencement du domicile du patient afin de prévenir ses chutes et favoriser son maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles quel que soit son état de santé physique et mental. La personne âgée bénéficie d'un suivi à 6 mois puis une fois par an pendant 3 ans (durée de l'expérimentation). L'UPSAV espère suivre 3500 patients d'ici fin 2012.

Unique en France, l'UPSAV est financée par la Mission Régionale de la Santé qui soutient cette action de santé

publique menée en partenariat avec les structures sociales et médico-sociales de la région Limousin.

Un volet recherche...

Geropass représentera le volet recherche de l'UPSAV. Il est en cours de validation par le conseil scientifique de la Délégation à la Recherche Clinique du CHU de Limoges et satisfera aux exigences légales et réglementaires nationales.

Geropass devra randomiser deux groupes de personnes âgées. L'un sera composé de patients bénéficiant d'une prise en charge par l'UPSAV avec une évaluation gériatrique globale, l'élaboration et la mise en place d'un plan d'actions et un suivi à domicile sur 3 ans (un consentement sera signé par le patient). L'autre regroupera des personnes âgées bénéficiant également d'une évaluation gériatrique globale donnant lieu à l'élaboration d'un plan d'actions ; ce groupe, à la différence du premier restera libre de suivre ou non les propositions faites (groupe témoin). 500 personnes participeront à ce projet de recherche qui devrait démarrer au cours du premier semestre 2010. ■

Conditions d'accès à l'UPSAV

- ▶ avoir plus de 75 ans, ou plus de 65 ans et être polypathologique
- ▶ consultation gratuite
- ▶ prise de rendez-vous en appelant au 05 55 05 65 81

Interview du Pr Thierry Dantoine, chef de service de médecine gériatrique et initiateur de l'Upsav



La démarche de l'Upsav est-elle vraiment unique en France ?

Oui. Aucune évaluation préventive pluridisciplinaire au domicile et coordonnant l'ensemble des acteurs du domicile, ouverte à la fois directement aux personnes âgées ou par l'intermédiaire des professionnels de santé ou médico-sociaux n'est en place en France ni en Europe.

Comment vous est venue l'idée de ces consultations

préventives au domicile ?

En tant que spécialiste du vieillissement, j'ai été très vite marqué par le fait que les effets du vieillissement naturel et les possibilités de maintenir les performances physiques et cognitives à tout âge ne sont pas assez connues. Trop de personnes aboutissent à la dépendance physique et à la perte d'autonomie par manque d'anticipation. C'est pourquoi, j'ai imaginé une structure comme l'Upsav qui va à domicile évaluer globalement la personne dans son environnement et mettre ensuite en relation tous les acteurs de terrain pour des actions de prévention, puis un suivi de leurs effets par une équipe pluridisciplinaire.

Quels sont les premiers retours des personnes qui ont fait appel à l'Upsav ?

L'équipe a toujours été très bien accueillie par les personnes âgées et leur famille ou les soignants. Des médecins nous ont aussi contactés, très intéressés par ce service. La participation des personnes âgées lors de la visite était très active dans le but d'améliorer leur santé et confort de vie. Le compte rendu systématiquement fait au médecin traitant voire au patient lui-même a beaucoup plu. Nous devons cependant avoir plus de recul pour évaluer l'acceptation et l'application des plans d'action préventive proposés.

LA REQUALIFICATION DES LITS DE CHASTAINGT ET REBEYROL EN LITS D'EHPAD MEDICO-SOCIAL

par Philippe Verger, directeur de la politique gériatrique, et Aline Bertin, adjoint des cadres

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les 533 lits d'EHPAD sanitaire (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) des hôpitaux Dr Chastaingt et Jean Rebeyrol ont été transformés en 283 lits d'EHPAD médico-social et 250 lits d'USLD (Unités de Soins de Longue Durée).

Obligation légale issue de l'article 46 de la loi de financement de sécurité sociale de 2006, la requalification consiste en une répartition des lits de soins de longue durée en USLD et en EHPAD médico-social type « maison de retraite médicalisée ».

Afin d'accompagner cette requalification et dans le cadre du plan de modernisation du CHU, un vaste programme immobilier gériatrique débutera dès cette année. Les lits d'USLD et d'EHPAD, actuellement installés dans des bâtiments à l'architecture hospitalière vieillissante. Ainsi, progressivement, l'ensemble des unités accueillant des lits d'USLD et d'EHPAD sera rénové. A cela s'ajoute un projet de construction d'un EHPAD de 80 lits sur le site de Dr Chastaingt.

A l'issue de ces grands travaux, les 533 lits seront répartis de la manière suivante :

- ▶ 283 lits d'EHPAD (médico-social) situés sur le site de Dr Chastaingt,
- ▶ 250 lits d'USLD (sanitaire) partagés entre l'hôpital Jean Rebeyrol et l'hôpital Dr Chastaingt.

Cette nouvelle organisation a fait

l'objet d'une très large communication auprès des agents mais également des résidents et de leurs familles. 600 agents ont bénéficié d'une formation spécifique à la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans le secteur médico-social. Cette action de sensibilisation a été confiée à une équipe pluridisciplinaire (CHU, EHPAD de Nieul, EHPAD de Couzeix) et ce pendant plus de 4 mois. Par ailleurs, 400 familles ont été reçues afin d'être informées des nouvelles modalités d'organisation dans le cadre de cette requalification.

EHPAD, USLD : deux organisations

De statut juridique identique, ces deux entités impliquent une organisation interne différente tant sur le plan médical que paramédical. Une nouvelle grille d'admission en référence à la grille GIR¹ et PATHOS² permet au médecin coordonnateur de différencier les patients relevant du secteur sanitaire ou du secteur médico-social. Deux listes d'attente sont alors utilisées. Les docteurs Philippe Sauvage et Stephan Meyer

ont été nommés respectivement médecins coordonnateurs du secteur USLD et du secteur EHPAD.

Une participation active des résidents

La création d'un EHPAD au sein du CHU implique enfin la mise en place d'instances règlementaires d'expression des résidents. Un Conseil de la Vie Sociale (CVS) sera institué pour la partie EHPAD avec l'élection de représentants des résidents et de représentants des familles. Parallèlement, des groupes d'expression seront mis en place pour les USLD et largement ouverts aux résidents, à leurs familles et aux personnels.

La création de ce nouvel EHPAD au sein du pôle « Personnes âgées et soins à domicile » complète la filière gériatrique de notre CHU. ■

¹ Groupes Iso-Ressources : un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique

² Le PATHOS permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des pathologies des résidents.



L'hôpital Dr Chastaingt



L'hôpital Jean Rebeyrol

LA STRUCTURATION DE LA RECHERCHE PARAMÉDICALE A V A N C E

| par Pascale Beloni, infirmière cadre de santé

L'année 2009 sera pour notre recherche paramédicale celle de la concrétisation par la mise en forme de deux projets de recherche en soins infirmiers finalisés en étroite collaboration avec la Direction de la recherche clinique et de l'innovation, le Comité de promotion de la recherche paramédicale et de l'innovation issu de la Commission des soins infirmiers de rééducation et médicotechniques et les équipes soignantes.

La circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010 a donné une dimension nationale à ces projets. Deux projets présentés par nos équipes ont été retenus.

PROJET 1

" PRAXALIM : Impact de la forme des assiettes sur la préservation des praxies¹ dans l'alimentation chez les personnes âgées souffrant de démences sévères de type Alzheimer ou mixtes en institution. "

Unité de vie protégée, hôpital Dr Chastaingt.

Les démences privent progressivement l'individu de son autonomie, de sa personnalité et de son identité. Le malade atteint de démence sévère, a besoin de repères. L'usage d'objets « parlants », significatifs pour lui, est à prioriser car l'univers institutionnel, souvent dépersonnalisé, lui évoque peu de chose. L'assiette institutionnelle peut être déstabilisante pour le patient dément. PRAXALIM est une étude en soins courants, quasi-expérimentale, multicentrique, sur 3 ans. Son objectif principal est de comparer le comportement de la personne dément et sa capacité à s'alimenter seule selon le contenant proposé. En objectif secondaire, cette indépendance, pourrait permettre au résident de conserver du plaisir dans cette activité.



Contact :
pascale.beloni@chu-limoges.fr
05 55 05 69 92

¹ Ensemble des fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée.

PROJET 2

" Douleur et musicothérapie lors de la réfection de pansement chez les patients artéritiques de stade IV. "

Unité septique, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

L'unité septique de CTCV accueille des patients atteints d'artérite oblitérante des membres inférieurs. Cette pathologie associe aux douleurs chroniques une douleur aiguë en lien avec la réfection des pansements qui peut entraîner un retard de cicatrisation et une anxiété quotidienne. En France et dans la littérature anglo-saxonne, des études montrent l'intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique. Le contexte douloureux de réfection de pansements de ces patients artéritiques, associé à la musicothérapie n'a pas encore été exploré. Il s'agit donc de réaliser une étude biomédicale expérimentale prospective de type essai clinique de supériorité, randomisé, mené en deux groupes parallèles sur 18 mois. Son objectif principal est d'évaluer l'impact de la musicothérapie sur la douleur aiguë provoquée par la réfection du pansement. Ses objectifs secondaires sont

d'évaluer la diminution de la douleur aiguë sur la prise de morphiniques et du score d'anxiété. Améliorer l'efficacité des soins de plaie, réduire la durée d'hospitalisation et élaborer un protocole de bonnes pratiques sont les impacts des résultats attendus.

La recherche paramédicale permet de questionner la pratique professionnelle, de tenter de comprendre, de trouver des solutions pour rendre les soins plus efficaces au service des patients. Dans ce contexte, le Comité de promotion de la recherche paramédicale et de l'innovation a pour objectif d'accompagner les équipes soignantes dans l'émergence et la mise en forme de leur projet de recherche en soins. ■



INNOVATION

Un bouclier pour protéger les personnels hospitaliers et maîtriser leurs agresseurs



Une toile portant les plaques en aramide, des raidisseurs latéraux ❶, des bandes de fixation rapide ❷, des poignées ❸

Les agressions physiques à l'encontre de personnels hospitaliers ne datent pas d'hier. Des stages anti-violences sont même dispensés à nos équipes depuis 1995, par le Dr Grouille et M. Smolis, infirmier. Mais l'absence d'équipement pour neutraliser une personne violente en préservant son intégrité physique a inspiré Gérard Seringe, aide-soignant et animateur de formations anti-violence de notre CHU, qui a inventé un dispositif de contention promis à un avenir certain.

royal-
ties,
mais
dans celui
d'apprendre un

si cela s'avère utile ou simplement être transporté ou sanglé sur un brancard ». Un usage qui nécessite une courte formation pour pratiquer les gestes justes.

Un bouclier qui ouvre des perspectives...

Breveté par le CHU de Limoges en décembre 2007, fabriqué par la société Airgoal à Souillac et commercialisé (1 590 € HT) par le laboratoire alsacien Adhesia depuis l'été dernier, ce bouclier rencontre déjà un certain succès, en particulier auprès d'établissements psychiatriques... Un usage en milieu hospitalier qui pourrait bientôt s'élargir : « Nous réfléchissons à sa distribution via des centrales d'achat auprès de nouveaux secteurs : pompiers, policiers... certains ont déjà manifesté leur intérêt. » ajoute l'inventeur... qui continue à mettre sa créativité et sa connaissance au service du secteur hospitalier, mais cette fois en faveur des personnes hospitalisées : « J'avance sur un nouvel équipement pour améliorer le confort et limiter la formation d'escarres chez les personnes hospitalisées... mais il est trop tôt pour en parler plus en détails. Je ne veux pas que l'on se fasse « piquer » le concept. » ■



Si l'écoute et le dialogue sont toujours privilégiés par nos équipes, ces derniers sont encore trop souvent confrontés à des problèmes d'agressivité et de violence de la part de tiers (patients, visiteurs...). Le recours à quelques techniques pour se protéger et neutraliser les personnes violentes sont alors nécessaires : parades, clés de bras... Nécessaires mais pas forcément suffisantes. Gérard Seringe explique : « Je me suis renseigné : le seul équipement proposé pour se protéger de personnes violentes était une sorte de fourche, un matériel utilisé par le GIGN pour tenir à distance ou plaquer l'agresseur contre un mur. Encombrante et d'apparence agressive, elle était inadaptée au milieu hospitalier... ». Il y a quelques années Gérard Seringe s'est donc rapproché de la direction générale du CHU (M. Fontarensky), du biomédical et des affaires économiques (Mme Arsouze-Fadat et M. Calise) et des affaires juridiques (M. Maradène-Constant), pour concevoir et breveter un dispositif de protection et de contention pour maîtriser des agresseurs et/ou protéger les intervenants hospitaliers, tout en limitant les risques de blessures de part et d'autre : « Pas dans l'espoir de toucher des

jour que des personnels agressés ont évité une blessure ou plus grave grâce à mon bouclier. »

7 années de travail

Ecriture du projet et du cahier des charges fonctionnel, dépôt de brevet à l'Inpi, recherche de matériaux adaptés, appel d'offre pour trouver un fabricant, choix d'un partenaire pour la commercialisation, tests... Il aura fallu plus de 7 ans pour ce projet aboutisse. « C'est forcément complexe, précise Gérard Seringe. Un couteau est plus difficile à arrêter qu'une balle : la balle s'écrase sur un gilet blindé, un couteau, une aiguille ou un trocart peuvent le percer. Il nous a fallu effectuer plusieurs essais avant de choisir des fibres d'aramide (même famille de matériaux que le Kevlar®...) : un matériaux plus coûteux que d'autres mais très résistant, et plus léger ». Réunies dans une housse sur laquelle ont été suturées des poignées de maintien et de transport, ces plaques protègent ses utilisateurs du tibia au visage. « Il doit être utilisé par deux agents en même temps, car au-delà de sa fonction de protection, il permet d'immobiliser la personne agressive en l'entourant avec le bouclier. Neutralisé, « empaqueté », l'agresseur peut alors se voir administrer un sédatif pour le calmer



Sur le bouclier anti-violence ou les stages anti-violence en milieu hospitalier : Dr Grouille - Tél. : 05 55 05 62 82 - dominique.grouille@chu-limoges.fr

Certification :

Engagé en février 2009 en vue de sa nouvelle certification, notre CHU poursuit son travail d'auto-évaluation. Petit rappel des enjeux de cette certification et point d'étape à moins de 9 mois de la venue des experts HAS dans notre établissement.

par Elisabeth Boulaye, ingénieur qualité

Les nouveautés du manuel V2010

Le manuel V2010 a été élaboré avec une volonté de concentration de la démarche de certification sur les principaux leviers et éléments traceurs de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé. Il représente une évolution importante du référentiel de certification des établissements de santé. Il introduit notamment des « Pratiques Exigibles Prioritaires » **PEP** (voir tableau) autour desquelles la HAS exprime des attentes renforcées. Etudiées par les experts visiteurs de façon systématique, elles renforcent l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins.

1	Critère 1.f	PEP	Politique et organisation de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)
2	Critère 8.b	PEP	Fonction "gestion des risques"
3	Critère 8.f	PEP	Gestion des évènements indésirables
4	Critère 8.g	PEP	Maîtrise du risque infectieux
5	Critère 9.a	PEP	Système de gestion des plaintes et réclamations
6	Critère 12.a	PEP	Prise en charge de la douleur
7	Critère 13.a	PEP	Prise en charge et droit des patients en fin de vie
8	Critère 14.a	PEP	Gestion du dossier du patient
9	Critère 14.b	PEP	Accès du patient à son dossier
10	Critère 15.a	PEP	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
11	Critère 20.a	PEP	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
12	Critère 25.a	PEP	Prise en charge des urgences et des soins non programmés
13	Critère 26.a	PEP	Organisation du bloc opératoire

Le nouveau manuel intègre aussi des indicateurs de performance et de qualité **IND** dans la procédure de certification (indicateurs en cours en France et au plan international) afin de développer la culture de la mesure de la qualité des soins, de disposer de mesures factuelles de la qualité, et de renforcer l'effet levier sur la qualité des soins.

1	Critère 2.e	IND	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement
2	Critère 8.g	IND	Maîtrise du risque infectieux
3	Critère 8.h	IND	Bon usage des antibiotiques
4	Critère 12.a	IND	Prise en charge de la douleur
5	Critère 14.a	IND	Gestion du dossier du patient
6	Critère 19.b	IND	Troubles de l'état nutritionnel
7	Critère 20.a	IND	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
8	Critère 24.a	IND	Sortie du patient
9	Critère 28.c	IND	Démarche EPP liées aux indicateurs de pratique clinique

Se souvenir des décisions du collège et mettre les actions correctives en place

Au-delà des pratiques nouvellement exigibles et des indicateurs de performance et de qualité demandés dans le cadre de cette nouvelle procédure, il convient de ne pas oublier les décisions du collège lors de la dernière visite en février et mars 2007. La Haute Autorité de Santé avait prononcé une certification avec suivi qui portait sur les points suivants :

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

L'HAS nous invitait aussi à poursuivre notre démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

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

Les niveaux de certification : rappels

CERTIFICATION

L'établissement de soins est encouragé à maintenir le niveau de qualité constaté.

CERTIFICATION AVEC RECOMMANDATION

L'établissement doit mettre en œuvre les mesures préconisées par la HAS.

CERTIFICATION AVEC SUIVI

L'établissement doit remettre à la HAS un rapport détaillé prouvant que les mesures d'amélioration ont été réalisées. Il peut également faire l'objet d'une visite d'experts visiteurs ciblée sur un aspect particulier.

CERTIFICATION CONDITIONNELLE

La certification conditionnelle. Des réserves majeures ont été adressées à l'établissement qui doit apporter des solutions dans un délai fixé par la HAS.

NON CERTIFICATION

Elle n'est attribuée que pour les établissements ayant reçu une certification conditionnelle et qui n'ont pas réalisé les améliorations demandées au bout de six à douze mois.

NOUVEAUTÉS ET RAPPELS

L'auto-évaluation : étape cruciale en vue de la certification

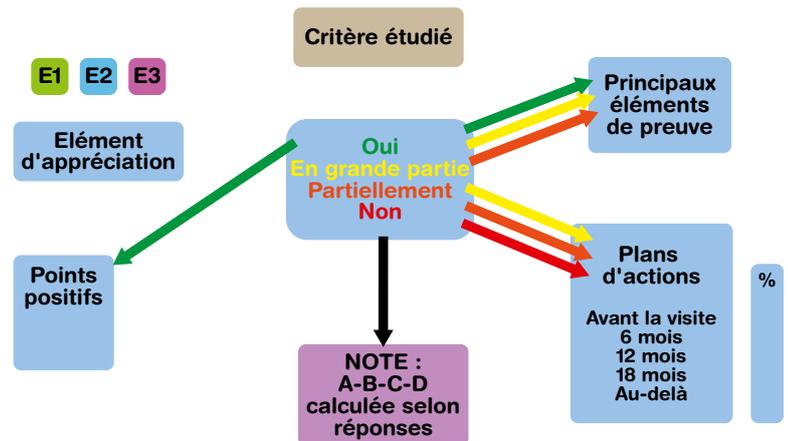
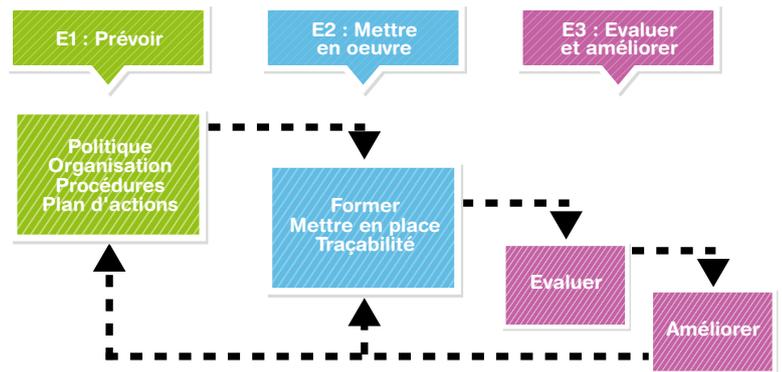
Basés sur les organisations et comités existants complétés de volontaires avec l'appui méthodologique de la Qualité, 14 groupes ont été créés.

Ils sont les moteurs et garants des actions qui nous porteront vers une certification la plus accomplie possible.

Voici les groupes et leurs pilotes pour notre CHU :

1 : Politique, management et gestion	Muriel Poumérioule
2 : GRH	Maylis Picquet
3 : Système d'information et dossier patient	Pascal Frucquet
4 : Logistique, infrastructures et environnement	Valérie Arsouze Fadat Jennifer Alexandre
5 : Vigilances	Dr Laïla Benmoussa
6 : Qualité et gestion des risques	Catherine Maze Dr Mireille Drouet
7 : Droit, accueil et bientraitance des usagers	Sylvie Bonnin
8 : Douleur et fin de vie	Dr Gérard Terrier Pr Pascale Vergne-Salle
9 : Prises en charges spécifiques	Fanny Durand
10 : Prise en charge du patient MCO	Pascale Beloni
11 : Prise en charge du patient SSR	Dr Sophie Peyrichou
12 : Prise en charge du patient SLD	Annie Montayaud
13 : Prise en charge du patient HAD	Cécile Auguste
14 : Évaluation des pratiques professionnelles	Pr Hervé Gastinne

Méthode d'auto-évaluation



Le calendrier

	2009	2010
Engagement de l'établissement	12 février	
Mise en place d'un planning prévisionnel		
Structuration de la démarche méthodologique		
Consultation du bureau qualité	25 juin	
Présentation en séance plénière	10 septembre	
Validation de la démarche par les instances	14 septembre au 23 octobre	
Composition des groupes		
Formation à la certification V3	17 novembre 2009	
Auto-évaluation (PEP-indicateurs)		
Envoi des fiches Interface MRIICE & HAS		mars 2010
Relecture		mai 2010
Validation par les instances		
Envoi de l'auto-évaluation		25 juin 2010
Visite des experts visiteurs (9 jours)		décembre 2010



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Prise en charge de l'o



NOTRE CHU



obésité :

EN EXEMPLE

Il est peu de sujets de santé publique qui fassent l'objet d'autant d'actions de prévention que l'obésité. L'enjeu est vital : les risques liés à cette maladie chronique mettent réellement le patient en danger. On parle même « d'obésité morbide »... Dans la prise en charge des patients obèses, notre CHU privilégie une pluri-disciplinarité unique en Limousin qui lui permet d'obtenir des résultats parfois spectaculaires et d'être centre de référence national pour l'obésité.

Nous avons tous entendu parler ou testé des « régimes miracles ». Les personnes obèses et les médecins vous le diront : ils n'existent pas. La perte de poids pour une personne obèse n'est possible que s'il y a coopération dans le temps entre le patient et les équipes médico-soignantes. Il ne s'agit pas juste de demander aux patients d'avoir de

la volonté pour moins manger ou de n'envisager leur traitement que sous l'angle chirurgical. Des facteurs environnementaux et sociaux complexifient énormément la prise en charge des patients obèses. Accueillant des patients aux Indices de Masse Corporelle (IMC - voir encadré page de droite) de plus en plus élevés, nos équipes ont su créer des passerelles entre leurs disciplines, et formaliser des collaborations qui associent toutes les compétences d'information, de dépistage et de traitement de l'obésité.

Une prise en charge pluridisciplinaire unique en Limousin

Des recommandations européennes en 2006, revues par l'HAS en 2009 prônent une prise en charge pluridisciplinaire des obèses par des réunions de travail regroupant les professionnels impliqués. Un dispositif déjà en place dans notre CHU, et qui le distingue des autres établissements de la région.

Le Dr Stéphanie Lopez : « Dans nombre d'établissements, le fonctionnement est pyramidal : le chirurgien demande par téléphone ou mail leur avis aux autres professionnels... et il décide des suites à donner. Nous privilégions l'échange direct et simultané entre professionnel à travers une table ronde. Les choix d'opérer (ou non) et de la technique opératoire sont collégiaux. »

« Médecine et chirurgie travaillent ensemble tout au long du parcours du patient. Les patients plébiscitent cette collaboration, et les professionnels aussi car nous en constatons l'efficacité. Il faut bien connaître le patient, puis s'assurer qu'il est prêt à bénéficier d'une opération » explique le Dr Abita. Les retours d'expériences des uns et des autres sur la prise en charge antérieure sont précieux, mais chaque cas

est unique...

Une fois par mois, Le service de médecine interne B accueille une diététicienne, une psychothérapeute, une psychologue, un médecin, un ou deux chirurgiens, un médecin endocrinologue, et une infirmière d'éducation. Chaque dossier de patient pressenti pour une chirurgie bariatrique est étudié : identité, âge, IMC, lieu d'habitation, pathologies annexes sont d'abord rappelés aux professionnels qui les ont déjà tous rencontrés en consultation.

Le tour de table permet de poser toutes les questions et d'y répondre avec les différentes expertises :

► psychologique : comment le patient perçoit-il son obésité ? Quelles sont les causes ou facteurs déclencheurs selon lui ? A-t-il peur de l'opération ? Quelles sont ses motivations pour maigrir ? Quid de son environnement psychosocial ?...

► diététique : quelles sont ses habitudes alimentaires ? Ressent-il une satiété ? Comment a-t-il accepté le régime pendant son hospitalisation ? Quelle est l'évolution de son poids ? Aura-t-il les ressources mentales pour poursuivre un régime s'il n'y a pas d'opération en perspective ?

► médicale : quel est son contexte métabolique ? Quel est le risque d'apparition ou d'aggravation d'une pathologie si on ne l'opère pas ? Est-il impliqué dans sa prise en charge médicale ?

► chirurgicale : a-t-il des contre-indications pour telle ou telle technique opératoire ? Quelle est la technique adaptée à son cas en fonction des données scientifiques ?

Etudes de cas en staff pluridisciplinaire

Voici quelques cas simplifiés qui peuvent se présenter et les questions qu'ils peuvent soulever.

► **Une patiente de 60 ans.** Son âge et sa pathologie cardiaque posent questions. Mais refuser l'intervention, c'est prendre le risque que ses problèmes cardiaques s'accroissent et que la prise de poids s'aggrave.

Mais intervenir c'est aussi l'exposer à des risques de



Médecins, chirurgiens, soignants, diététiciens, psychothérapeute en réunion pluridisciplinaire

L'OBESITE MORBIDE

Définie comme l'excès de masse grasse, elle favorise la survenue de nombreuses pathologies : diabète de type II, arthrose des membres inférieurs, insuffisance respiratoire, cancers digestifs, maladies cardio-vasculaires. La survenue de ces comorbidités est corrélée à l'intensité de l'excès pondéral et définit « l'obésité morbide ».

IMC : repères



Formule (pour les adultes)
 $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$
 Calcul automatique pour adultes
 et enfants sur www.imc.fr

	Indice de masse corporelle (kg/m ²)	Risque de maladies
Maigreux extrême	Moins de 16	Élevé
Maigre	Moins de 18,5	Accru
Poids normal	18,5 à 24,9	Faible
Surpoids	25,0 à 29,9	Accru
Obésité modérée	30,0 à 34,9	Élevé
Obésité sévère	35,0 à 39,9	Très élevé
Obésité classe 3 (morbid)	40 ou plus	Extrêmement élevé

décompensation cardiaque.

Décision : demande d'avis de son cardiologue et de l'anesthésiste au CHU. Si avis favorable, la gastrectomie* sera privilégiée car le patient aurait du mal à suivre le régime post-opératoire nécessaire avec d'autres techniques.

► **Une dame de 40 ans.** La perspective d'une opération bariatrique la fait pleurer, mais elle demande la pose d'un ballon intra gastrique. Un effet bénéfique du ballon risque la conforter dans l'idée de ne pas avoir d'autre acte de chirurgie alors que celui-ci n'est pas un traitement de l'obésité

mais un test en vue d'une chirurgie restrictive.

Décision : rendez-vous en chirurgie pour re-expliquer le rôle du ballon et dédramatiser l'acte opératoire. Proposition de participation à un groupe de parole avec un patient qui avait les mêmes craintes mais les a dépassées. Accord pour ballon si engagement du patient pour une chirurgie bariatrique, après ablation du ballon.

► **Un homme de 35 ans.** Une pose d'anneau gastrique* était programmée mais une fibroscopie préopératoire a révélé un reflux gastro-oeso-

phagien sévère. La pose d'anneau risque aggraver ce reflux. La sleeve gastrectomy (gastrectomie en manchon)* est envisagée. Le médecin et la psychologue évoquent la structure psychotique du patient qui vivrait très mal ce type d'intervention où « un bout de son corps serait coupé ».

Décision : demande d'avis du psychiatre qui le suit. Si opération : proposition d'un by-pass*, technique potentiellement « réversible » en cas d'échec ou de complication forte.

► **Un patient de 43 ans.** Sa motivation pour perdre du poids : répondre à la demande de son chirurgien orthopédiste qui en a fait une condition préalable à la pose d'une prothèse articulaire « qui lui changerait la vie ».

Décision : valider avec le chirurgien qui pratiquera la pose de la prothèse que la perte de poids conséquente est un préalable et voir si le seul suivi médical ne peut pas la permettre.

* Ces techniques de chirurgie sont expliquées page 23.

DES GROUPES DE PAROLE POUR DECULPABILISER



Une fois par mois pendant 2 heures, des groupes de parole obésité se tiennent au Cluzeau. Gratuites, ces sessions accueillent 5 à 10 personnes ayant des troubles du comportement alimentaire homogènes – des échanges entre obèses et anorexiques seraient par exemple infructueux. « Les participants sortent de l'enfermement de leur pathologie où ils s'imaginent seuls. Le groupe déculpabilise », précise Marie-Françoise Grizon, psychothérapeute dans le service d'endocrinologie, qui anime ces réunions. Si les mains et les positions traduisent en début de session l'anxiété de certains, les témoignages et les encouragements de ceux en phase de stabilisation favorisent souvent la prise de parole. La prise de parole permet d'être en position d'assumer ses responsabilités pour être soignée.

Médecine et chirurgie ensemble

Médecine et chirurgie travaillent donc ensemble tout au long de la prise en charge. Pour autant, il est intéressant de présenter les techniques propres à la prise en charge des personnes obèses.

Consultations et suivi en unité de nutrition

Située en hépato-gastro-entérologie et sous la responsabilité du Pr Jean Claude Desport, l'unité de

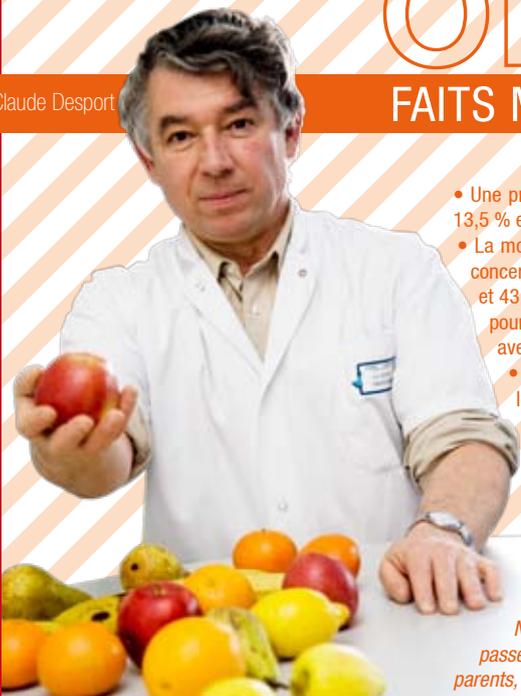
O B E S I T E

FAITS MARQUANTS EN LIMOUSIN

SOURCE ORS LIMOUSIN DÉCEMBRE 2008

- Une prévalence de l'obésité en augmentation ces dernières années : entre 13,5 % et 16,0 % de la population adulte.
- La moitié des consultants de 18 ans ou plus vus en médecine générale est concernée par une surcharge pondérale (surpoids + obésité) : 61 % des hommes et 43 % des femmes. Les proportions sont comparables dans les deux sexes pour l'obésité (16 %) ; la prévalence du surpoids et de l'obésité s'accroît avec l'âge jusqu'à 65 ans.
- Une situation favorable par rapport à la situation française chez les enfants et qui devient comparable, voire défavorable, chez les adolescents et les adultes.
- Une moyenne de 687 séjours hospitaliers annuels pour « obésité et autres excès d'apport ».

Le Pr Desport « Nous recevons de plus en plus de « grands obèses », constatons une augmentation de l'obésité chez les adolescents et un pourcentage de personnes obèses plus important dans les localités de 2 000 à 3 000 habitants. Nous observons aussi la corrélation directe avec le temps passé chez soi devant la télé ou l'ordinateur, avec l'obésité des parents, et le niveau de revenus. »



Monique Fort, cadre de santé diététicienne

nutrition accueille chaque année 450 patients. Les obèses suivis en consultations externes viennent d'eux-mêmes ou sur recommandation des médecins de ville. Côté CHU, les services de médecine interne, orthopédique, la chirurgie digestive, endocrinienne et générale et la chirurgie viscérale sont les premiers prescripteurs de la file active de ces consultations.

Examinés et suivis par des médecins nutritionnistes, des diététiciennes, parfois des psychiatres, les patients obèses connaissent des durées de parcours thérapeutique très différentes, mais d'une année minimum... « Beaucoup abandonnent, puis reviennent, puis arrêtent à nouveau. Quand un patient ne maigrit pas « assez » ou « pas assez vite » il lui arrive de se décourager » précise le Pr Desport. « Nous considérons comme un succès, une perte de 5 à 10 % du poids total (sans opération chirurgicale). A partir de ce score les risques de morbidité liés à l'obésité décroissent de façon exponentielle. Des pertes de poids par un traitement médical évitent aussi parfois l'intervention chirurgicale envisagée en début de prise en charge ».

Examiner, écouter, éduquer

Une consultation obésité dans cette unité est structurée autour de plusieurs étapes.

► Les examens

2 mesures non invasives du rapport masse grasseuse/masse maigre sont toujours réalisées lors de la première consultation :

- l'impédancemétrie, qui permet en une dizaine de minutes de connaître la résistance des tissus biologiques, grâce à l'envoi d'un courant sinusoïdal de faible intensité (de l'ordre du milliampère) et de haute fréquence (10-100 kHz) à travers des électrodes,

- les techniques d'anthropométrie, qui décrivent les particularités dimensionnelles du patient : dimensions, masses, circonférences (mesures de bras, de pli cutané...).

Une calorimétrie indirecte est parfois nécessaire : le CHU est le seul à pouvoir pratiquer en Limousin. Réalisée sous une sorte de cloche transparente en plastique, elle permet le calcul de la dépense énergétique par mesure de la consommation d'oxygène et de la production de gaz carbonique.

La taille, le poids sont évidemment aussi relevés pour calculer l'IMC.

► La recherche des facteurs et risques liés

L'examen et les échanges avec le patient aident à identifier des symptômes ou pathologies en rapport avec l'obésité du patient : troubles respiratoires, douleurs des articulations, diabète, maladies métaboliques,

problèmes cardio-vasculaires... En fonction, le patient est orienté vers des services spécialisés.

Le médecin évalue aussi l'activité physique et l'état psychologique du patient : les conditions de travail, le voisinage, l'environnement familial sont déterminants. Un suivi peut alors être proposé avec la psychiatre du service, Mme Bonnefont.

► L'enquête alimentaire

Au cours de la consultation, le volet alimentaire est abordé. « La génétique peut être une source d'explication dans seulement 10 % des cas... hygiène alimentaire et de vie sont de très loin les premières causes de l'obésité » explique le Pr Desport. Dès la première consultation, le patient se voit donc remettre une fiche dans laquelle il notera pendant une semaine, tout ce qu'il mange et quand. Des rendez-vous sont aussi fixés dès cette consultation, pour que le patient bénéficie d'un suivi personnalisé par une diététicienne et un médecin nutritionniste.

Hospitalisation et suivi en Médecine interne B - endocrinologie - diabète - maladies métaboliques

Le service sous la responsabilité du Pr Archambeaud, suit depuis 20 ans des patients obèses et accueille un

centre national de prise en charge de l'obésité.

Le Dr Stéphanie Lopez : « *Chaque semaine une moyenne de 5 patients dont l'IMC est supérieure à 35 (voir tableau p21) sont hospitalisés. Des personnes qui pensent « avoir tout essayé pour maigrir », et que leur obésité isole. Nous avons un circuit particulier qui commence par une hospitalisation de 5 jours dans le service.* » Pendant cette hospitalisation les patients voient différents spécialistes et bénéficient d'explications sur leur corps et leur obésité... une écoute et des réponses très appréciées des patients.

Les complications liées à l'obésité sont, ici aussi, recherchées : diabète, dyslipidémie, syndrome d'apnée du sommeil, bilan psychologique et psychiatrique, bilan hormonal, complications rhumatologiques, hypertension artérielle... Dès les résultats de ces examens connus, les traitements adaptés aux pathologies détectées commentent.

Médecin et chirurgien poursuivent ensuite leurs échanges avec le patient pour mieux le connaître et que lui-même perçoive mieux les enjeux de sa prise en charge.

L'infirmière d'éducation et une diététicienne lui parlent de métabolisme, de valeurs caloriques et établissent un plan alimentaire personnalisé.

L'environnement psychologique étant une variable importante dans la prise ou la perte de poids, une psychothérapeute vient aussi au chevet du patient avec un travail d'écoute de son vécu et de son histoire. Une action au terme de laquelle, une seconde consultation par un psychiatre peut être nécessaire.

Après ces consultations cliniques, la personne suivie peut participer aux groupes de parole, ou aux activités physiques organisées dans l'hôpital. Cette activité physique conduite par Carmen Labrousse, animatrice d'éducation physique spécialisée dans l'obésité, participe à redonner une image corporelle et un sens de l'équilibre perdus ou dégradés.

Suivre et accompagner dans le temps

A l'issue de ces 5 jours, une autre hospitalisation de courte durée peut permettre de compléter le bilan : réalisation de fibroscopie gastrique, radiographie des voies digestives hautes (TOGD¹), échographie hépatique (recherche de stéatose)... Les rendez-vous de suivi ont lieu tous les 3 mois pendant un an. A chaque visite, le relevé alimentaire du patient est commenté. La prise de poids, de tension, le tour de taille sont des indicateurs d'évaluation du bénéfice des actions et traitements, et impactent les recommandations et thérapeutiques. Le suivi médical se poursuit en fonction du besoin et du souhait du patient, toujours avec le médecin traitant.

Le Dr Lopez rejoint le Pr Desport sur l'évaluation des bénéfices de la prise en charge : « *Nous ne jugeons pas de la réussite de la prise en charge d'un patient obèse sur le seul critère pondéral. Un patient qui a « peu maigri », peut aller mieux psychologiquement, socialement et les quelques kilos perdus influent déjà significativement sur les risques de pathologies liées au surpoids.* ». Des résultats spectaculaires sont pourtant parfois constatés :

“NOS PANSEMENTS NE SONT PAS LES MÊMES QUE CEUX DE NOS COLLÈGUES,”



L'équipe soignante participant au programme d'éducation

Jane Lazeras et Anne-Marie Gabaud, infirmières dans le service de médecine interne B au Cluzeau.

Quelle est votre spécificité ?

Nous avons suivi des formations sur l'alimentation, la communication, l'éducation. L'approche du patient en surpoids est particulière pour pouvoir communiquer avec eux. Les messages ne sont pas que verbaux... il faut lire aussi les messages corporels. Souvent la perte de poids est associée à la reprise de confiance en soi.

Dans quel état d'esprit sont les patients à leur arrivée ?

Ils sont persuadés que tout le monde porte un regard négatif sur eux. Toute l'équipe travaille à leur redonner confiance et à libérer la parole. Ils arrivent ici à aborder des choses très intimes voir douloureuses.

L'éducation prime sur la technique ?

Oui. Nous donnons des outils pour que les patients soient autonomes sur leur alimentation. On initie et on accompagne avec les autres professionnels des actions en rapport avec leur forme physique et le volet psychologique.

« Une patiente qui pesait 160 kilos quand nous l'avons hospitalisée n'en pèse plus que 80 aujourd'hui... sans aucune chirurgie. C'est un résultat exceptionnel, mais ça arrive ! »

Plus de la moitié des patients obèses suivis dans le service ne sont pas opérés, mais ceux qui bénéficient d'une chirurgie bariatrique restent de toute façon suivis en post-opératoire pour réaliser un bilan nutritionnel, et être accompagnés psychologiquement.

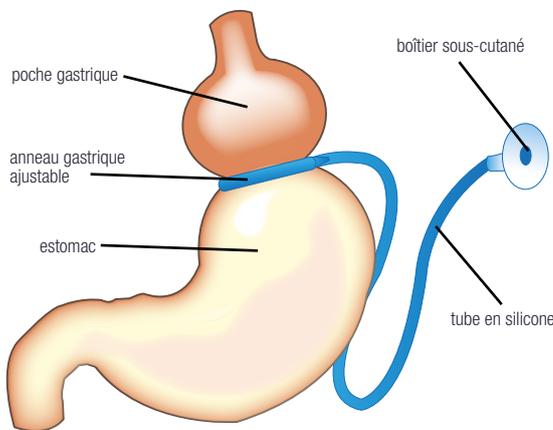
La chirurgie bariatrique : avant, pendant, après

La chirurgie bariatrique aide à perdre du poids durablement, à réduire les affections liées à l'obésité et à améliorer la qualité de vie des patients. On imagine souvent le chirurgien de l'obésité arriver « en fin de parcours », quand le patient ne croit plus aux seuls effets de la médecine. En fait, le chirurgien est associé très tôt dans le dispositif de prise en charge. Les services de chirurgie digestive et viscérale (Pr Gainant, Dr Abita, Dr Bouvier) sont en charge de cette chirurgie.

3 techniques principales

Sous anesthésie générale, le plus souvent sous cœlioscopie², et nécessitant parfois une laparotomie³, la chirurgie bariatrique propose des techniques différentes selon les patients. On en recense trois principales :

► La pose d'un anneau gastrique



Technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments, en plaçant un anneau autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement.

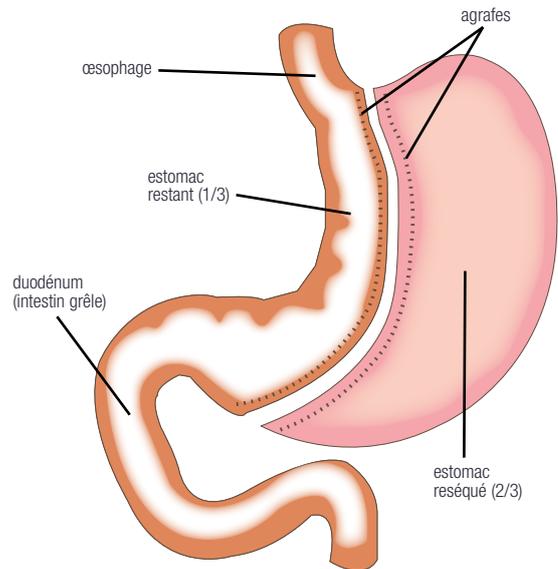
« Elle est moins utilisée qu'auparavant. Son efficacité est directement liée à une très forte motivation du patient pour gérer la qualité des aliments ingérés », précisent le Pr Gainant et le Dr Abita.

¹ Transit Oeso Gastro Duodénal

² technique qui permet de visualiser l'intérieur du ventre grâce à une caméra introduite à travers une incision de 1cm de la paroi abdominale, et d'instruments spécifiques introduits par des incisions de 5 à 10 mm.

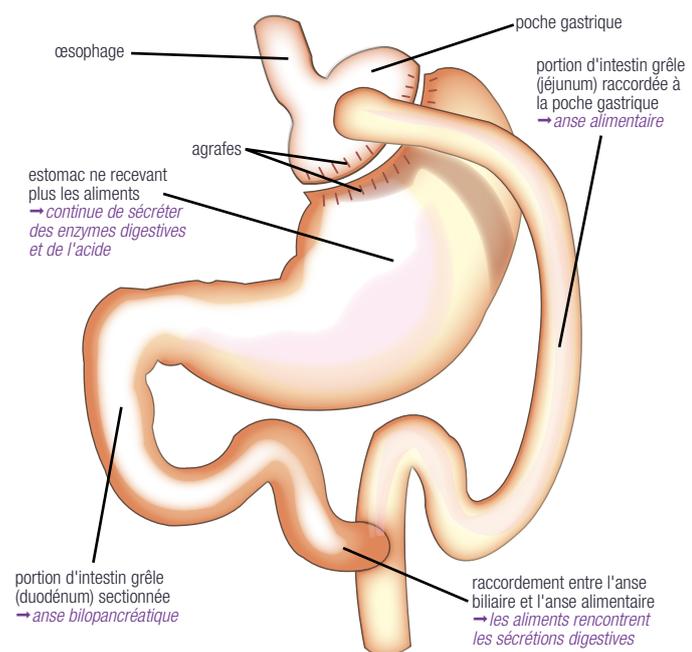
³ acte chirurgical consistant en l'ouverture de l'abdomen par une incision laissant le passage direct à d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens.

► La gastrectomie en manchon ou sleeve gastrectomy



Autre technique restrictive, la gastrectomie en manchon consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments. Le Pr Alain Gainant : « Plus récente et d'abord utilisée pour les super obèses (IMC ≥ 50), elle l'est à présent plus largement. Mais le recul à long terme reste à apprécier. » Dr Abita : « Au bout d'une année, on a à peu près le même résultat sur la perte de poids qu'avec un by-pass. »

► Le bypass gastrique (ou court-circuit gastrique)





Chirurgie de l'obésité : pour qui ?

Personnes adultes

- ▶ souffrant d'une obésité massive (IMC >40) ou sévère (IMC >35) si elle est associée à au moins une complication pouvant être améliorée par la chirurgie (hypertension artérielle, diabète...),
- ▶ en échec de perte de poids malgré une prise en charge médicale spécialisée de plusieurs mois (suivi diététique, physique, psychologique),
- ▶ qui ne présentent pas de contre-indications à la chirurgie (dépendance à l'alcool...) et à l'anesthésie générale.

« Méthode mixte qui associe réduction de l'estomac et ajout d'une dérivation intestinale, c'est la technique la plus pratiquée, le gold standard », commente le Dr Abita. « Elle donne les meilleurs résultats sur le long terme, même si c'est la plus difficile à réaliser et la plus restrictive pour le patient : elle entraîne plus de déficit vitaminique et nécessite des apports de vitamines quotidiens pour compenser. »

Technique restrictive et malabsorptive, elle permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin.

Une autre possibilité est de recourir à une dérivation biliopancréatique. Réservée à des cas très graves, plus complexe à mettre en œuvre, elle est aussi plus contraignante pour le patient et présente un risque important de carences nutritionnelles qui expliquent que notre CHU n'y ait eu recours qu'exceptionnellement.

Et demain ?

« On peut tout à fait vivre sans estomac. Des patients atteints de cancer doivent parfois subir une gastrectomie totale... et certains professionnels posent aujourd'hui la question de sa pratique pour les patients obèses. » explique le Pr Gainant. Pour le Dr Abita, « si le poids de la population en France évolue comme aux Etats-

CHIRURGIE BARIATRIQUE CHIFFRES

- 1 à 3 heures d'intervention
- 2 à 10 jours d'hospitalisation selon les techniques et le déroulement
- 2 semaines d'arrêt minimum pour le patient opéré

ETRE ÉQUIPÉ EN CONSÉQUENCE

On ne peut pas prendre en charge une personne obèse si on n'est pas spécifiquement équipé : lits plus larges (pour personnes de 300 kg, voir 500 kg), tables d'opération et fauteuils roulant adaptés, trocards plus longs, ascenseurs aux portes " XXL ", véhicule de transport « sur mesure » (treuil, porte élargie, plancher, banquette et rampe spécifiques), etc. Des contraintes qui sont aussi très fortes côté imagerie où IRM et scanner ne peuvent pas accueillir des patients obèses s'ils ne sont pas spécifiquement conçus pour...



Opération sous cœlioscopie



Séance de gym pour personnes obèses



Unis, la chirurgie se développera, en particulier les bypass. Les autres pistes ? Une expérience de pacemaker gastrique pour créer artificiellement une impression de satiété est en cours en France, les laboratoires cherchent aussi la molécule anti-obésité... ».

Des opérations qui nécessitent un suivi post-opératoire particulier

Des hémorragies, des infections profondes (fistules...), des carences vitaminiques peuvent apparaître après une opération. Les chirurgiens travaillent donc étroitement avec le service de réanimation, les nutritionnistes et les endocrinologues pour que ce suivi soit efficace. « *Il nous arrive aussi de recevoir des patients ayant subi une intervention bariatrique dans un autre établissement et qui connaissent des complications sérieuses (migration d'anneaux dans l'estomac...).* Mais c'est là une mission de recours naturelle pour un CHU. » ajoute le Pr Gainant.

Reconstruire

Une personne obèse qui a perdu du poids se retrouve avec ce que l'on appelle des « tabliers », ces excédents de peau qui pendent et peuvent être très disgracieux. Le patient qui le souhaite peut demander au médecin de soumettre un dossier d'entente préalable à la CPAM pour bénéficier d'une opération pour enlever ce surplus de peau par une dermolipéctomie. Si l'accord est donné, un chirurgien viscéral (le Dr Abita sur Dupuytren) peut réaliser cette intervention sur les peaux distendues du ventre, des bras ou des cuisses, et des chirurgiens spécialistes

au niveau des seins (gynécologie – le Dr Mollard pour notre CHU), ou du visage (maxillo-facial – le Dr Brie pour notre CHU).

Des interventions qui ne se font que longtemps après l'opération bariatrique. Le Dr Abita : « *Il faut que le patient ait perdu le maximum de son excès de poids - soit environ un an après l'intervention bariatrique. Puis, on attend encore 6 mois, délai pendant lequel le patient reprend souvent un peu de poids, puis encore 6 mois pour que ce poids soit stabilisé. Une dermolipéctomie se fait donc environ deux ans après l'intervention bariatrique.* »

Le chirurgien réalise ensuite des points pour resolidariser les peaux. Le patient reste hospitalisé 5 jours après l'intervention : trois jours alité en position « bateau » (tête et pieds surélevés) afin de laisser la peau se détendre, deux jours pour surveiller la suture. ■

Se réconcilier avec son image corporelle peut passer par la reprise d'une activité physique



nos patients témoignent...

« AU CHU JE ME SUIS SENTIE HUMAINE »

Chrystelle Maugret a 33 ans. En quelques années, suite à deux accouchements et une attitude alimentaire compulsive, son poids a « explosé », passant de 63 à 114 kilos (pour 1m67). Elle a décidé de suivre la prise en charge pluridisciplinaire proposée par notre CHU. Elle pèse aujourd'hui 56 kilos. Et elle revit.

Quel a été le chemin vers la prise en charge de votre obésité ?

Après de premiers contacts décevants ou inadaptés ailleurs, j'ai pris rendez-vous avec le service de médecine interne B et endocrinologie du CHU.

J'y ai suivi le chemin classique : hospitalisation de 5 jours, prise en charge pluridisciplinaire... l'écoute et les discussions ont été permanentes. J'ai été suivie sans dépassement d'honoraires pendant un an et demi avant de me faire opérer par by-pass. Au CHU, je me suis sentie humaine.

Toute l'équipe a été remarquable, jusqu'aux personnes qui pratiquent les soins de socio esthétique et de bien-être qui m'ont fait énormément de bien. D'ailleurs, plusieurs mois après mon opération, je suis encore en contact avec le Dr Lopez, le Dr Abita et Mme Grizon, la psychothérapeute qui s'informent toujours de ma santé.

Pouvez-vous nous parler de l'opération ?

C'était le 21 octobre 2008. Je n'oublierai jamais cette date. C'est l'opération de la renaissance. J'ai eu un by-pass réalisé par cœlioscopie. J'avais surtout peur de l'anesthésie et malgré toutes les explications, c'était pour moi l'inconnu. Bien sûr le post-opératoire est difficile. Je suis restée 3 jours en soins intensifs, sans autre alimentation que celle de la perfusion. Après, il faut réapprendre à manger. Comme un bébé : avec des purées, des mixés/mélangés. L'estomac étant plus petit et ne brassant plus les aliments comme avant, il faut mastiquer à outrance. Cette intervention entraîne aussi des carences vitaminiques, et malgré les prises de vitamines quotidiennes, après l'opération on est très fatigué. J'ai eu la chance de ne pas avoir besoin de chirurgie

réparatrice... ma peau s'est retendue. Par contre, j'ai eu cet hiver un ulcère de l'intestin, conséquence de ma chirurgie bariatrique. Mais j'ai été opérée avec succès, c'est oublié.

Et aujourd'hui ?

Ce n'est que du positif (*grand sourire*). J'ai retrouvé le plaisir de choses simples : aller dans des magasins de vêtements, manger une glace dans la rue, des choses que le regard des autres m'interdisaient. Même chez moi, j'ai retrouvé le plaisir de manger puisque je ne culpabilise plus. Je cours avec mes enfants, je monte des escaliers sans être essouffée...

Que pense votre entourage de votre nouvelle ligne ?

Mon mari est plus jaloux qu'avant, mais il est ravi. Il a retrouvé la femme dont il était tombé amoureux. Pourtant, comme mes enfants, il n'était pas favorable à une opération. Ils avaient peur pour moi. Un oncle m'a pris pour ma sœur quand il m'a revu. Mes collègues n'en reviennent pas... Après, lorsque l'on est obèse, on s'efface, le caractère se met entre parenthèses. Quand on a maigri, on se réaffirme. Ça peut surprendre.

Qu'est-ce qui est perfectible dans la prise en charge que vous avez suivie ?

Honnêtement peu de choses. Mais gardez cette écoute et ce travail associant tous les professionnels. Vous devriez juste proposer au patient de mieux informer ses proches, lui expliquer ce qu'implique ce type de prise en charge aux différentes étapes, tant d'un point de vue physique que psychologique. Ce serait un soutien pour le patient et pour son entourage.



Chrystelle Maugret peut à nouveau manger des sucreries sans crainte du regard des autres

EN
SAVOIR

Ministère de la Santé et des sports : www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

HAS: www.has-sante.fr

Enquête ObEpi-Roche 2009 : www.roche.fr

Collectif national des associations d'obèses : www.cnao.fr

Allegro fortissimo : www.allegrofortissimo.com

Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) : www.gros.org

Hermès, rubrique « documenthèque », tapez « Clan »

« C'est ma façon à moi de donner quelque chose »

Dominique Lissandre est chauffeur au transport logistique de notre CHU depuis 2004. Au-delà de son activité hospitalière, Dominique a une deuxième vie... de Pompier de l'Urgence Internationale (PUI). A ce titre il est parti 15 jours à Haïti, suite au séisme qui a ravagé le pays.



Parlez-nous de votre activité extra-professionnelle...

Je suis pompier volontaire depuis 20 ans au centre de secours d'Ambazac. Je suis également pompier de l'urgence internationale. Nous avons créé cette association en 2004, nous étions 4... Maintenant, nous sommes 87 ! On intervient sur tout ce qui est catastrophe naturelle dans le monde. On dispense également de la formation aux pompiers étrangers à nos techniques, dans leur pays. Car nous avons, en France, l'une des meilleures techniques de secours au monde.

Qu'est-ce qui vous a poussé à partir à Haïti ?

L'engagement PUI ! On est fait pour aller faire de l'urgence. On est là pour partir aider les gens, plus particulièrement sur les tremblements de terre. Et à Haïti, ils avaient besoin de nous... La seule contrainte : pouvoir prendre ses congés sur le moment et partir rapidement. Mon responsable et mes collègues ont été très conciliants. Tout le monde a eu cet élan de solidarité, et çà, c'est énorme ! Après, c'est le cœur qui parle... J'ai toujours aimé aider les autres. Mais quand on part, on ne sait pas si on reviendra...

Qu'avez-vous découvert en arrivant ?

L'horreur. La saleté, l'odeur qui était insupportable. Tout était écrasé. Il y avait des milliers de gens dans la rue. J'ai vu des choses terribles, ça reste au fond de moi. Je savais que je parlais dans l'horreur, mais je n'imaginai pas que ce serait à ce point. Ce qui m'a beaucoup marqué, ce sont les enfants qui ont perdu leur famille. Ou ces gamins qui courraient vers nous, et nous montraient leurs ventres, pour nous dire qu'ils avaient faim, mais on ne pouvait rien leur donner.

Quelle était votre mission sur place ?

L'équipe qui nous a précédés venait d'arrêter les recherches de survivants. Notre mission, c'était d'aller dans les villages où ils n'avaient vu personne depuis le séisme. La route reliant Port-au-Prince à Jacmel était détruite. Nous sommes partis faire des soins là bas. Des soins de plaies, de fractures... C'était les premiers secours. On a soigné 1 600 personnes en 15 jours. Celles qui étaient dans un état plus critique étaient évacuées sur l'hôpital canadien.



Atterrissage de l'équipe sur la plage de Jacmel

Vous-vous sentiez en sécurité ?

Après 18h, on ne sortait plus. Un jour, nous roulions avec des camions blancs Handicap International. Les habitants ont cru qu'on emmenait de la nourriture. En 5 minutes, on était encerclé. J'ai eu peur ! Heureusement, qu'on avait avec nous un pompier haïtien. Il leur a parlé en créole « *ils sont là pour vous soigner* », et tout s'est bien passé. C'est pour ça qu'on n'avait pas de nourriture avec nous, car on ne pouvait pas manger devant eux qui n'avaient rien. On ne mangeait que le soir de retour au

poste du PAM*... c'était épuisant.

Comment les haïtiens vous considéraient ?

Avec un très grand respect, on était les sauveurs. ENFIN, ils voyaient quelqu'un qui les soignait ! Partout ils nous remerciaient. Ils n'avaient rien à manger et pourtant, certains nous offraient des noix de coco pour nous remercier.

Vous les admirez ?

On les soignait, on les recousait à vif... et ils ne se plaignaient pas. Je me souviens d'enfants qui avaient les bras brûlés, on leur enlevait la peau calcinée au scalpel, et ils ne disaient rien, pas un pleur. Je trouve qu'ils ont eu beaucoup de courage.

On se sent comment à son retour d'avoir fait ça ?

Je suis fier de l'avoir fait ! Mais on n'en revient pas indemne. On a vécu la peur, l'horreur, et revenir ici c'est difficile, on a l'impression d'être dans un autre monde. On a du mal à retomber sur terre, mais ça revient vite.

D'autres projets ?

Oui. Grâce aux dons, on va revenir à Haïti, afin d'y créer un dispensaire et un centre de pédopsychiatrie. On va également offrir un poste médical avancé et un camion aux pompiers de Jacmel.

Pourquoi avoir besoin de faire ça ?

C'est le besoin d'aider les autres. C'est ma façon à moi de donner quelque chose. Le plaisir d'entendre mon fils dire « *Papa, je suis fier de toi* ». J'ai pensé à arrêter, mais je n'y arrive pas. J'ai peur de m'ennuyer ! (sourire) ■

* Programme Alimentaire Mondial



DR ANNE-LAURE FAUCHAIS

« On n'est pas tous psychotiques, morphinomanes... »

Le Dr Anne-Laure Fauchais est praticien hospitalier dans le service de médecine interne A et polyclinique depuis 2002. Passionnée par son activité, elle nous fait découvrir son univers d'interniste...



« Dès le départ on sait qu'on a un internat long, pas d'installation possible en ville. Donc, ce choix il faut l'assumer. »

Quelle est votre spécialité ?

Je suis interniste. La médecine interne est une spécialité mal connue qui a deux volets. Un volet de médecine globaliste, polyvalente, poursuite hospitalière de la médecine générale. On prend en charge des patients polyopathologiques, des cas où il n'y a pas d'orientation diagnostique d'organe, on prend le patient dans sa globalité. On s'occupe également des grands syndromes, comme l'anémie, la fièvre, l'altération de l'état général... Le deuxième volet, c'est les maladies systémiques, les maladies rares, inflammatoires et les maladies auto-immunes. Il y a deux types de maladies auto-immunes : celles qui ne touchent qu'un organe, comme la sclérose en plaque, qui touche le cerveau, et donc dépend de la neurologie, mais il y a aussi celles qui ne sont pas spécifiques d'un organe et pour lesquelles il y a une prise en charge globale du patient, que nous suivons en médecine interne. Les grandes maladies auto-immunes dont on s'occupe sont le lupus, la maladie de Gougerot Sjögren¹, la sclérodermie², la polymyosite³...

Interniste, ça fait penser à interne...

Il arrive qu'on pense que vous êtes l'interne ?

Ça arrive tout le temps ! Interniste, les gens ne savent pas ce que c'est, il faut leur expliquer. Pourtant, nous avons l'internat le plus long des spécialités médicales : 5 ans d'études. Mais maintenant ça, va mieux... car il y a la série télé « Dr House », qui est interniste. Mais on n'est pas tous misanthropes, morphinomanes et boiteux ! (sourire)

Pourquoi ce choix ?

Parce que je suis passée en tant qu'externe dans le service du Pr Liozon et du Pr Vidal et que ça m'a passionnée ! J'aime les deux versants de la spécialité : le côté démarche diagnostique, très stimulante, la prise en charge globaliste et de post-urgences avec la polyclinique médicale en interface avec la médecine générale ambulatoire et le côté passionnant de la prise en charge de maladies systémiques, auto-immunes...

Il faut être bon en tout ?

Je ne dirais pas ça comme ça... Il faut avoir des connaissances de base sur les organes et les principales pathologies d'organes. On ne peut pas remplacer les spécialistes d'organes, on travaille en collaboration avec eux.

Pourquoi faire appel à un médecin interniste, plutôt qu'à un ou des spécialistes d'organes ?

Soit il n'y a pas de point d'appel sur un organe particulier, on est alors dans le cadre de la démarche diagnostique et le médecin généraliste fait appel à nous. Soit, le diagnostic d'une maladie causale plurisystémique est fait, et il faut une prise en charge globale pour optimiser la prise en charge.

Médecine interne, médecine générale : rapport et différence ?

La médecine interne, c'est à la fois de la médecine généraliste d'excellence hospitalière, mais c'est aussi la seule spécialité où on s'occupe de maladies systémiques, rares ou auto-immunes, ce qu'on ne fait pas en médecine généraliste.

Vous faites aussi de la recherche ?

Côté recherche clinique, je participe à des travaux sur la prise en charge des patients qui ont des maladies auto-immunes ou l'optimisation de la prise en charge de grands symptômes comme la fièvre au long court : c'est le cas avec le PHRC national du Dr Ly en collaboration avec le Pr Monteil sur l'utilisation du PetScan chez les patients qui ont des fièvres au long court. J'ai déposé un PHRC national avec le Pr Laurent Magy sur le syndrome de Gougerot Sjögren. En recherche fondamentale, je continue les travaux débutés pendant ma thèse, sur les rapports qui peuvent exister entre stress, troubles de l'humeur et les maladies auto-immunes. Je continue les projets de recherche transversaux avec d'autres centres hospitaliers français, sur l'éducation et la prise en charge des maladies auto-immunes. Des projets de recherche, j'en ai plein...

Si vous n'aviez pas choisi cette spécialité, laquelle auriez-vous choisie ?

J'ai longtemps hésité entre médecine interne et chirurgie viscérale en 2^{ème} et 3^{ème} année. Mais après, le choix de la médecine interne s'est imposé ! J'ai choisi médecine interne en priorité, je n'ai pas formulé d'autres vœux. Il n'y avait pas de joker. Dès le départ on sait qu'on a un internat long, pas d'installation possible en ville. Donc, ce choix il faut l'assumer.

Et si vous n'aviez pas été médecin, quel autre métier, auriez-vous voulu faire ?

J'aurais bien aimé travailler dans l'artistique, le design. Mais, ce n'est pas incompatible, l'autre (l'artistique) peut être un hobby. Je peins, je fais du piano et pleins d'autres choses... ■

¹ Le syndrome de Gougerot-Sjögren est une maladie auto-immune systémique caractérisée par une atteinte des glandes exocrines, en particulier des glandes lacrymales et salivaires. La maladie touche 0,2% de la population, plus souvent les femmes que les hommes.

² La sclérodermie est une maladie qui, dans sa forme localisée, provoque des anomalies de la peau.

Sous forme généralisée (sclérodermie systémique), elle attaque de nombreux organes et notamment le cœur (coronaropathie), les poumons et le rein (néphropathie vasculaire).

³ La polymyosite ou dermatopolymyosite est une connectivite caractérisée par une inflammation et une dégénérescence des fibres constituant les muscles squelettiques. Maladie incurable et souvent récidivante.

source : fr.wikipedia.org

« J'ai été prise dans l'engrenage de ce métier fascinant »

Bernadette Jabiol est Permanencière Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) au centre 15 depuis 1976. Son calme et sa grande sagesse acquis avec l'expérience, lui permettent de gérer au mieux les appels les plus urgents.



« ...la mort subite du nourrisson. Ce n'est pas facile à gérer. C'est la hantise de toutes les jeunes qui débutent... et moins jeunes. »

Pourquoi avoir choisi le milieu hospitalier ?

On m'a proposé ce poste. Je l'ai accepté... Et j'ai été prise dans l'engrenage de ce métier fascinant... J'ai dû tout apprendre. Je ne connaissais pas le vocabulaire médical. J'ai appris sur le terrain et grâce aux formations complémentaires.

Quel est le rôle du PARM ?

Le PARM reçoit l'appel de l'urgence. Toute demande de médecin, d'ambulance, de conseil et de détresse réelle, pour la Haute-Vienne est centralisée par le 15. Notre rôle est d'orienter l'appel vers le médecin le plus adapté : médecin du Samu 24h/24 ou médecin généraliste de garde la nuit et le week-end. On doit savoir analyser une situation et prendre la bonne décision en un minimum de temps... sans faire d'erreur.

C'est beaucoup de responsabilité ?

Toute erreur peut être fatale. Tous les appels sont enregistrés. En cas de problèmes médicaux-légaux, on peut être entendu, au même titre que le médecin.

Vous avez l'impression que votre rôle participe aux premiers gestes d'urgences ?

Oui, notre participation est essentielle. On doit retranscrire au médecin les premiers propos du patient, sans faire d'interprétation. Le centre 15 peut traiter jusqu'à 700 appels par jour. On traite de la " grosse " ou de la " petite " urgence, en passant par les malades psychiatriques et ceux qui

ont bu. Les personnes appellent affolées. Il faut les calmer et leur poser des questions précises. Ne surtout pas les laisser s'embrouiller dans leur propos. Pour nous ce qui est primordial, c'est l'adresse. On passe parfois 5 minutes pour l'avoir.

Pour quelles situations vous appelle-t-on le plus ?

Des accidents de la route. Des accidents du travail. Au niveau médical, les problèmes cardiaques et œdèmes pulmonaires. Mais aussi les tentatives de suicide, ou tout simplement une demande de conseil médical.

La majorité des appels concernent réellement des situations d'urgences ?

Tous les gens qui font le 15, ont un besoin. Dire que tous les appels sont vraiment urgents... non. Mais pour eux, c'est urgent. Ça peut être un appel de détresse... Il ne faut en négliger aucun.

Comment arrivez-vous à évaluer le degré d'urgence des situations ?

Par habitude. Avec expérience... et grâce à des protocoles préétablis. Et dans l'ensemble, je n'ai pas l'impression qu'on se trompe beaucoup. Il faut se méfier de la voix. Des fois, des gens appellent affolés et ce n'est pas grand-chose. A l'inverse des gens ont l'air calme, et, c'est gravissime. Par exemple les personnes du milieu rural, qui sont des personnes assez " dures ".

Avez-vous vu évoluer la détresse vitale en détresse sociale ces dernières années ?

Oui, il y a quand même une détresse sociale. Beaucoup plus qu'il y a 10 ans je trouve. Il y a de plus en plus de gens qui appellent, car ils sont seuls. Surtout des personnes âgées. Ou des gens qui ont un suivi psychiatrique et qui éprouvent le besoin de nous appeler. Ils se trouvent une excuse, pour parler... Surtout la nuit. Si c'est en journée, on leur conseille de contacter leur médecin généraliste. Sauf si on ressent un acte suicidaire, ou qu'on entend « je vais me foutre en l'air ». Là, on les passe directement au médecin du SAMU.

Vous n'avez pas de frustration, de ne pas pouvoir aller sur le terrain ?

Frustration ? Non ! D'abord, je ne sais pas ce que j'irais y faire. Il y a le médecin, l'infirmière et l'ambulancier pour ça. Chacun, son métier. Et c'est très bien comme ça ! Sur un plan rouge, ce que l'on peut faire, c'est la gestion du secrétariat catastrophe. Je l'ai fait plusieurs fois... en exercice. Et c'est très intéressant !

Votre pire souvenir... et le meilleur ?

J'ai toujours aimé faire ce que je fais. Et je le fais avec passion. Il n'y a ni pire, ni meilleur moment. C'est une constante dans le travail. Bien sur, il y a des choses tristes... Par exemple, la mort subite du nourrisson. Ce n'est pas facile à gérer. C'est la hantise de tous les jeunes qui débutent... et moins jeunes. Mais nous sommes là pour ça. ■

JOSETTE PERICAT

« C'est notre passé et elle a tracé notre avenir »

Josette Pericat exerce sa fonction d'infirmière en USLD à l'hôpital Dr Chastaingt. Depuis 30 ans, elle s'occupe des personnes âgées, dans le plus grand des respects...



“ Le jour où il n'y aura plus d'humanité dans un hôpital, on ne sera plus un hôpital, on sera une usine. ”

Pourquoi avoir choisi d'être infirmière ?

Je voulais être mécanicienne moto... ou infirmière ! Et j'ai choisi infirmière ! Ça paraît un peu stéréotypé, mais... on fait ce métier, car on a envie et besoin de le faire. On a ça dans nos gènes. L'envie de donner aux autres. On fait ce métier dans le but d'être utile. On ne fait pas ça pour la reconnaissance. Soigner les autres, c'est peut-être soigner ses propres blessures...

Qu'est-ce qui est différent ici en gérontologie ?

En gérontologie, c'est le social et l'humain qui priment. On travaille au long terme, car les patients restent longtemps, parfois plus de 10 ans... Ils arrivent avec leur vécu. Alors, il y a un lien qui se crée avec eux et leur famille. Les personnes âgées, il y en a dans tous les services, mais ils n'arrivent pas chez nous dans le même objectif. Ce n'est pas pour le curatif. Ils viennent ici dans le but palliatif. On est plutôt dans le " prendre soin ".

Qu'est-ce qui vous plaît ici ?

La personne âgée me plaît beaucoup. On lui doit un très grand respect. C'est notre passé, et, elle a tracé notre avenir. On lui doit notre éducation. Et elle est laissée pour compte dans cette société qui véhicule une image de beauté. On nous montre la personne âgée qui va bien, mais malade, elle n'intéresse pas grand monde. Elle a le droit d'être reconnue. Et on est là pour ça.

C'est valorisant, professionnellement

de travailler en gérontologie ?

La personne âgée est pluri pathologique. Elle a des problèmes neurologiques, digestifs, locomoteurs... C'est tous les jours une remise en question des connaissances. Les pathologies et les traitements évoluent, il faut se tenir au courant. C'est très intéressant. On est à la fois soignant, assistante sociale, confident, animateur... On n'est pas que l'infirmière qui arrive avec sa pique à la main.

On s'attache... ?

On est professionnel... mais bien sûr qu'on s'attache, car ils sont des êtres humains. D'autant plus qu'il y a des personnes qu'on garde plusieurs années. Pour certains, nous sommes leur seule famille, leur seul lien vers l'extérieur. Donc bien sûr qu'on s'attache. Nous ne sommes pas des robots. Le jour où il n'y aura plus d'humanité dans un hôpital, on ne sera plus un hôpital, on sera une usine. Il y a le résident dans le lit, mais il y a aussi sa famille, qui vous ramène à votre propre famille. On essaie de les accompagner le mieux que l'on peut. On ne peut pas être indifférent. J'ai pleuré plus d'une fois et je me reconnais ce droit. Ce n'est pas de la faiblesse.

Ces résidents...

qu'est-ce qu'ils vous apportent ?

Ils nous apportent plein de choses par rapport à leur histoire. Ils ont vécu la guerre. Ils nous rappellent certaines valeurs. Si on est auprès d'eux, c'est qu'on les aime. Et ils savent nous le rendre par une bise, un sourire, une main posée sur la notre. Je trouve que j'ai beaucoup grandi humaine-

ment auprès des personnes âgées. Ça ne fait pas vieillir contrairement à ce que l'on peut penser !

Vous-vous projetez dans votre propre vieillesse ?

Sincèrement, je n'ai pas peur de la vieillesse. Si je vieillis bien, ça ne me dérange pas du tout ! Ce qui fait peur à tout le monde, ce n'est pas de vieillir, mais d'être malade. C'est de laisser un jour ceux qu'on aime dans la peine.

La fin de vie... comment ça s'aborde ?

Pour qui que ce soit, ça égratigne. Ça ne laisse jamais indifférent. On l'aborde tous différemment. Ça dépend du jour, de comment on est dans sa tête à ce moment là, de notre vécu, de notre expérience, des relations qu'on avait avec le résident... Si tout se passe bien, si la fin de vie est « confortable », si on arrive à décrypter toutes les demandes, si on a préparé la famille à ce décès... ça passe un peu mieux. Si par contre, on est passé à côté de quelque chose, qu'on n'a pas soulagé la personne, si on n'a pas compris quand elle nous faisait un signe : là c'est terrible. Il faut énormément discuter avec eux, car on arrive à décrypter beaucoup de choses... des choses qui pouvaient paraître anodines à la famille. Ils nous font entrer dans leur intimité, mais on garde le secret professionnel. Souvent, on les connaît beaucoup mieux que leur famille. C'est normal, on est là 8 heures par jour, 200 jours par an ! Alors durant cette fin de vie, on retranscrit tout ce qu'ils nous ont dit pendant qu'ils étaient là... ■

MICHEL LAFORCADE :

“ Nous devons avoir une obs et de la qualité des pres

« Ailleurs » ne vous emmène cette fois pas très loin puisque nous vous proposons une interview du directeur général de la toute nouvelle ARS (Agence Régionale de Santé) Limousin, M. Michel Laforcade. Quelles sont les missions de ses équipes, quelle est sa vision du secteur sanitaire et social en Limousin, comment perçoit-il notre CHU ? Autant de questions auxquelles M. Laforcade a accepté de nous répondre début janvier, 3 mois avant l'acte de naissance officiel de cette nouvelle autorité.



Quel est votre parcours professionnel ?

Mon parcours est d'un grand classicisme dans le secteur sanitaire et social : j'ai suivi une formation de juriste, puis Sciences Po, je suis sorti de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) en 1978, j'ai évolué en Ddass, et je suis devenu directeur de Ddass en 1991. Seule « originalité » : j'ai été en charge de la gestion d'un établissement social pendant 4 ans : un institut national de jeunes sourds.

Quand l'ARS Limousin sera-t-elle vraiment opérationnelle ?

La loi prévoit une mise en place au plus tard en juillet 2010. Le ministère souhaite que l'ARS Limousin soit opérationnelle dès avril : elle le sera. Nous ne serons aux commandes qu'à cette date. Pour l'instant, nous recrutons, réfléchissons à nos orga-

nisations, prenons contact avec les différents acteurs.

Comment se structurera-t-elle ?

Nous serons situés dans l'immeuble qui accueille actuellement Dass et Drass. Avec les deux délégations en Creuse et Corrèze, nous serons environ 200 collaborateurs. Les équipes de l'actuelle ARH (hormis la direction), les 3/4 des effectifs actuels des Ddass et Drass, et certains services de l'assurance maladie (la totalité de l'Urcam, une partie de la Cramco et de la direction régionale du service médical) travailleront ensemble à l'ARS.

Comment va se matérialiser cette cohérence de pilotage du système de santé dévolu aux ARS ?

La fédération sous une seule entité de ces activités précédemment « éclatées » doit permettre de développer une culture commune à toutes. Le regroupement des missions qui relevaient de l'ARH, des établissements médico-sociaux, de la santé publique et les compétences de la médecine libérale liée à la permanence des soins au sein de l'ARS va permettre ce pilotage.

Quels sont les projets prioritaires que vous avez identifiés pour notre région ?

Ils sont liés aux problématiques que j'ai identifiées à ce jour (ndlr : le 11 janvier 2010, date de l'interview).

La notion de masse critique va être omniprésente. Le Limousin est une région « peu peuplée » au sein de laquelle ce critère va être de plus en plus important pour le médico-social et pour la médecine (nombre minimum d'accouchements, d'actes pratiqués, de file active de patients...). Si on veut préserver ou renforcer les chances d'accès

aux soins à la population Limousine il faut développer les actions de mutualisation. Je me retrouve totalement dans les rapprochements public/privé opérés à Brive et Guéret.

Le rôle de « tête de réseau » déjà tenu par votre CHU doit encore s'affirmer. Je pense notamment à la radiothérapie. Il faut étudier toutes les pistes en ayant une vision offensive : peut-on mutualiser les moyens et les compétences - ce qui ne veut pas dire nécessairement regrouper les offres pour être plus performant dans notre service à la population ? Les groupements de coopération médico-sociale et les offres de service doivent participer à la pérennité de qualité des prises en charge, et, c'est essentiel, à l'attractivité des personnels médicaux, soignants, médico-sociaux.

La région n'est pas en mauvaise posture démographique : la moyenne de médecins par habitant est dans celle de l'hexagone. Mais...1/3 des médecins libéraux ont plus de 55 ans. Ce n'est pas neutre pour un avenir proche...

Un autre défi nous attend : nous devons avoir une obsession, je dis bien une obsession, de la bienveillance et de la qualité des prestations pour les patients. Je veillerai pour cela au respect scrupuleux des textes. Des outils existent : contrats de séjour, conseil de vie social... le CHU connaît bien tout cela. Nous nous assurerons que la formation à la bienveillance est une priorité, que les procédures sont bien en place. Au besoin, l'ARS pourra construire de nouveaux référentiels qualité avec les établissements.

Quelle est votre perception du CHU de Limoges ?

Au stade de mes premières rencontres avec M. Siahmed, avec le Pr Mouliès,



ession de la bientraitance tations pour les patients”



avec le Pr Valleix et avec M. Roerhich, directeur de l'ARH Limousin, je perçois le rôle majeur du CHU de Limoges dans sa région. Plus que d'autres CHU dans la leur. Je viens de la région Aquitaine : les CH de Pau ou Bayonne n'ont absolument pas besoin d'un CHU au quotidien, comme peuvent l'avoir les établissements du Limousin. Les actions dans nombre de centres hospitaliers de la région Limousin ne seront maintenues que par l'aide du CHU : mise à disposition de personnel, « caution scientifique et médicale »...

Un autre élément me réjouit : le CHU de Limoges a une gestion financière rigoureuse. Contrairement à d'autres, vous ne présentez pas de déficit important. Cette gestion est une chose à laquelle je tiens énormément et qui apporte d'autant plus de crédits à vos demandes de financement.

Quels sont de votre point de vue « ses grands défis » pour les années à venir ?

En préambule, je souhaite préciser que les relations entre notre ARS et votre CHU s'inscriront dans la lignée des rapports de confiance qui étaient les vôtres avec l'ARH.

Je connais les importants programmes architecturaux programmés par votre CHU. Ils me paraissent sous-tendus par de vrais projets de soins, loin des projets pharaoniques présentés ailleurs, plus mesurés que certains envisagés en d'autres temps. Pour ces raisons, je serai votre avocat pour que vous obteniez les aides nécessaires à la réalisation de ces projets.

Je souhaite le développement de vos activités de recherche. Le CHU de Limoges a eu des labellisations Inserm pour ces

équipes en se positionnant sur des projets originaux et en y consacrant des moyens adaptés. Il faut pérenniser cela.

Je rappelle aussi que tous les CHU sont d'abord des hôpitaux de proximité. C'est 90 % de votre activité. Il faudra donc développer encore votre investissement dans la vie de la cité en mettant l'accent sur la santé publique, la prévention et l'éducation thérapeutique pour toute la population.

« Soigner et prendre soin » ne s'opposent pas, le second fait partie du premier. Les conventions de 35 pages sur la bientraitance ne m'impressionnent pas. Ce qui m'intéresse, par exemple, c'est que l'on soit capable de me dire ce qui change positivement et concrètement pour une personne âgée qui a été opérée pour une fracture du col du fémur et qui s'appête à rentrer chez elle : a-t-elle de la famille pour s'occuper d'elle ? Pourra-t-elle s'alimenter ? Ses soins à domicile sont-ils prévus ? Comment l'aidons-nous ?

Vous avez un autre message à faire passer aux hospitaliers ?

Oui, et ce n'est pas une figure de style : ma porte sera toujours ouverte. Je souhaite vous rencontrer, que nous travaillions ensemble sur des partenariats, que nous mutualisions nos réflexions. Bien sûr, j'arbitrerai, c'est mon rôle, mais je veux développer cette concertation. J'accepterai d'ailleurs autant que mon agenda le permettra, toutes les invitations à aller dans les hôpitaux et dans les services : je veux les visiter, parler avec vous sur vos lieux de travail, dans votre réalité quotidienne... Je suis dans une région dont la taille le permet. Je ne souhaite pas me priver de cette chance. ■



Aménagement d'une rivière artificielle par l'équipe des jardiniers,
hôpital de la mère et de l'enfant - 9 avril 2010.
photo : Jacques Ragot



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Épargne Financement

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