

chorus

n°99
décembre 2011

le magazine
du CHU
de Limoges

Mieux connaître

LA PHARMACOGENETIQUE

AU CHU DE LIMOGES

LA DMLA (DEGENERESCENCE

MACULAIRE LIEE A L'AGE)

Dossier

Les droits des patients, point par point

Ailleurs

2011 : L'AP-HP ENGAGEE

EN FAVEUR DES DROITS DES PATIENTS

Rencontres

Dr RAPHAEL JALLAGEAS

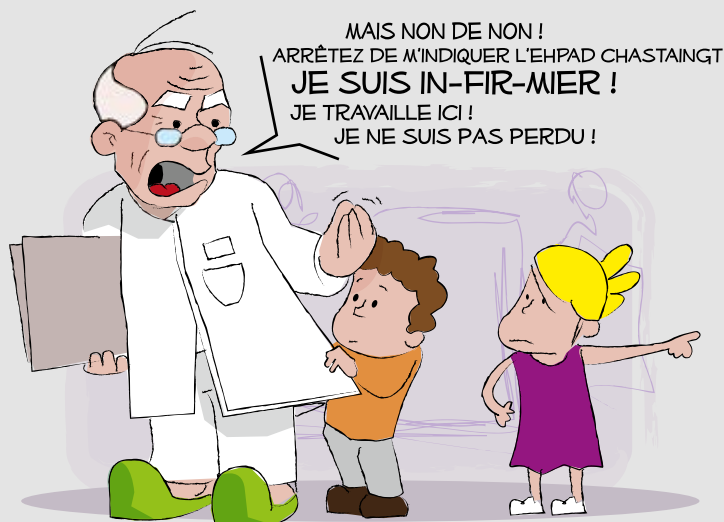
KARINE MUTEL

VERONIQUE PRAGOUT

Pr FRANCOIS DENIS

Dr STEPHANIE PETITPAS





08
 RECLASSEMENTS
 INFIRMIERS
 ET RÉFORME
 DES RETRAITES,
 LE POINT SUR
 NOTRE HÔPITAL

Sommaire

18 | dossier

Les droits des patients, point par point

29 | rencontres

- 29 | Dr Raphael Jallageas
- 30 | Karine Mutel - Véronique Pragout
- 32 | Pr François Denis
- 33 | Dr Stéphanie Petitpas

33 | ailleurs

Pôle régional de cancérologie de Poitiers :
 les patients au cœur du dispositif de soins

34 | ressources humaines

Concours - Promotions - Carnet

36 | l'image

Zinédine Zidane rend visite aux enfants hospitalisés en onco-hémato pédiatrie, hôpital de la mère et de l'enfant, 16 novembre 2011

04 | actualités

07 | à venir

08 | mieux connaître

- 08 | Reclassements infirmiers et réforme des retraites, le point sur notre hôpital
- 10 | Blocop : les enfants n'ont même plus peur du bloc
- 11 | La pharmacogénétique au CHU de Limoges
- 12 | La DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age)
- 14 | Du côté de la gérontologie
- 15 | L'Amicale du CHU séduit
- 16 | « Cité hôpital » film documentaire sur notre CHU

17 | travaux

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

Publication du service
 de la communication

service.communication@
 chu-limoges.fr

Directeur de la publication
 Hamid Siahmed
 Rédacteurs en chef
 Maité Belacel,
 Philippe Frugier
 Secrétaire de rédaction
 Maité Belacel
 Photographies
 Phanie Presse,
 Philippe Frugier,
 Christophe Chamoulaud,
 Mise en page
 Christophe Chamoulaud
 Illustrations
 Frédéric Coiffe
 Imprimeur
 Fabrègue,
 St-Yrieix-la-Perche (87)
 Tirage
 9 500 exemplaires
 Dépôt légal
 4^{ème} trimestre 2011
 ISSN 0986-2099

éditorial

par Hamid Siahmed,
Directeur général



Notre CHU est resté plus discret que d'autres dans sa communication sur ses activités de recherche médicale, alors que PHRC nationaux et équipes labellisées se sont multipliés. En 5 ans, le nombre de structures Inserm du CHU de Limoges est passé de 0 à 4. Une performance remarquable et saluée au niveau national - et paradoxalement peut-être moins connue en interne, qui donne du corps au U de notre acronyme. Je veux donc saluer tout particuliè-

Reconnaissance de la recherche translationnelle au CHU de Limoges

ment la dynamique de notre recherche translationnelle, qui assure un continuum entre la recherche cognitive et la recherche clinique et inversement, fait poser des questions à la recherche fondamentale, dérivée de l'observation des patients. C'est avec fierté que notre CHU a récemment accueilli l'annonce de la labellisation de 2 nouvelles unités Inserm dans ses rangs. L'équipe

Avenir Inserm du Pr Ploy - qu'il conviendra d'appeler UMR 3175 Microbio résistances dès le mois de janvier, et l'UMR 3174 de neuro-épidémiologie tropicale dirigée par le Pr Preux rejoignent donc l'UMR-S850 Inserm de "Pharmacologie des immunosuppresseurs et de la transplantation" que dirige le Pr Marquet et dont la labellisation a été renouvelée. Cette réussite est aussi le résultat d'une étroite collaboration de ces équipes avec le Centre d'Investigation Clinique (CIC) de notre hôpital, structure sous la responsabilité du Dr François dont la labellisation Inserm a été renouvelée au début de l'année 2010. Mais là ne s'arrêtent pas nos ambitions de recherche : l'ensemble de ces équipes et l'unité CNRS du Pr Cogné, viennent de construire ensemble un projet de laboratoire d'excellence (Labex). Intitulé 3IS (pour Infection et Immunité sous Immunosuppression), candidat à l'appel à projets dans le cadre du programme d'investissements d'avenir. Gageons qu'il reçoive le même accueil que les précédents dossiers portés conjointement avec l'Université de Limoges. ■

La signalétique et la reprographie rattachées à la communication

L'activité de signalétique au sein du CHU (panneaux, adhésifs...) et l'atelier de reprographie précédemment sous la responsabilité du pôle Investissement et fonctions support, sont à présent rattachés au service communication. Les procédures de commande d'impression à la reprographie sont inchangées. Concernant la signalétique, nous vous rappelons que toute demande non effectuée via Pastel (sur l'intranet Hermès, rubrique "applications") ne peut être prise en compte (inscription et renseignement auprès d'informatique assistance : informatique.assistance@chu-limoges.fr ou 58501).



La reprographie du CHU

BANDEROLES ET KAKEMONOS PERSONNALISABLES



Exemple de kakemono pour l'inauguration du L2H

Jusqu'à présent les équipes de l'hôpital qui organisaient des événements, faisaient à chaque fois imprimer des banderoles ou des kakemonos (bâches verticales sur pied) pour promouvoir et signaler leur tenue. Le service communication a fait réaliser une banderole et deux kakemonos personnalisables : les trois supports seulement imprimés du logo du CHU peuvent être réutilisés à volonté en apposant/retirant des lettres adhésives simples à enlever, et que l'agent de la signalétique du CHU réalise lui-même en atelier.

Formation incendie pour le personnel mal voyant



incendie. Cette formation devrait s'étendre à l'ensemble du personnel mal voyant du CHU.

La première session de cette formation spécifique au CHU de Limoges s'est déroulée le 21 septembre dernier. Les premiers bénéficiaires sont deux kinésithérapeutes, Mathieu Méric et Jacques Cellou. Assurée par Yves Tranchant (coordinateur SPS) et Joël Rumeau (référént sécurité), son but est d'apprendre aux personnes mal voyantes comment réagir en cas de déclenchement de l'alarme

Des cartes USB aux couleurs du CHU



Toutes les entreprises ont des objets promotionnels à leurs couleurs. Plutôt que les classiques stylos, notre CHU a décidé de proposer des cartes USB. Imprimées avec le logo et des visuels du CHU, ces cartes de 2 Go proposent à côté de l'espace laissé libre pour que leurs utilisateurs enregistrent leurs fichiers, un document de présentation de notre hôpital et de la ville de Limoges. Les premiers exemplaires ont été distribués aux représentants étudiants de tous les IFSI de France.

Limoges a accueilli la 5^{ème} édition du Congrès inter-régional de la FHF



La question posée cette année était : « *L'offre de santé et médico-sociale est-elle pertinente, correspond-elle à un objectif partagé ?* » Ce thème était ouvert à l'ensemble des décideurs des établissements des secteurs sanitaire, social et médico-social. Durant ces 2 journées, des ateliers et des tables rondes ont permis de débattre sur cette question en évoquant les différentes facettes revêtues par la notion de pertinence de l'offre. Hamid Siahmed, le Pr Mouliès, Philippe Verger, le Dr Meyer et le Pr Dantoine sont intervenus en différents moments de ces journées.

Expositions...

Diverses expositions ont eu lieu au CHU ces dernières semaines, comme celles sur les Tours Gauguin ou sur le nouveau Musée des Beaux-Arts de Limoges (BAL) sur Dupuytren, ou celle consacrée à l'autisme à l'hôpital de la mère et de l'enfant.



Le centre national de relais des appels d'urgence pour les personnes déficientes auditives

Le centre national de relais des appels d'urgence pour les personnes déficientes auditives (CNR 114) est une plateforme nationale chargée depuis le 14 septembre 2011 de recevoir et d'orienter les appels d'urgence des personnes déficientes auditives vers les services publics concernés. Toutes les informations sur ce nouveau service sont en rubrique documentthèque sur Hermès.

Belle affluence pour la 1^{ère} journée de la recherche paramédicale « Grand Sud-Ouest »

La promotion de la recherche paramédicale au CHU de Limoges est une des orientations prioritaires de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-techniques du CHU de Limoges soutenue par la Direction Générale et la Direction de la Recherche et de l'Innovation. L'organisation de la 1^{ère} journée de la recherche paramédicale « Grand Sud-Ouest » le vendredi 30 septembre 2011 s'inscrivait dans cette dynamique. En réunissant 500 professionnels et étudiants en soins impliqués ou intéressés par cette thématique, elle a évidemment ouvert la voie à d'autres événements pour promouvoir cette mission.

Zinédine Zidane en visite en onco-hémato pédiatrie



Dans le cadre de sa formation au Centre de droit et d'économie du sport de Limoges, Zinédine Zidane est resté une semaine dans notre ville en novembre. Une auxiliaire de puériculture du CHU lui a écrit pour lui proposer de rendre visite aux enfants hospitalisés en hématologie-oncologie pédiatrie. Il a gentiment accepté et est

venu en toute discrétion passer une heure avec eux, pour une longue séance de photos et de dédicaces (voir aussi "la photo" en dernière page)...

Départementales de gérontologie : toujours autant de participants

Le 29 septembre s'est déroulée la septième journée départementale de gérontologie à la salle Paul Eluard à Rilhac Rancon. Organisée par le CHU de Limoges et le Conseil Général de la Haute-Vienne, en partenariat avec l'ARS du Limousin, ce rendez-vous est devenu incontournable pour les acteurs professionnels et non professionnels dans la prise en charge des personnes âgées en Haute-Vienne. « *De la fragilité à la dépendance : un éventail de réponses innovantes* » : tel était le thème de cette septième édition, qui s'est intéressée à l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux, à la télémédecine, et aux dernières innovations réalisées dans le cadre de la politique de maintien à domicile.



Inauguration Laboratoire Habitat Handicap

Le 12 octobre, le Laboratoire Habitat Handicap (L2H) situé au rez-de-chaussée de l'hôpital Jean Rebeyrol a été inauguré. Ce lieu de vie expérimental permet de réaliser à la fois le recueil du besoin en aides humaines et techniques chez la personne en situation de handicap mais également l'essai en condition des différentes aides techniques préconisées. Professionnels et partenaires institutionnels ou du secteur sanitaire et social (Autonom Lab, Legrand et la Fondation caisse d'épargne), ont été réunis par notre CHU pour visiter cet espace unique en son genre.



Un maillot pour la vie



Le jeudi 29 septembre, un goûter-dédicaces en présence de sportifs de haut niveau a été organisé dans le cadre de l'opération nationale « Un maillot pour la vie » dans le service de pédiatrie de l'hôpital de la mère et de l'enfant. Les sportifs régionaux des clubs du LABC Limoges (basket), de l'USAL (rugby), du LH87 (hand) et de l'ASPTT

natation ont participé à un goûter-dédicaces collectif, animé par l'équipe d'Un maillot pour la vie. Une après-midi ludique qui s'est prolongée au chevet des enfants hospitalisés, et qui comme à l'habitude, a offert un moment de joie aux enfants, aux parents et personnels présents.

Le robot Da Vinci aux mains des visiteurs et des médecins de ville

Le 13 octobre, le hall de l'hôpital Dupuytren a accueilli un robot chirurgical dernière génération. Prêté par la société Da Vinci, cet équipement de pointe acquis par notre CHU en 2008, a éveillé la curiosité et l'intérêt des visiteurs et des médecins de ville invités à l'occasion. Les premiers ont pu actionner les bras du robot depuis la console avec vision 3D. Les seconds, conviés le soir, ont testé le robot grâce à un logiciel spécifique, et ont échangé avec nos chirurgiens utilisateurs du robot. L'objectif était de faire connaître les indications pour les différentes pathologies et spécialités concernées : ORL, urologie, chirurgie cardiaque, chirurgie digestive, gynécologie...



QR CODES : D'ÉTRANGES PICTOS POUR FACILITER L'ACCÈS À L'INFORMATION



Depuis la rentrée, les halls de nos hôpitaux et Ehpad accueillent des affiches portant d'étranges pictogrammes ressemblant à des motifs tribaux. Nommés QR codes (« QR » pour Quick Response) ils peuvent être déchiffrés à partir d'un téléphone mobile équipé d'un appareil photo et du lecteur approprié.

Les QR codes créés par le CHU permettent d'accéder directement à des pages web d'informations pratiques pour les proches et patients de chaque site : « où trouver des fauteuils roulant à proximité ? », « quelles lignes de bus desservent l'hôpital ? », « où loger à proximité si un proche est hospitalisé ? », « comment accéder à un service de soin ? », « quelles informations pour les aidants ? »...

Première édition de la semaine de la sécurité des patients



Le Ministère (DGOS/DICOM) a organisé du 21 au 25 novembre 2011 la première édition de la semaine de la sécurité des patients. Cette manifestation doit inciter à ce que la sécurité des soins soit un élément clé d'une culture partagée entre tous : professionnels de santé, patients et usagers. Trois thèmes étaient proposés pour cette édition 2011 : bien utiliser les médicaments, agir sur les situations à risque, comprendre les indicateurs de qualité. Différentes actions se sont déroulées dans notre CHU, dont une journée d'échange intitulé « la qualité dans tous ses états » le 24 novembre.

Le 21 au 25 novembre 2011
www.usaie.gouv.fr/ssp

Marie Sengelen rejoint la DGOS



Marie Sengelen quitte le CHU de Limoges. Elle rejoint la DGOS (ministère de la santé) où elle sera adjointe au chef du bureau en charge de l'innovation et de la recherche clinique. Elle intègre donc le bureau qui gère l'enveloppe MERRI, les programmes nationaux de recherche clinique (PHRC, STIC...) et suit les structures de recherche (DRCI, CIC, CRB...) en partenariat avec les autres acteurs de la recherche en France. Marie Sengelen était au CHU de Limoges depuis

avril 2006, nommée sur un poste d'adjointe au directeur des affaires médicales et de la recherche clinique, dont elle assura l'intérim de direction de l'été 2008 au printemps 2009. Directrice en charge de la recherche et innovation et directrice au sein du pôle AFC de l'activité et de la contractualisation externe puis des missions de santé publique depuis mai 2009, Marie Sengelen a aussi été parallèlement directrice référente du pôle mère-enfant, puis du pôle cœur-poumon-rein par intérim, et enfin des pôles biologie-hygiène et santé publique.

« Maison des sourires », pour les proches des enfants accueillis dans tous nos services

Située à proximité de l'hôpital de la mère et de l'enfant, « La Maison Ronald Mac Donald » (gérée par l'association « Maison des sourires ») accueille, héberge et accompagne les familles d'enfants hospitalisés afin de maintenir le lien familial. Le seul critère nécessaire pour bénéficier de l'hébergement à la Maison est de justifier de l'hospitalisation d'un enfant dans un des services de l'hôpital de la mère et de l'enfant, mais aussi dans tout autre service hospitalier. La Maison peut également accueillir, selon les disponibilités, les papas et leurs enfants lors de l'hospitalisation d'une future maman dans un des services de maternité.

Tous les personnels du CHU souhaitant visiter la Maison peuvent prendre contact avec la directrice, Edwige Cousty ou son adjointe, Elizabeth Goins Suran au 05 55 43 69 10.



Départ de Catherine Maze

Catherine Maze a quitté la fonction de chef du pôle IFS de notre CHU pour rejoindre le CH de Bergerac en qualité de directrice en charge des Ressources humaines, des affaires médicales et de la qualité.

Bienvenue à Anne Guerveno

Anne Guerveno est la nouvelle directrice des missions de santé publique, de la recherche et de l'innovation du CHU depuis le 17 octobre 2011. Formée à Sciences Po à Paris puis à l'EHESS de 2006 à 2008, elle a exercé ensuite 3 ans et demi comme Directrice des ressources humaines au Centre hospitalier de la Côte Basque, à Bayonne.



Délégations de signature

Les décisions de délégations de signature ont été publiées. Elles sont visibles sur l'intranet Hermès en documentthèque, rubrique " Direction générale/ Documents ". Toutes décisions modificatives seront publiées dans la même rubrique.

NOUVEAU NOM

Le pôle Activité, finances et contrôle de gestion change de nom. Il s'appelle désormais Activité, finances, recherche et innovation.

Départ de Maylis Picquet



Maylis Picquet, directrice des ressources humaines non médicales du CHU de Limoges depuis le 6 avril 2009, a rejoint le CH de Montauban en qualité de directrice des achats, de la logistique et des travaux.

Bienvenue à Michel Senimon...

Michel Senimon est le nouveau Directeur des ressources humaines non médicales du CHU depuis le 7 novembre 2011. Titulaire d'un DEA de droit fondamental et européen obtenu à l'Université de Limoges, il a déroulé toute sa carrière au sein de la fonction publique territoriale et a exercé jusqu'en octobre dernier les fonctions de DRH du Conseil général des Pyrénées-Atlantiques. Il effectue aujourd'hui une mobilité fonctionnelle au sein de la fonction publique hospitalière par voie de détachement.

...et à Fabrice Averlant

Fabrice Averlant est le nouveau secrétaire général du CHU depuis le 1^{er} septembre 2011. Titulaire d'un DESS certificat d'aptitude à l'administration des entreprises obtenu à l'IAE de Poitiers et d'un Master 2 management juridique des établissements de santé obtenu à l'Université de Montpellier, il a exercé pendant près de 12 ans en tant que chargé de mission à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) du Limousin puis pendant plus de 3 ans au sein de l'équipe de direction de l'ALURAD à Limoges.



Les Victoires de la médecine fêtent leurs 10 ans

Au moment où la recherche médicale bénéficie d'un élan historique, 10 équipes d'exception ont incarné la médecine de demain lors du 10^{ème} anniversaire des Victoires de la médecine qui s'est déroulée le 26 novembre 2011, au sein de la prestigieuse université Paris Descartes présidée par le Pr Axel Kahn. Au cours de cette soirée exceptionnelle, décideurs et personnalités du monde médical ont rendu hommage aux découvreurs de génie qui donnent aux patients de nouvelles raisons d'espérer.

En savoir plus : www.victoires-medecine.com/2011



Noël 2010

Arbre de Noël de l'Amicale du CHU

Tous les adhérents à l'Amicale qui ont inscrit leurs enfants (de moins de 12 ans) lors de l'adhésion à l'Amicale pour l'année 2011 peuvent participer à cet événement. Un cadeau et un goûter sera remis à chaque enfant le samedi 10 décembre 2011 de 10 h à 18 h au restaurant du personnel de Dupuytren.

Agendas CHU

Les nouveaux agendas du CHU seront livrés la semaine du 5 décembre. Il est rappelé que les agendas 2011 vont jusqu'au 8 janvier et portent un calendrier 2012 qui permet, en attendant, de positionner de premiers rendez-vous.



Des témoignages vidéo pour promouvoir notre hôpital

De beaux parcours, des personnalités, des professionnels qui aiment leur métier et ont choisi de l'exercer dans notre CHU... le service communication commence une série de vidéos testimoniales de médecins et soignants qui offrent leur vision de l'hôpital et de leurs missions. Ces vidéos mises en ligne à partir de décembre 2011 sur l'espace recrutement du CHU et les plateformes vidéo sur le web, participeront à des actions favorisant l'attractivité professionnelle de notre CHU.

Projets Culture à l'hôpital

L'appel à projet "culture et santé 2012" a été lancé début novembre. La Région Limousin, la DRAC et l'ARS continueront en 2012 à soutenir les initiatives visant à développer la culture à l'hôpital. Les services souhaitant en savoir plus sur les actions susceptibles d'être subventionnées et la procédure à suivre pour déposer des dossiers peuvent contacter le service communication.

JOURNEES DE LA SANTE

DECEMBRE

01 : Journée mondiale du sida

www.sidaction.org

03 : Journée internationale des personnes handicapées

www.un.org/french/disabilities/index.asp

05-06 : Téléthon

www.afm-telethon.fr

Don du sang

mardi 13 décembre,
1^{er} niveau du hall d'accueil
hôpital Dupuytren
www.dondusang.net



Permanences MACSF

Restaurant du personnel -
Hôpital Dupuytren :
mardi 20 décembre



Permanences GMF

Restaurant du personnel -
Hôpital Dupuytren :
mardi 6 décembre



Annuaire pour la médecine de ville

L'annuaire médical du CHU de Limoges va être distribué la 1^{ère} semaine de décembre à tous les médecins de la région Limousin. Il présentera les coordonnées téléphoniques et mails des médecins et cadres de nos services qui échantent le plus avec ces professionnels de santé, et surtout un numéro en 06 intitulé Prodirect, exclusivement réservé à ces médecins. Cette ligne permettra un accès facilité pour les échanges entre médecins de notre CHU et de l'extérieur sur les patients hospitalisés chez nous ou suivis chez leurs confrères. Le téléphone portable sera détenu par le médecin d'astreinte du service ou un praticien désigné par le responsable de service. Des actions d'évaluation de ce dispositif sont prévues à travers un bilan des appels entrants et une enquête utilisateurs auprès de la médecine de ville.



GRAINES D'HOSTO : auto-évaluation

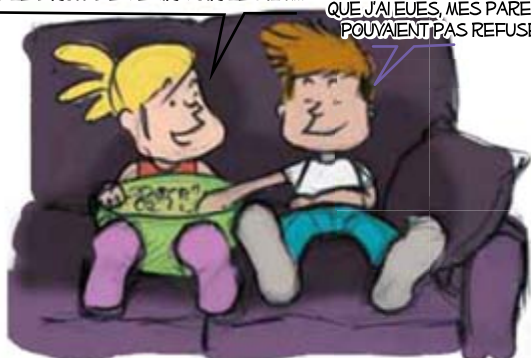
C'EST COOL QUE T'AIES
EU LE DROIT DE VENIR VOIR LE FILM...

BEN, AVEC LES NOTES
QUE J'AI EUES, MES PARENTS
POUVAIENT PAS REFUSER.

BEN... VU TON CARNET,
POURTANT ILS AURAIENT
DU ÊTRE COLÈRE ?

OUI... MAIS EN FAIT NON... JE LEUR AI MONTRÉ
MON CARNET D'AUTO-EVALUATION !

TROP FORT



Reclassements infirmiers et réforme des retraites, le point sur notre hôpital

Les différentes réformes de 2010 relatives aux statuts des infirmiers et aux régimes de retraites de la fonction publique vont considérablement impacter les carrières de chacun, et la gestion des ressources humaines de notre CHU.

Les infirmiers du CHU de Limoges préfèrent le A

Le protocole d'accord du 2 février 2010 a créé un corps de catégorie A pour les infirmiers de la fonction publique hospitalière. Un reclassement qui a pris effet au 1^{er} décembre 2010, et qui montre une très nette préférence des infirmiers du CHU de Limoges pour le choix de la catégorie A.

Au total, ce sont 1 434 infirmiers en poste dans notre établissement qui ont été sollicités afin de définir leur choix (irréversible) pour le maintien en catégorie B, ou leur passage en catégorie A. Voici le résultat de cette consultation dans nos équipes :

Catégorie A	Catégorie B	Total
73,80 %	26,20 %	100 %

2012, année du choix pour les infirmiers spécialisés

Le décret n°2010-1139 du 29 septembre 2010 prévoit un droit d'option ouvert durant une période de 6 mois à compter du 1^{er} janvier 2012. Il sera exercé de façon expresse par chaque agent des corps des puéricultrices, des infirmiers de bloc opératoire et des infirmiers anesthésistes. De la même manière que pour le corps des infirmiers, un courrier individuel stipulant leur situation ainsi qu'une simulation de reclassement sera adressée à chaque agent concerné. Cette procédure sera lancée dès novembre.

Réforme des retraites : de nombreuses nouveautés...

La loi du 9 novembre 2010 précitée « portant réforme des retraites » comporte, outre les mesures directement liées aux droits des assurés en matière de retraite (âge légal de départ, âge de liquidation à taux plein, droit à l'information...) un certain nombre de dispositions relatives à la prévention et la prise en compte de la pénibilité, à l'emploi des seniors, à l'égalité hommes-femmes et à l'épargne retraite.

Le droit à pension

Le droit à pension peut être ouvert auprès de la CNRACL au fonctionnaire titulaire qui réunit au moins 2 conditions :

► la condition d'âge

Désormais et depuis le 1^{er} juillet 2011, l'âge légal de départ à la retraite est progressivement élevé de deux ans conformément aux tableaux ci-après.

• Pour les fonctionnaires relevant de la catégorie sédentaire

Date de naissance	Age légal de départ avant la réforme	Age légal de départ après la réforme	Limite d'âge après la réforme
avant le 01/07/1951	60 ans	60 ans	65 ans
du 01/07 au 31/12/1951	60 ans	60 ans et 4 mois	65 ans et 4 mois
du 01/01 au 31/12/1952	60 ans	60 ans et 8 mois	65 ans et 8 mois
du 01/01 au 31/12/1953	60 ans	61 ans	66 ans
du 01/01 au 31/12/1954	60 ans	61 ans et 4 mois	66 ans et 4 mois
du 01/01 au 31/12/1955	60 ans	61 ans et 8 mois	66 ans et 8 mois
à compter du 01/01/1956	60 ans	62 ans	67 ans

• Pour les fonctionnaires relevant de la catégorie active

Date de naissance	Age légal de départ avant la réforme	Age légal de départ après la réforme	Limite d'âge après la réforme
avant le 01/07/1956	55 ans	55 ans	60 ans
du 01/07 au 31/12/1956	55 ans	55 ans et 4 mois	60 ans et 4 mois
du 01/01 au 31/12/1957	55 ans	55 ans et 8 mois	60 ans et 8 mois
du 01/01 au 31/12/1958	55 ans	56 ans	61 ans
du 01/01 au 31/12/1959	55 ans	56 ans et 4 mois	61 ans et 4 mois
du 01/01 au 31/12/1960	55 ans	56 ans et 8 mois	61 ans et 8 mois
à compter du 01/01/1961	55 ans	57 ans	62 ans

Tout infirmier nouvellement nommé depuis le 1^{er} décembre 2010 ne relève pas de la catégorie active et suivra la progression de la catégorie sédentaire. Seuls les infirmiers nommés précédemment à cette date et ayant opté pour la catégorie A garderont, de manière dérogatoire, le bénéfice d'un départ à la retraite à 60 ans. Les infirmiers ayant souhaité rester en catégorie B suivront une progression conforme au second tableau.

► une durée minimale de services effectifs (abaissement de la condition des 15 ans)



Pour les fonctionnaires demandant la liquidation de leur retraite depuis le 1er janvier 2011, 2 ans sont nécessaires au lieu des 15 ans précédemment.

La durée d'assurance

La durée d'assurance nécessaire pour obtenir une pension sans décote varie selon l'année d'ouverture des droits de chacun.

Année d'ouverture des droits	Durée d'assurance nécessaire pour obtenir une pension sans décote
2011	163 trimestres
2012	164 trimestres
2013	165 trimestres
2014	165 trimestres
à partir de 2015	166 trimestres

Le paiement de la pension

Désormais, l'agent partant en cours de mois ne sera payé par l'établissement qu'au prorata du nombre de jours de présence. La pension sera versée à compter du premier jour du mois suivant le mois de cessation d'activité sauf en cas de liquidation pour limite d'âge ou pour invalidité où la CNRACL versera la pension au jour de la cessation d'activité. A titre d'exemple, un agent partant à la retraite le 5 janvier 2012 sera rémunéré du 1^{er} janvier 2012 au 4 janvier 2012 par l'établissement et percevra sa retraite à compter du 1^{er} février 2012.

Les départs anticipés

► Mère de 3 enfants
Les parents de 3 enfants gardent le bénéfice d'un départ anticipé s'ils ont :

- 15 ans de services effectifs avant le 1^{er} janvier 2012
- le 3^{ème} enfant né avant le 1^{er} janvier 2012
- eu une interruption ou une réduction d'activité pour chaque enfant.

► Parent d'un enfant atteint d'une invalidité
Les parents d'un enfant invalide gardent le bénéfice d'un départ anticipé s'ils ont 15 ans de services effectifs et que leur enfant est invalide à 80 % ou plus. Une interruption ou réduction d'activité est nécessaire pour l'enfant.

► Conjoint invalide
Les fonctionnaires ayant 15 ans de service effectif et un conjoint invalide reconnu inapte par la commission de réforme gardent le bénéfice d'un départ anticipé.

► Bonification enfant (rappel)
Une bonification de 4 trimestres s'ajoute aux services effectifs pour chaque enfant né :

- avant le 1^{er} janvier 2004
- pendant la période d'activité de l'agent dans la fonction publique
- si l'agent a eu une interruption ou une réduction d'activité. ■

Blocop : les enfants n'ont même plus peur du bloc

par Stéphanie Thurillet,
puéricultrice aux urgences pédiatriques



Aux urgences pédiatriques, certains enfants nécessitent rapidement un traitement chirurgical sous anesthésie générale. L'hôpital, lieu redouté, est source d'angoisse, majorée par la douleur ressentie et par le stress des parents. L'édition d'un livret intitulé Blocop, pensé par des soignants des urgences pédiatriques permet d'atténuer ces craintes.

De nombreuses peurs ressurgissent chez l'enfant à l'annonce d'une intervention chirurgicale : la peur d'avoir mal, la peur de l'intervention, d'être séparé de ses parents, de se réveiller pendant l'opération, peur de la taille « du trou »... en d'autres termes : la peur de l'inconnu. Stéphanie Thurillet, puéricultrice aux urgences pédiatriques, a créé avec l'aide et le soutien de l'équipe soignante et du service communication du CHU, un livret interactif : « *Les aventures de Blocop à l'Hôpital de la mère et de l'enfant* ». Par son aspect ludique, il facilite la verbalisation des questions et des inquiétudes mais permet également à l'enfant de devenir acteur de sa prise en charge.

Avant tout conçu pour les enfants âgés de 3 à 10 ans, il est lu et commenté à l'enfant en présence de ses parents. Chaque étape du parcours jusqu'au bloc opératoire est illustrée par une photo des services et du personnel rencontrés.

Ce livret a plusieurs objectifs :

- Favoriser la verbalisation des préjugés, fantasmes de l'enfant et des parents concernant l'hôpital, le bloc opératoire
- Canaliser l'imaginaire donc l'angoisse par rapport au bloc opératoire
- Diminuer leur niveau d'anxiété par l'apport d'informations adaptées à l'aide d'un support ludique
- Visualiser l'ensemble du parcours hospitalier
- Améliorer le vécu du séjour à l'hôpital
- Rendre l'environnement du bloc opératoire moins hostile. Il est apprécié par les enfants mais aussi par leurs parents. En effet, des questionnaires ont été remplis en parallèle : un pour les soignants de chaque service concerné (urgences, bloc, salle de réveil, chirurgie pédiatrique) et un autre pour les parents/enfants à distance de l'intervention chirurgicale en urgence (le plus souvent le lendemain). Ils avaient pour objectif d'évaluer le niveau d'anxiété, le vécu de l'enfant et l'information

donnée par rapport au livret Blocop. Les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence que les enfants arrivaient au bloc opératoire plus calme et que leur réveil était moins agité. Une amélioration du vécu de l'hospitalisation a aussi été constatée pour la plupart des enfants évalués. Ce livret, retenu par l'association Sparadrapp, est consultable sur leur site, dans la rubrique « initiative de terrain ».

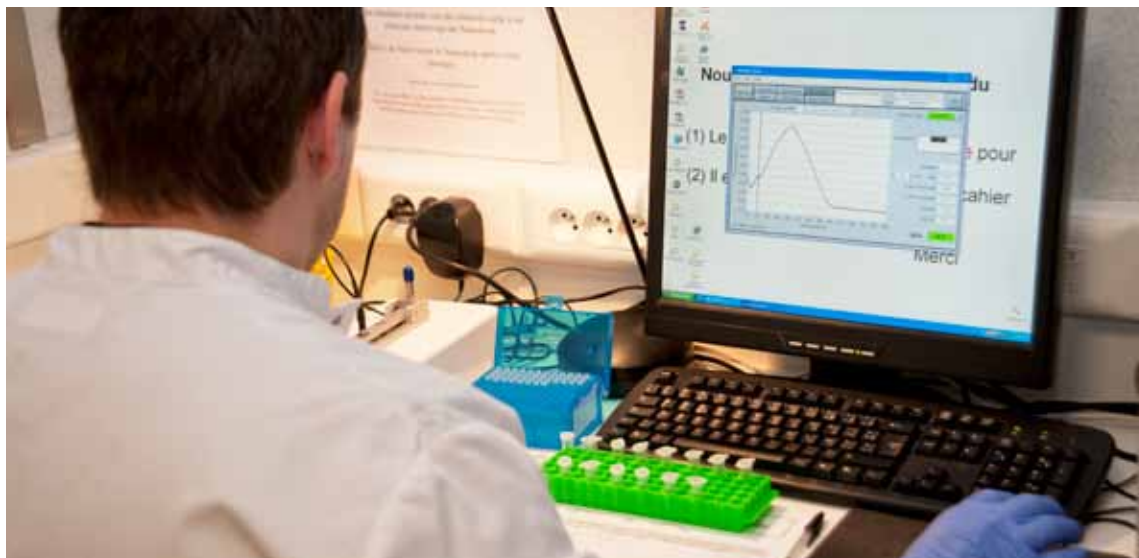
EN
SAVOIR+

<http://tinyurl.com/6cmbhdu>



La pharmacogénétique au CHU de Limoges

Par le Dr Nicolas Picard



Depuis le mois d'octobre 2010, le service de pharmacologie, toxicologie et pharmacovigilance propose de nouvelles analyses permettant la personnalisation de certains traitements médicamenteux sur des critères génétiques. Ces analyses se rattachent à une discipline de développement récent : la pharmacogénétique. Le CHU de Limoges rejoint ainsi la dizaine de centres nationaux proposant ce type d'analyse spécialisée.

La pharmacogénétique est une thématique de recherche de l'UMR-S850 Inserm depuis plusieurs années mais le transfert de l'activité à la routine a nécessité plusieurs étapes. Dans le cadre du diagnostic, la pharmacogénétique relève des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales (Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008). Pour répondre à ces exigences réglementaires, les analyses sont réalisées au sein de la plateforme d'oncologie moléculaire située au 2^{ème} sous-sol de l'hôpital Dupuytren au sein du laboratoire de pathologie. Ces locaux ont obtenu une autorisation de la DRASS du Limousin pour la réalisation de ces analyses en mars 2009. Le Dr Nicolas Picard est le pharmacologue qui a obtenu l'agrément de l'agence de la biomédecine pour la réalisation de ces analyses.

L'étude de l'influence de nos gènes sur le médicament

Ce domaine de la pharmacologie s'intéresse à l'étude des gènes intervenant dans l'activation, l'élimination ou les effets des

médicaments. Une particularité de cette discipline est que les marqueurs génétiques recherchés sont « silencieux » : ils ne sont associés à aucun symptôme ou pathologie en dehors d'une prise médicamenteuse. Ils signent en quelque sorte notre diversité dans nos capacités à éliminer ou à répondre à un médicament. Un test pharmacogénétique va par exemple permettre de différencier, pour un médicament donné, un patient aux capacités métaboliques réduites dit « métaboliseur lent », d'un patient « métaboliseur rapide ou ultra-rapide », et ce avant même de lui administrer le médicament. L'un nécessitera une faible dose de médicament (pour éviter une toxicité) ; le second une dose plus importante (pour éviter de voir son traitement inefficace).

Des applications cliniques en nombre croissant

Les premières recommandations officielles ont été émises par l'agence du médicament aux Etats-Unis en 2007 pour les anti-vitamines K (AVK). Leur marge thérapeutique est relativement étroite : les accidents hémorra-

giques liés aux AVK constituent une des premières causes d'hospitalisations liées à un accident iatrogène. A l'inverse pour certains patients une résistance pharmacologique est observée. Notre CHU propose aujourd'hui des tests permettant de dépister, avant l'initiation du traitement, les patients à risque (hyper-répondeurs ou résistants). Plusieurs autres tests pharmacogénétiques sont recommandés dans le domaine de la cardiologie, de l'oncologie ou encore de la psychiatrie et du traitement de la douleur. Des tests qui sont ou seront bientôt disponibles à Limoges.

Un bénéfice médico-économique démontré

Ces tests permettent d'avoir recours d'emblée à la ligne thérapeutique (ou la dose de médicament) qui sera efficace ou d'éviter des effets indésirables potentiellement graves. A la différence de beaucoup d'explorations génétiques, ils se limitent à l'étude de quelques marqueurs ciblés. Des études ont déjà démontré qu'ils sont susceptibles de diminuer le coût global de prise en charge des patients. ■



La DMLA

(Dégénérescence Maculaire)

par le Pr Jean-Paul Adenis, responsable du service ophtalmologie

DLMA, ce sigle presque inconnu du grand public il y a encore quelques années, nous est de plus en plus familier en raison d'une forte médiatisation. Mais quelle est vraiment cette maladie, qui aux yeux de chacun rime avec cécité ? Le Pr Adenis, responsable du service d'ophtalmologie de notre CHU fait la lumière sur cette maladie, dont les conséquences peuvent être diminuées, si elle est dépistée et prise en charge de façon précoce.

Qu'est-ce que la DMLA ?

La dégénérescence maculaire liée à l'âge ou DMLA est une baisse d'acuité visuelle, le plus souvent progressive, on parle alors de forme atrophique de dégénérescence maculaire ou forme « sèche ». Cette baisse d'acuité peut être plus rapide, et dans ce cas, c'est une forme néovasculaire dite forme « humide ».

Qui est le plus touché ?

Les personnes âgées. La DMLA est une maladie très fréquente qui atteint un quart de la population à 75 ans, un tiers à 80 ans et la moitié à 85 ans. La néovascularisation sous-rétinienne peut aussi survenir chez le sujet jeune, par exemple au cours de la myopie forte ou d'autres pathologies. Mais ce n'est pas la même maladie... ça se ressemble, c'est le même vaisseau qui est atteint, le même traitement que pour les personnes âgées, mais la cause est différente.

Quels sont les causes et facteurs de risques ?

Le principal facteur de risque, c'est l'âge. Il y a aussi le caractère familial, l'exposition à la lumière du soleil qu'on va retrouver plus facilement chez des agriculteurs ou des pêcheurs ou encore le tabac et la vie sédentaire avec absence d'activité physique. Il y a ces facteurs négatifs mais aussi des facteurs positifs. Par exemple, par un régime vitaminé, on peut diminuer légèrement la fréquence.

Quels sont les symptômes associés à l'apparition de la DMLA ?

C'est ce qu'on voit à la télévision dans les spots de prévention. Si c'est une forme atrophique, c'est une baisse progressive de vision, avec une sorte de grosse tâche noire. Si c'est la forme humide, c'est une déformation des images, comme un tableau de Buffet ou de Picasso : c'est la métamorphose. Ceci est dû à un petit vaisseau qui vient revasculariser, ou tenter de revasculariser la rétine et va former comme un petit serpent sous cette dernière, et c'est ce qui va donner les images ondulées.

La cécité est-elle une fatalité dans la DMLA ?

Cette maladie entraîne une malvoyance - et non une cécité - chez un nombre important de personnes âgées. Cette malvoyance pouvait, il y a encore quelques années, aller jusqu'à donner une cécité pratique, c'est-à-dire voir moins de 1/20^{ème} de chaque côté. Actuellement, on est plus efficace qu'avant et on est plutôt autour de 1 à 2/10^{ème}. La DLMA reste néanmoins une maladie très invalidante, qui contribue à créer de la dépendance et du polyhandicap, car elle intervient chez des sujets âgés déjà handicapés.

Comment dépister cette maladie ?

Le dépistage est fait lors de consultations d'ophtalmologie régulières, par la réalisation d'un examen du fond d'œil. Mais encore par des campagnes de prévention et une meilleure connaissance par la population de la maladie, ce que l'on nomme l'auto éducation. Ce dernier point est très important, car si les patients connaissent les signes de la maladie, ils n'attendent pas pour venir consulter, et ça c'est capital.

Quels sont les traitements ?

Dans la forme progressive, on peut donner des comprimés multi vitaminés qui vont ralentir l'évolution de la maladie. Pour la forme néovasculaire la baisse de vision est assez rapide et brutale, mais on peut la traiter par des injections à l'intérieur de l'œil que l'on appelle injections intra-vitréennes (voir encadré).

Quelle est la raison d'une telle médiatisation de la DLMA depuis quelque temps ?

C'est à l'initiative de la société française d'ophtalmologie qui a décidé de payer des heures de spots publicitaires pour la prévention de la DLMA, afin d'alerter la population. Pourquoi ? Parce que le nombre de personnes atteintes est gigantesque, et si l'on voit arriver les malades au stade précoce, on va se retrouver avec une amélioration de l'acuité visuelle. Si on les voit quand tout est fibreux, il est trop tard. Par ailleurs le nombre de personnes âgées en France ne fait que croître, la DLMA, devient donc un véritable fléau. ■

Liée à l'Age)

LES DIFFERENTS TYPES DE DMLA



Vision normale



Forme atrophique de dégénérescence maculaire dite « sèche », qui se caractérise par une baisse progressive de la vision, avec apparition d'une tâche noire. Cette forme concerne 80 % des cas de DLMA



Forme néovasculaire de dégénérescence maculaire, dite « humide », qui se caractérise par la déformation des images. Cette forme concerne 17 à 20 % des cas de DLMA.

Le traitement de la forme néo vasculaire : les injections intra-vitréennes ou IVT

Il y a encore 4 ans, il n'existait pas de traitement pour la forme néovasculaire de la DMLA. Puis, est venue l'utilisation de la photothérapie dynamique PTD. Ce traitement, le 1^{er} à être efficace pour freiner la maladie a ensuite été combiné avec les anticorps monoclonaux : les anti VEGF. Les VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) étant des facteurs de croissance qui provoquent la création de néo vaisseaux. Les anti VEGF vont donc se fixer sur le néovaisseau afin de le détruire. Il existe actuellement 2 variétés d'anti VEGF : l'Avastin et le Lucentis. L'efficacité des anti VEGF dans le traitement de la forme néovasculaire de la DLMA a été découverte par un médecin américain atteint d'un cancer du côlon. Il recevait des injections régulières d'Avastin pour traiter son cancer et s'est aperçu que ça améliorait sa dégénérescence maculaire. Il a fait le rapport et c'est ainsi qu'est née l'idée d'injecter l'Avastin directement dans l'œil (l'injection par voie générale n'étant pas sans risque). L'Avastin étant une grosse molécule (149 kilo Dalton), la société qui possédait le label a isolé la partie active sur la DLMA, c'est ainsi qu'a été déposé le brevet du Lucentis. Il est néanmoins possible de continuer à utiliser l'Avastin, à partir des restes d'ampoules destinées au traitement du cancer du côlon. Avec ce reste, il est possible de faire 5/6 traitements, pour un coût de 20 euros par injection contre 1 000 euros pour le

Lucentis. D'un point de vue scientifique, ces 2 produits se valent dans les résultats. Quant aux études de toxicité, elles montrent que les injections réalisées dans l'œil favorisent l'apparition d'AVC ou d'infarctus et l'Avastin aurait une légère tendance à favoriser ces complications par rapport au Lucentis.

Quels traitements au CHU de Limoges ?

Dans notre CHU, les deux types de traitements sont réalisés. Les ampoules d'Avastin sont fournies par la pharmacie centrale uniquement 2 jours par semaine, pour des raisons de disponibilités des hottes à flux laminaires. En dehors de ces 2 jours, c'est le Lucentis qui est utilisé. Le praticien va donc faire le choix de la molécule à injecter au patient en fonction de la disponibilité des produits, du coût, mais aussi des facteurs de risque.

Les IVT représentent une activité importante dans notre hôpital, puisqu'environ 10 patients sont traités par jour. En effet pour observer une amélioration de l'acuité visuelle, le traitement doit être administré à raison d'une injection par mois par patient, durant un an. Ces injections sont réalisées, comme l'impose depuis peu la législation, en consultations externes, dans la salle d'opération d'ophtalmologie située dans le secteur des consultations d'ophtalmologie au rez-de-chaussée de Dupuytren.



Préparation de l'œil à la Bétadine



Injection intra-vitréenne

Du côté de la gérontologie

par Philippe Verger, directeur de la politique gérontologique,
Céline Passerieux, psychomotricienne,
Christine Chaumont, assistante sociale,
Saskia Pouret, chargée de missions

La médiation par le cheval en psychomotricité

Dans le cadre d'un projet d'équithérapie, les résidents d'USLD et d'EHPAD de Chastaingt vont débiter des séances où le cheval sera considéré comme un partenaire thérapeutique. La médiation du cheval peut en effet permettre l'amélioration d'une pathologie psychique, d'un mal-être et de troubles psychomoteurs. Une fois tous les quinze jours, six résidents se rendront à l'étrier de Condat. Ils pourront prodiguer des soins aux chevaux, les promener ou encore être portés grâce à un attelage.

Aides médico-psychologiques et psychomotricienne, assureront le bon déroulement des séances et fixeront, pour chaque participant, des objectifs thérapeutiques, qui seront réévalués à chaque séance.

Ce travail aura pour objectifs de permettre à la personne âgée d'améliorer l'estime d'elle-même, la confiance en son corps et en ses capacités, par le biais du rôle qui lui sera confié auprès du cheval.

Par ailleurs, par l'intermédiaire du contact avec le cheval, le résident pourra stimuler tous ses sens, travailler son équilibre et la mise en mouvement de son corps, favoriser sa communication verbale et infra verbale, améliorer la gestion de ses émotions et solliciter sa mémoire et

l'intégration de repères spatiaux et temporels.

La finalité n'est en aucun cas l'apprentissage des techniques équestres. L'accent est mis sur la communication et la relation à l'animal qui offrent de grandes possibilités de découvertes et d'évolutions psychiques. « *Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps, mais aussi pour l'esprit et pour le cœur* » - Xénophon, stratège et philosophe grec, disciple de Socrate.

Aidant familial : un rôle multiple, complexe mais essentiel

Le 6 octobre 2011, journée nationale des aidants familiaux, a été l'occasion de rappeler le rôle essentiel des familles dans l'accompagnement d'un proche âgé dépendant.

Nommées récemment « aidants familiaux », ce sont quatre millions de personnes qui viennent en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de leur entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance/veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques... L'aidant

familial n'est pas un soignant. L'accompagnement qu'il réalise pour son proche est empreint de sentiments et d'émotions résultant de son histoire familiale. Son aide est précieuse mais elle ne doit pas effacer la réelle complexité d'une souffrance engendrée par la perte d'autonomie des siens. Les professionnels ont pris conscience de cette réalité « d'aidant familial ». Les informations données sur des techniques, outils, conseils ne doivent pas faire oublier que chaque situation est différente. Chaque accompagnement nécessite en effet d'adapter ces préconisations après une évaluation globale personnalisée. Les professionnels sont là pour veiller à l'équilibre du couple aidant-aidé afin que la dépendance de l'un n'entrave pas de façon irrémédiable le quotidien de l'autre. Aujourd'hui, de nombreuses prestations dites de répit existent. Mais il est encore trop souvent difficile pour des raisons majoritairement humaines pour l'aidant de prendre conscience de ses limites et d'avoir recours à l'aide des professionnels. Cette journée est donc l'occasion à la fois de rendre hommage à leur dévouement mais aussi de les informer que c'est ensemble, professionnels et aidants, que nous pourrions au mieux assumer l'accompagnement de la dépendance. ■

L'Amicale du CHU séduit

En janvier 2009, l'association de l'Amicale du CHU renaissait. Elle répondait ainsi à la demande de personnels du CHU en recherche de services et produits à des prix compétitifs. Bientôt deux ans après, elle compte un nombre d'adhérents croissant et multiplie les partenariats pour leur offrir des remises exceptionnelles ou des événements rassembleurs.



1 331 : c'est le nombre d'adhérents à l'Amicale du CHU au mois de septembre 2011. Tous les services et toutes les fonctions du CHU sont aujourd'hui représentés à travers les adhérents de l'Amicale, qui compte aussi quelques retraités. « *Pas assez* », selon Joanna Crouzy, présidente adjointe de l'association : « *Je suis sûre que beaucoup plus de retraités seraient intéressés par l'Amicale, mais ne savent pas qu'elle existe ou qu'ils peuvent y souscrire. On va essayer de communiquer auprès d'eux... déjà par l'intermédiaire de Chorus.* » D'autant que l'adhésion est simple : il suffit de remplir un court formulaire, disponible en ligne sur la rubrique Amicale de l'intranet, et depuis peu sur le site web du CHU. Une démarche rapide et peu coû-

teuse : 15 €+ 5 € de frais de dossier pour la première année d'inscription, et 15 € seulement pour ceux déjà inscrits.

Un catalogue étoffé

L'Amicale a étoffé son catalogue au fil du temps. Ce dernier référence aujourd'hui une centaine de partenaires, et devrait en compter encore quelques nouveaux dans son book 2012 : Vulcania, le Futuroscope, le Puy du Fou (à partir de mars), un catalogue du charcutier-traiteur Andrieux... Des partenaires qui doivent évidemment proposer un pourcentage de remise, et acheter un encart publicitaire ou des lignes dans le catalogue pour être référencés. Mais Christophe Gillet, président de l'Amicale, s'empresse de préciser : « *On dégage un chiffre d'affaires de près de 300 000 €.*

On est une petite entreprise... Mais l'association ne fait aucun bénéfice. Un comptable suit nos comptes, et les petits bénéfices réalisés sont réinvestis dans des opérations événementielles au profit des adhérents : tombolas, arbre de Noël. » Le catalogue propose des produits et services dans tous les secteurs. Mais au palmarès de ceux les plus demandés figurent la billetterie cinéma, les madeleines Bijou, les loisirs (Royal kid, Laser game...) et les parfums. Joanna Crouzy : « *On a un partenaire qui propose des parfums, à des prix plus compétitifs que ceux affichés en Principauté d'Andorre... jusqu'à 40 % de remise. Une remise énorme mais pas unique, puisque des produits électroménagers peuvent aussi afficher ces taux.* » ■

« Complémentaire de ce que propose le CGOS »

**Christophe Gillet, magasin des ateliers, président
Joanna Crouzy, cellule achats, présidente adjointe**

Les hospitaliers ont déjà accès aux offres du CGOS. L'Amicale ne fait-elle pas doublon ?

Non, on est complémentaire de ce que propose le CGOS. Avec une offre réservée aux seuls personnels et retraités du CHU de Limoges, sur des prestations différentes.

Noël approche... vous allez à nouveau organiser quelque chose ?

Oui. On est fier d'avoir organisé en 2010 un Noël pour les enfants (jusqu'à 12 ans) des adhérents : 920 enfants ont eu des cadeaux, ont pu passer prendre un goûter, et poser pour une photo avec le Père-Noël. On va reconduire l'opération cette année.

De quoi a besoin l'Amicale ?

D'un point de vue matériel : de la place pour stocker, et un accès internet...

D'un point de vue humain : un plus grand nombre d'heures de mise à disposition des membres de l'équipe de l'Amicale faciliterait la gestion des 1 300 adhérents. On est aujourd'hui dix bénévoles. Je profite donc de cette tribune pour faire appel à des personnels qui voudraient bien être correspondants de l'Amicale pour les 5 hôpitaux, y réaliser l'affichage, faciliter sur place les achats (livraison, encaissement...). Qu'ils n'hésitent pas à nous contacter !



L'EQUIPE DE L'AMICALE

- Christophe Gillet, magasin des ateliers, président
- Joanna Crouzy, cellule achats, présidente adjointe
- Carole Fougeras, cellule achats, secrétaire principale
- Denise Fougeras, retraitée, trésorière
- Injidio Videira, sécurité Chastaingt, trésorier et correspondant Chastaingt
- Dany Bertacchi-Bouillon, infirmière de nuit en polyclinique, secrétaire adjoint
- Bernard Gri, retraité, secrétaire adjoint
- Huguette Nicaise, retraitée, bénévole

Je souhaite être adhérent de l'Amicale du CHU

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Téléphone(s) _____

Nombre d'enfant(s) de moins de 12 ans _____

Date de naissance, nom et prénom pour chaque enfant _____

Bulletin d'inscription

Merci de bien vouloir adresser à " Amicale du CHU - Hôpital Le Cluzeau ", avec ce coupon renseigné, un chèque à l'ordre de l'Amicale du CHU :
-de 20 € si c'est votre première inscription
-de 15 € si c'est un renouvellement d'adhésion

« Cité hôpital » film documentaire sur notre CHU



Les caméras, notre hôpital est habitué à en accueillir. Mais rares sont les journalistes ou réalisateurs qui disposent du temps nécessaire à sa compréhension et des formats de diffusion adaptés à sa présentation. La réalisatrice Naruna Kaplan de Macedo et son équipe ont pris ce temps. Résultat : un documentaire sans artifice, un portrait de 52 minutes de nos patients, nos personnels et notre hôpital que France 3 Limousin a diffusé au public le 30 novembre, mais qui avait été dévoilé en avant-première aux personnels du CHU le soir du 21 novembre.

Produit par la société Leitmotiv Productions, le film « Cité hôpital » laisse la place aux acteurs du CHU de Limoges, professionnels et patients : pas de voix-off, pas de commentaires autres que ceux qui « vivent l'hôpital ». Les

spectateurs sont immergés dans nos murs, entrent dans nos coulisses partagent des scènes de vie quotidienne ou d'exception. Notre CHU a ouvert ses portes à France 3, Leitmotiv productions et l'équipe de tournage pour un film à part. ■

Claire Combes
(France 3),
déléguée régionale
aux antennes de
proximité Limousin

Quel est le positionnement de France 3 Limousin sur les documentaires ?

La politique documentaire des antennes du limousin est déclinée autour des questions de société, les grands enjeux de notre époque, le monde actuel et en devenir. Notre ambition est d'informer et raconter mais aussi surprendre, émouvoir, susciter la curiosité du téléspectateur avec des films porteurs d'un regard singulier.

Quel regard portez-vous sur le film « Cité hôpital » ?

Le film de Naruna Kaplan de Macedo s'inscrit

pleinement au cœur de cette ambition. L'universalité du thème, la singularité du lieu (le CHU de Limoges), le regard brut, sobre d'une réalisatrice fascinée par cet univers si particulier tant il concentre d'émotions et suscite d'interrogations. Tout nous a séduit dans son projet. Pas d'analyse, de débat, de question ou de mise en question. Simplement une semaine dans la vie du CHU. D'un service à un autre. D'un témoignage à un autre. D'une vie à une autre dans le plus grand respect de chacun, personnel, soignant ou patient. Nous vous le proposons comme un instant de grande humanité partagée et à partager.



Naruna Kaplan de Macedo, réalisatrice de « Cité hôpital »

« Donner à voir ce qu'est un hôpital en France aujourd'hui, son quotidien, ses acteurs »

Pourquoi ce film sur le CHU de Limoges ?

Je pense que notre rapport aux institutions peut faire office de métaphore : à travers la manière dont on se rapporte à ces microcosmes on peut penser la société dans son ensemble. Faire un film sur l'hôpital, c'est une manière de parler du monde dans lequel on vit, mais aussi bien sûr de notre rapport à la vie, à la mort, à la maladie, ces questions existentielles qui parlent directement à tous et à toutes... J'avais envie de filmer le CHU de Limoges pour ces raisons : donner à voir ce qu'est un hôpital en France aujourd'hui, son quotidien, ses acteurs...

Combien de jours avez-vous passé dans notre hôpital (repérage, tournage...) ?

J'ai eu la chance d'avoir deux mois en immersion sur les lieux. Ces temps pour écrire et pour penser sont très importants, c'est à partir d'eux qu'on peut

à la fois anticiper ce qu'on voudrait filmer et mettre en boîte les surprises qui ont toujours lieu durant le tournage. Pour le tournage lui-même, nous avons eu presque un mois plein... on voudrait toujours plus ! Mais on a eu beaucoup de chance et des journées très remplies.

Quel accueil avez-vous eu des patients et des personnels ?

C'est à mes yeux normal et même plutôt sain, qu'une caméra ne soit pas la bienvenue dans un lieu aussi intime qu'un hôpital. Je me suis efforcée d'expliquer ma démarche, de préciser mes intentions aux responsables de services, aux patients, aux médecins et au personnel et cela s'est vraiment très bien passé. J'ai été très touchée de voir comment on m'a laissé libre de penser l'hôpital avec ses acteurs.

Que retenez-vous de cette immersion dans notre quotidien ?

Cela a été une expérience très forte, tant dans les repérages qu'au tournage. Ce que je retiens ? Le regard de Roméo quelques minutes après sa naissance... Le sourire de l'infirmière qui pousse le fauteuil roulant le long du couloir du troisième étage... Des images que j'ai aimé filmer et qui je l'espère donnent à voir ce qu'est le quotidien du CHU de Limoges.



CINE NUCLEAIRE – RADIOLOGIE
PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

HOPITAL DUPUYTREN

AMENAGEMENT DU SAS DES URGENCES ❶

Des travaux, d'un montant de 125 000 €, sont en cours dans le sas d'arrivée des ambulances au niveau des urgences afin d'améliorer les dispositions architecturales de l'ensemble.

Le travail le plus important s'effectuera sur l'amélioration de la luminosité. Des cloisons en polycarbonate remplaceront les parois en verre armé. Un nouveau système d'éclairage permettra d'illuminer ces cloisons et un système d'éclairage complémentaire garantira un éclairage satisfaisant.

Afin d'améliorer la luminosité, il était indispensable de rendre le sas le plus clair possible. Pour cela, et afin de garder l'aspect brut béton d'origine, les murs seront lasurés en blanc.

Deux box seront réalisés avec des bordures de trottoir à coller, afin de permettre le stockage de brancards en évitant tout risque d'impact avec les cloisons vitrées.

Une peinture de sol appliquée devant la porte d'entrée des urgences matérialisera la zone d'accès et créera une zone de transition entre le sas et les urgences.

Suite à la demande des utilisateurs pour couper le froid qui vient de l'extérieur, un vrai sas va être créé dans l'entrée des urgences. La porte automatique va être déplacée et une deuxième va être installée.

AMENAGEMENT DU COULOIR DU 1^{ER} SOUS SOL ❷

Le sol de la circulation desservant les urgences, la radiologie et la médecine nucléaire était dans un état de dégradation important. Des travaux de réfection pour un montant de 105 000 € sont donc actuellement en cours.

La circulation ne pouvant être interrompue pendant la durée des travaux, il a été nécessaire de mettre en place des déviations par les circulations voisines pour garantir l'accès aux services. Dans ce but, 6 phases ont été identifiées pour perturber au minimum l'activité.

HOPITAL JEAN REBEYROL

REFECTION DE L'AILE B DU 4^{EME} ETAGE ❸

Le chantier de réfection de l'aile B du 4^{ème} étage de l'hôpital Jean Rebeyrol est maintenant terminé. Il aura duré 1 an pour un montant de 730 000 €.

D'un côté, l'URCC va héberger 10 lits dans un secteur sécurisé, de l'autre, c'est 20 lits d'USLD moins de 60 ans qui vont être installés. Cette opération va être suivie de la réfection de l'aile A de ce même étage.

PLAN DE MODERNISATION

AVANCEMENT – DATES CLÉS

(Lexique dans Chorus 96 page 28)

POLE BIOLOGIE-SANTE

Procédure : Loi MOP

- ▶ Obtention du permis de construire : 27 avril 2011
- ▶ Validation APD : 17 juin 2011
- ▶ Remise du PRO : 3 octobre 2011
- ▶ Lancement de la consultation des entreprises : 24 octobre 2011
- ▶ Commission d'appel d'offres : mi-janvier 2012
- ▶ Ordre de service : février 2012

BATIMENT MEDICO-ADMINISTRATIF ❹

Procédure : Conception-réalisation

- ▶ Lancement de la consultation : 31 mars 2011
- ▶ Jury d'examen des candidatures : 12 mai 2011
- ▶ Retour des offres : 11 juillet 2011
- ▶ Jury de sélection de l'offre : 4 août 2011
- ▶ Envoi de la notification du marché : 17 octobre 2011
- ▶ Dépôt du permis de construire : mi-novembre 2011
- ▶ Démarrage des travaux préparatoires : février 2012

BATIMENT EHPAD 80 LITS (SITE Dr CHASTAINGT)

Procédure : Conception-réalisation

- ▶ Transmission du programme aux candidats : 3 octobre 2011
- ▶ Retour des offres : 28 novembre 2011
- ▶ Dépôt du permis de construire : mars 2011
- ▶ Démarrage des travaux préparatoires : juin 2012

POLE CLINIQUE MEDICALE

Procédure : Conception-réalisation

- ▶ Lancement de la consultation : 1^{er} août 2011
- ▶ Jury d'examen des candidatures : 3 octobre 2011
- ▶ Retour des offres : février 2012

HOSPITALISATIONS





Les droits des patients, point par point

Le 4 mars 2002, était promulguée la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite « loi Kouchner »). Il y a un an, le Ministère de la Santé et des Sports présentait l'opération « 2011, année des patients et de leurs droits ». Trois dimensions du droit des patients doivent faire l'objet d'une attention particulière : la question de l'information du patient qui constitue une donnée majeure pour l'égalité d'accès à la santé, la prise en considération des personnes les plus vulnérables dans la connaissance et l'accès au droit, et les moyens mis à disposition des usagers et de leurs représentants. Ce dossier propose les regards et commentaires de nos hospitaliers sur chaque point de la charte de la personne hospitalisée, et la mise en œuvre d'actions en rapport dans notre CHU.

Article 1

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

L'égalité d'accès au soin (géographique, financière et dans le temps) est un enjeu de santé publique évident. Le service public hospitalier est en première ligne pour assurer cette accessibilité, dans un contexte de plus en plus difficile : démographie médicale, déremboursements... Dans notre CHU, les assistantes sociales de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) s'emploient au quotidien à aider les personnes démunies dans les démarches administratives, en lien avec les équipes de soins. Elles assurent le suivi du dossier d'assurance maladie jusqu'à sa régularisation et orientent les usagers vers les autres partenaires selon les besoins identifiés. Un médecin généraliste assure une après-midi par semaine une consultation médicale gratuite pour les personnes sans aucune couverture sociale, et à l'issue des soins effectués, les médicaments peuvent être délivrés gratuitement. Véronique Mathieu, cadre socio-éducatif, responsable du service social auprès des malades, témoigne : « *Pour les personnes en situa-*

tion de grande précarité, l'hôpital reste la seule porte d'entrée dans le système de soins. La permanence des soins et un accompagnement social adapté sont les fondements d'une prise en charge équitable des usagers. Depuis 4 ans environ, nous assistons à une dégradation des situations sociales rencontrées et les assistantes sociales hospitalières doivent faire face à des sollicitations de plus en plus nombreuses requérant du temps au travers des évaluations globales, des négociations, des démarches administratives nécessaires à la reconnaissance des droits, notamment en matière de couverture sociale et d'hébergement. » Notre établissement, comme beaucoup, doit encore renforcer son accessibilité aux personnes handicapées, mais différents aménagements, souvent simples d'ailleurs (création de nouvelles places de parking, de rampes d'accès, de boutons d'appels, de services d'accueil et d'accompagnement - comme au self...) vont dans la bonne voie.

Article 2

Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

Le CHU de Limoges a été un des premiers CHU à s'engager dans une démarche de qualité de l'accueil de ses patients et visiteurs. « Les 10 règles d'or de l'hospitalité » qu'il a publiées il y a de nombreuses années, figurent d'ailleurs encore dans les références citées sur le site du Ministère de la santé et des sports.

La qualité de traitement et des soins sont aussi au cœur des engagements de nos équipes, et omniprésents lors de la rédaction du projet d'établissement. Côté soulagement de la douleur, le Comité de Lutte contre la Douleur, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, est le centre de réflexions qui propose des orientations à l'établissement afin d'améliorer la prise en charge de la douleur, et de coordonner toutes les actions en lien. Il permet de mieux organiser la prise en charge de la douleur, d'aider au développement de la formation continue des personnels sur ce sujet, et de susciter des plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur. Le Pr Pascale Vergne-Salle, nouvelle présidente de notre Clud détaille les projets qui ont démarré ou vont se concrétiser en 2011 - 2012 : « *Une enquête douleur cette fois remplie par les patients a été réalisée le 17 octobre (pendant la semaine mondiale de la douleur). Nous allons aussi*

proposer de nouvelles formations des personnels à l'évaluation de la douleur et sa traçabilité. On trace depuis des années par habitude, la température, la tension artérielle... pas la douleur, pourquoi ? Enfin, nous avons un projet de travail sur les douleurs induites par les soins, avec une recherche des besoins par pôle pour élaborer ensuite des protocoles. Par exemple, avec des tableaux de médicaments précisant les délais corrects de prescription de ceux-ci. »

Au-delà de l'écoute du patient, la juste évaluation de la douleur est aussi facilitée par l'existence de questionnaires et outils tels les réglettes, particulièrement utiles lorsque le patient ne peut pas s'exprimer ou a du mal à verbaliser son niveau de souffrance.

« L'attention particulière à la fin de vie » que ce second point de la charte évoque, va au-delà des obligations relatives à la loi Léonetti (voir encadré page suivante). Ainsi, les équipes du service de soins proposent-elles différentes attentions et services particuliers à leurs patients : possibilités de soins socio-esthétique et de relaxation, proposition de constitution d'une « playlist » pour écouter leurs morceaux de musique préférée, service des repas dans de la porcelaine de Limoges (avec service sous cloche de menus très améliorés en certaines occasions)...

Article 3

L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

L'obligation d'information aux patients est connue de tous. Certes, un sondage national réalisé par le Ciss les 18 et 19 février 2011 sur un échantillon plus de 1000 personnes, représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus, montre que 84 % des français se déclarent satisfaits de l'information délivrée par les médecins sur leur état de santé et les soins. Mais, la même étude montre qu'il faut rester vigilant puisque ce score a baissé de 5 points depuis 2010. L'enquête téléphonique nationale de satisfaction « Saphora 2011 » réalisée auprès de 15000 patients de 90 centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires pointe les principales défaillances :

- ▶ trop peu d'explications spontanées, sans sollicitation du patient
- ▶ une information trop rare sur les effets indésirables des médicaments prescrits
- ▶ une information sur les examens invasifs encore perfectible
- ▶ une information sur les médicaments à prendre après la sortie trop souvent insuffisante voir nulle.
- ▶ une information régulièrement oubliée sur les signes ou complications, amenant à recontacter l'hôpital.

L'information est un acte de soins qui reflète l'engagement soignant, fonde la confiance dans la relation soignant/soigné, outil fondamental de la qualité de l'alliance thérapeutique. Et les référentiels pour les professionnels ne manquent pas : guide des bonnes pratiques de l'HAS, code de la santé publique, code de déontologie médicale... In fine, le professionnel de santé s'appuie pourtant souvent sur sa propre expérience, et sa sensibilité pour donner une information conforme à l'éthique et la législation. La judiciarisation croissante, un plus grand accès à l'information (bonne ou mauvaise) et un changement des mentalités des patients et de leurs proches ont changé la relation soignant-soigné. « J'ai un souvenir d'enfance, précise un médecin de notre CHU, où le médecin de famille était écouté religieusement. Nous buvions ses paroles. Personne n'aurait osé remettre en cause son diagnostic ou ses recommandations. Ce temps est révolu »

Ceci explique peut-être le décalage de perception entre le ressenti du professionnel de santé qui pense parfois avoir « suffisamment » informé son patient, alors que ce même patient juge son information trop sommaire.

Une information « suffisante » est-elle la même que celle « nécessaire », attendue par le patient ? Patricia Champey-mont, cadre supérieur du pôle cœur-poumon-rein nous donne son point de vue : « *Je pense que l'information attendue par le patient réunit les deux notions, de « nécessaire » et de « suffisante ».* Le « nécessaire » respecte l'obligation réglementaire et morale. Le « suffisant » donne une dimension éthique au « nécessaire ». Les informations doivent être utiles, ni trop, ni trop peu, pour permettre au patient d'être autonome dans ses choix. C'est à la fois ce que le patient doit, veut et peut savoir. Ceci nécessite que le professionnel ait de la considération pour le patient, un sens de l'observation, et sache évaluer la capacité et la volonté du malade à savoir. » Voici donc un exercice complexe ou les soignants doivent parfois laisser les patients les guider, et les encourager à reformuler pour évaluer le niveau de compréhension du malade.

« *Le suffisant se « dose » au fur et à mesure des questions, des attitudes du patient. Chaque patient est unique. Il n'a pas le même désir d'être informé et pas toujours sur les mêmes aspects d'une maladie ou d'un traitement. Informer le malade requiert des règles de bonnes pratiques telles que la confidentialité, l'attention, la simplicité, l'humilité. Quelle que soit l'information donnée à un malade, aussi douloureuse soit-elle, je n'oublie jamais que le plus dur c'est pour le malade qui la reçoit et non pour le soignant qui la donne.* » ajoute d'ailleurs Patricia Champey-mont qui évoque « le sommeil de la raison engendre des monstres » de Francisco de Goya, sujet philosophique que l'on peut reprendre dans le concept de l'information : « *l'absence d'information laisse la place à de multiples fantômes, est souvent objet de souffrance, et laisse le patient non seulement dans l'ignorance mais aussi dans une profonde solitude.* »

La loi relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite « Loi Léonetti »)

par le Dr Gérard Terrier, responsable du service d'accompagnement et de soins palliatifs

Cette Loi votée à l'unanimité (moins 4 abstentions) à l'Assemblée Nationale le 22 avril 2005 a vu des décrets d'application paraître en février 2006. Elle est donc parfaitement applicable. Malheureusement, elle est encore fort mal connue et donc fort mal appliquée ! Et pourtant...

Cette loi, dont plusieurs pays s'inspirent, remet le patient conscient au centre des décisions le concernant : il peut ainsi s'opposer à un traitement, une investigation après que son médecin (aidé éventuellement par un confrère) lui ait expliqué le bien fondé et la nécessité de ce qui lui est proposé. Il doit réitérer ce refus après un délai raisonnable de réflexion. Une fois la décision réitérée, le médecin doit respecter la volonté du patient, dûment informé des conséquences de son choix. La loi précise, dès son article 1^{er}, que les « actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. » Mais tout doit être fait dans la transparence : d'une part, le malade doit être informé (ou sa personne de confiance, sa famille ou ses proches), d'autre part, la décision doit être inscrite dans le dossier médical. Si le malade est inconscient, il doit être mis en place une décision collégiale pour arrêter ou limiter un traitement. Cette décision est prise en réunissant le médecin qui a habituellement en charge le patient et un autre praticien, ne participant pas habituellement aux soins du patient et sans liaison hiérarchique avec le premier. Il est même possible de faire appel à un troisième médecin. La décision est prise après consultation des directives anticipées, si elles existent (elles sont écrites sur papier libre, selon des modalités simples, valables trois ans et peuvent être renouvelées pour trois nouvelles années par un patient conscient) et de l'équipe soignante qui a en charge le malade. La personne de confiance, la famille ou les proches sont consultés et ensuite informés de cette décision qui est tracée dans le dossier médical.

L'application de cette loi au CHU de Limoges

Cette loi est appliquée « à la lettre » dans le service d'accompagnement et de soins palliatifs de notre CHU : pas d'obstination déraisonnable, respect de la décision des patients, décisions collégiales, information des personnes de confiance, des familles...

Une « fiche-outil » a été réalisée et validée institutionnellement pour aider les équipes des autres services dans leur décision de limitation ou d'arrêt d'une thérapeutique, et une autre pour la mise en place d'une sédation terminale. Ces documents sont conformes à la Loi et aux recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Tout est clair, tout est écrit, tout est transparent. C'est pourquoi nous sommes tristes de voir que cette Loi est mal connue et mal appliquée et que des dérives existent, rapportées complaisamment par les médias. Elle est suffisante, dans l'immense majorité des cas, et ne justifie pas la légalisation de l'euthanasie. Tout le monde veut mourir dignement ; encore faudrait-il pouvoir, avant, avoir les moyens de vivre dignement !

La loi du 22 avril 2005 permet de solutionner 99,9 % des cas que nous rencontrons. Appliquons cette loi avant de vouloir en promulguer une nouvelle !

Article 4

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

La personne de confiance

Aux termes de l'article L.1111-6 du code de la santé publique, « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. » A noter que ces dispositions ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée.

Notre CHU propose à toutes les personnes hospitalisées de désigner cette personne de confiance, dès leur admission. Un formulaire d'informations pratiques portant les champs permettant de désigner cette personne de confiance est remis aux patients, qui en signant le dit document et en laissant copie attestent avoir eu connaissance de cette information. Le livret d'accueil de chaque hôpital, présente aussi les modalités de désignation de la personne de confiance.

Un temps de réflexion trop court, une explication insuffisante des risques ou des effets secondaires possibles sont les reproches les plus souvent formulés par les patients qui pensent avoir été mal informés préalablement à un acte médical. Certes, certains médecins craignent que les patients informés des risques potentiels prennent peur et refusent le soin : « *De la même façon que si vous portez attention à tous les effets secondaires possibles d'un médicament, vous avez de quoi hésiter à l'ingérer*, précise le Pr Catanzano, président de la Cruq.

Mais on ne peut pas se retrancher derrière le fait que le risque soit exceptionnel pour ne pas informer. C'est la loi : le médecin doit recueillir ce consentement du patient avant tout acte médical, et essayer de le convaincre si le patient s'interroge. » On sait aussi que lors de certaines annonces de pathologies, graves (cancers...) les informations concernant le traitement qui suivent l'annonce ne sont pas entendues ou retenues. Le Pr Catanzano argumente justement : « *Raison de plus pour faire signer, recueillir une trace écrite de ce consentement libre et éclairé.*

Par expérience, je ne trouve pas assez souvent cette trace, sauf côté anesthésie. »

L'article 4 de la charte du patient hospitalisé rappelle aussi que toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté. Un droit que rappelle nos livrets d'accueil, et un document remis systématiquement par le service de nos admissions.



Article 5

Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

La charte précise que « *lorsque la finalité initiale du prélèvement est modifiée, la personne doit en être informée, sauf impossibilité, afin de pouvoir s'y opposer si elle le souhaite* ». Jean-Luc Desfougères, médecin clinique de notre CHU, explique: « *pour éviter de nouveaux prélèvements, il peut être demandé au patient à qui un prélèvement a été fait dans le cadre des soins pour lesquels il est venu à l'hô-*

pital, s'il est d'accord pour que les éventuels reliquats d'analyses soient utilisés à des fins de recherche. » Une procédure détaillée garantissant l'information patient et l'enregistrement de ses souhaits est évidemment en place. Pour les cas particuliers (patient mineur, patients protégés par la loi, situations d'urgence, patient incapable de s'exprimer), la procédure est calquée sur le modèle des consentements pour la recherche biomédicale.



Article 6

Recherche biomédicale. Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

Une recherche biomédicale (dite « interventionnelle ») ne peut pas être menée si elle n'a pas obtenu l'avis favorable d'un Comité de protection des personnes (il en existe un à Limoges), l'autorisation de l'AFSSAPS et une déclaration de l'étude à la CNIL effectuée.

Dans ce cadre, la loi française prévoit que le patient sollicité pour participer, soit informé en détails sur l'étude par le médecin qui lui propose la recherche et qu'il donne son consentement par écrit. Pour les patients mineurs, le consentement des deux parents doit être

obtenu. Des règles particulières doivent être appliquées pour les patients majeurs sous tutelle ou curatelle, les patients incapables de s'exprimer ou en situation d'urgence.

Les études menées par nos praticiens utilisent les documents élaborés par la Délégation Inter-régionale à la Recherche Clinique Sud-Ouest Outremer (DIRC SOOM) établis en conformité avec la loi et la réglementation françaises. Ces documents comportent notamment :

► un formulaire de renseignements, accompagné d'une infor-



mation orale claire et compréhensible donnée par le praticien qui propose l'étude au patient.

► un formulaire de consentement tripliqué où sont recueillies les signatures du patient et du médecin si le patient donne son consentement à participer et pour l'utilisation de ses données. Un feuillet est alors remis au patient, un autre feuillet est gardé par le praticien dans le dossier de l'étude, et le troisième est détenu par le promoteur de l'étude.

A tout moment, le patient peut retirer son consentement.

Article 7

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

A l'exception des mineurs, des majeurs sous tutelle et des personnes hospitalisés d'office, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Si le médecin responsable du service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter

l'hôpital qu'après avoir rempli et signé une attestation sur papier libre établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par deux praticiens, internes ou agents (infirmières, aides soignants...) du service.



Article 8

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

Les hospitalisés participent dans la mesure du possible et compte tenu des exigences du service public hospitalier et de la continuité des soins à l'exercice de leurs cultes (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, participation à un office religieux, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...).

Concernant la « tranquillité » qu'évoque l'article, Max Maradène-Constant, directeur des affaires juridiques de notre CHU rappelle : « un patient hospitalisé peut tout à fait demander qu'un proche ou tout tiers nommé désigné n'ait pas accès à sa chambre ou ne puisse pas entrer en contact avec lui par téléphone. »

Article 9

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur général prend, avec l'accord du médecin responsable du service, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Le patient doit veiller à respecter le bon état des locaux et des objets qui sont à sa disposition. Des dégrada-

tions sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient.

À l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication sur leur présence dans l'Établissement ou sur leur état de santé ne soit donnée à un proche ou à un tiers.



Article 10

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

Un dossier médical est constitué dans l'établissement pour chaque patient hospitalisé.

L'établissement communique aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande directement ou par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations contenues dans leur dossier médical.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée,

pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale, et, pour les incapables, à la personne qui exerce la tutelle.

En ce qui concerne l'accès au dossier d'une personne décédée par un de ses ayants droit, deux conditions sont requises :

- ▶ que le patient décédé n'ait pas manifesté d'opposition à cette communication,
- ▶ que cette communication soit nécessaire aux ayants droit pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits.

Notre CHU dispose de 5 sites d'archivage, qui présente à eux tous l'équivalent de 15 km de rayons de dossiers ! Une gestion par service (avec un fonctionnement par année et numéro de dossier - 19 services concernés) et une gestion par patient (avec un seul numéro de dossier par patient - 9 services sous ce mode de gestion) permettent au Département des dossiers médicaux de répondre aux demandes émanant de nos services de soin, du service juridique ou des relations avec les patients.





Article 11

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subi, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Depuis le 1^{er} septembre, les relations avec les patients, précédemment rattachées au service juridique relèvent de la qualité. Toutes les plaintes et réclamations vont être intégrées dans le circuit des événements indésirables, et puis dans celui de la gestion des risques qui va être mis en place. On

pourra donc mieux les articuler au programme de gestion des risques et d'amélioration de la qualité, en inscrivant des actions dans le plan et en suivant leur application. L'enquête nationale auprès des patients qui vient d'être faite va aussi permettre d'installer le focus sur les points qu'elle relève, avec un écho qui

ne vient pas du seul service de soins. Les relations avec les patients recevront les plaintes non juridiques (courriers de mécontentement...) et les instruiront. « Nous irons dans les services pour avoir des éléments de compréhension, et reviendrons vers les auteurs des courriers de réclamation pour leur donner des réponses. Lorsqu'une médiation avec un médecin sera nécessaire, le président de la Cruq sera sollicité. De la même façon, si le motif d'insatisfaction nécessite une rencontre avec un cadre soignant, le médiateur paramédical de la Cruq sera sollicité. »

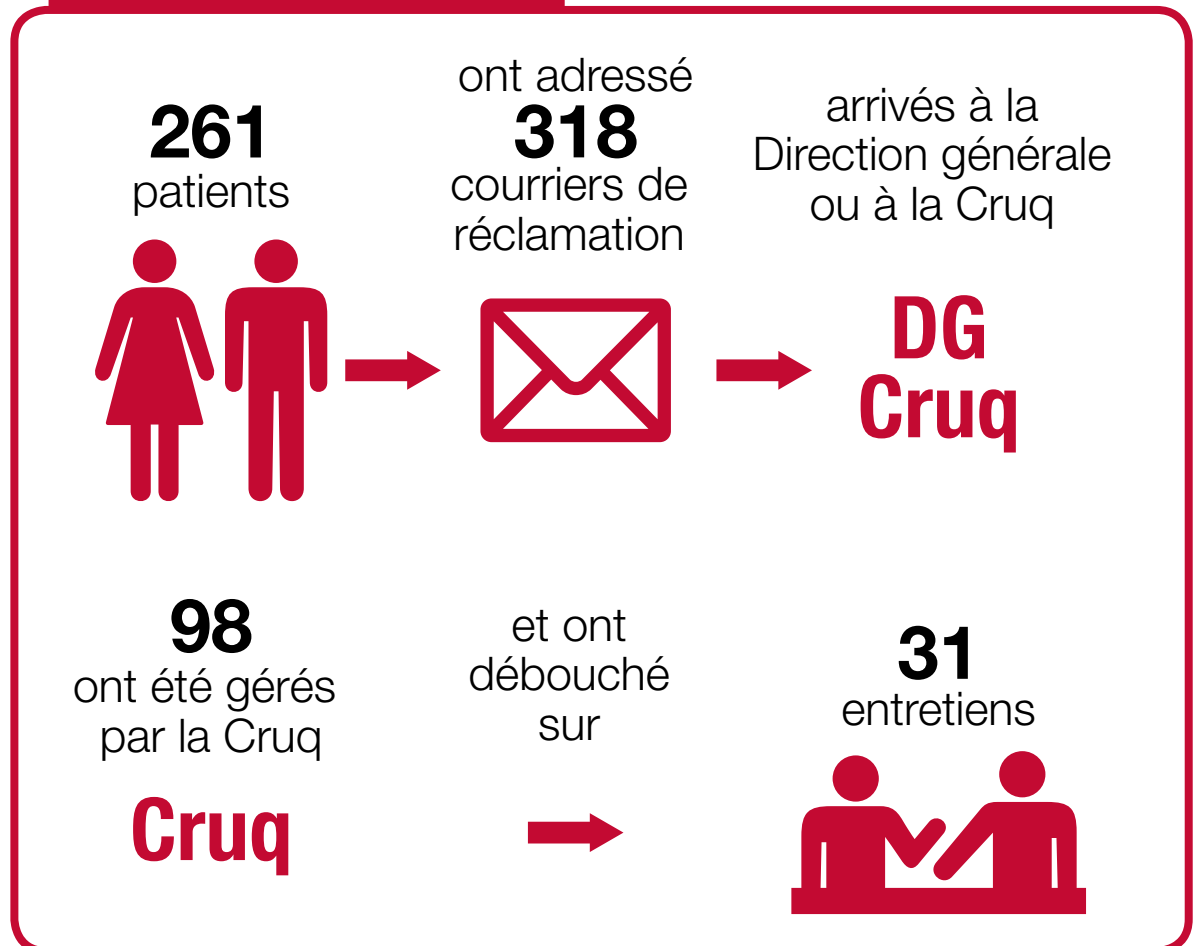
Le Pr Catanzano, ancien président de CME et actuel président de notre Cruq explique : « Ce droit d'être entendu existe dans notre établissement. Il faut distinguer la plainte du patient hospitalisé, du non hospitalisé. Dans le premier cas, nous traitons sa plainte avant sa sortie. Par volonté d'être réactif, je vais moi-même voir dans le service le patient plaignant, puis je m'entretiens avec le cadre de santé et le responsable de service pour comprendre et pouvoir expliquer. Dans le cas où la personne n'est plus hospitalisée, il y a 3 possibilités. Soit je mène moi-même les investigations, rencontre les professionnels concernés, étudie le dossier médical (si le patient m'a donné autorisation d'y accéder) et reçois le plaignant seul ou avec ses proches. Soit je soumetts les plaintes

aux médiateurs infirmiers quand elles relèvent du corps soignant. Soit, quand les cas me paraissent plus complexes, je les soumetts à la commission de la Cruq. »

L'expérience de notre Cruq le prouve : les plaignants reçus poursuivent rarement l'hôpital en justice. « Quand on prend le temps d'expliquer les choses et que l'on commente le dossier médical - et cela peut prendre 2 ou 3 heures, les personnes comprennent. Même si il y a eu une faute. Ce que les personnes veulent, c'est qu'on les écoute et qu'on leur explique pour qu'elles comprennent. C'est pour cette raison, que le médecin qui a pris en charge le patient doit voir le patient et la famille. » Le Pr Catanzano se défend aussi de tout parti pris pour l'hôpital ou les médecins : « J'essaie d'être juste, ni d'enfoncer un professionnel ou l'hôpital, ni de taire une éventuelle faute : je dis la vérité. Et le cas échéant, je donne même au plaignant la procédure à suivre s'il veut aller devant les tribunaux. »

La Cruq de notre CHU, au-delà de son accessibilité par les voies classiques (téléphone, mail) propose aussi, et ce n'est pas le cas dans tous les établissements, une permanence hebdomadaire à la Maison des usagers, à Dupuytren. ■

Hôpital Dupuytren - année 2010



2011 : l'AP-HP engagée en faveur des droits des patients

Déclarée « année des patients et de leurs droits » par le ministère de la santé, 2011 est l'occasion pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris de présenter la palette d'initiatives déployées pour faire vivre les droits des personnes à l'hôpital.

38 chargés des relations avec les usagers et 156 représentants des usagers et des familles, 10 maisons d'information en santé, des plaquettes d'information ciblées, un film réalisé avec la Ligue contre le cancer, des formations destinées à sensibiliser les hospitaliers aux chartes, journée qualité et droits des patients... la mobilisation institutionnelle sur cet enjeu est évidente. Sa 5^{ème} édition s'est déroulée le 14 juin et a été dédiée à « l'information au cœur de la relation avec les usagers ». A l'AP-HP, le respect de la personne malade est compris au sens large. Cette notion recouvre à la fois l'attention portée aux droits des patients et le souci de leur satisfaction. Objectifs qui relèvent d'un même programme qualité visant à donner toute leur place aux consultants, aux hospitalisés et à leurs proches et à améliorer leur écoute, leur accueil et leur accompagnement.

« Les droits des patients ! Un thème cher à l'institution et depuis longtemps »

renchérit Anne-Claude Le Voyer, directrice du département des droits du patient et des associations qui aime rappeler le rôle de précurseur de l'AP-HP en matière de démocratie sanitaire « *Dès 1996, un département des droits des malades était ouvert, véritable interface entre nos hôpitaux et les représentants des usagers* ». Les actions menées aujourd'hui s'inscrivent dans le droit fil de la politique d'humanisation de l'hôpital amorcée en 1995 par la promulgation de la charte du patient hospitalisé. Demain, les changements d'organisation et la future direction du service aux patients et de la communication donneront encore plus d'ampleur à cette mission en harmonisant les pratiques. « *A l'AP-HP, nous sommes très fiers de dispenser d'excellentes prises en charge médicales et infirmières. Nous restons aussi très vigilants quant au respect des droits des personnes mais nous devons être plus attentifs à l'environnement relationnel et organisationnel proposé aux malades. Pour que le service rendu aux 5 millions de personnes qui nous font confiance chaque année soit optimal à tous les niveaux, plusieurs marges de progression*

ont été identifiées comme simplifier l'accessibilité à l'hôpital, la prise de rendez-vous, anticiper le parcours de soins et le retour au domicile... » C'est un peu la feuille de route de la Direction du service aux patients et de la communication. Pour garder le cap, l'équipe de Madame Le Voyer s'appuie sur les analyses et recommandations formulées dans les rapports des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) pour améliorer l'hospitalité ».

Les enseignements des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQPC)

L'analyse des 38 rapports des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQPC) est l'occasion pour

l'AP-HP de vérifier le bon respect des droits des patients et d'apprécier le degré de satisfaction des consultants

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

et des personnes hospitalisées. Ces évaluations annuelles débouchent sur la mise en oeuvre de mesures correctrices dans les différents sites de l'AP-HP.

Réclamations

En 2009, les hôpitaux de l'AP-HP ont recensé 5 482 réclamations contre 5 742 en 2008, soit une diminution de 4,5 %. Ramené à l'ensemble des patients traités, le taux des personnes mécontentes ne représente que 0,1 % des malades accueillis. Et, si leur nombre baisse légèrement, les motifs d'insatisfaction exprimés par les usagers (7 207) connaissent une augmentation de 3,2 % ; une hausse qui s'explique par la meilleure comptabilisation de l'ensemble des griefs exprimés dans un même courrier (accueil, restauration, prise en charge soignante...).

Qui réclame ?

Plus de la moitié (52 %) des réclamations émanent des patients, 38 % de la famille et 10 % d'autres personnes.



Une Maison d'Information en santé (MIS)



Quels sont les trois principaux motifs d'insatisfaction ?

Première cause de mécontentement : la qualité des traitements et des soins (38 %). Cet item regroupe notamment les relations avec le personnel médical et non médical, les délais d'attente, la prise en compte de la douleur, les erreurs de diagnostic, les accidents thérapeutiques, l'accompagnement de fin de vie, le secret professionnel, l'organisation des examens, le nursing...

Pour Anne-Claude Le Voyer, ces plaintes interrogent avant tout le comportement de certains professionnels ; un phénomène de posture qui prend des formes différentes selon le statut. Chez les médecins, on peut parfois regretter un certain formalisme qui, pensent-ils, les protégera du risque pénal. Leur position défensive peut se traduire par une communication froide et technique notamment sur les conséquences possibles des interventions chirurgicales ; une distance mal vécue par les malades. A la décharge des médecins, il faut reconnaître que leur formation initiale les sensibilise peu à l'empathie.

Chez les paramédicaux, les problèmes d'effectifs, de disponibilité sont souvent mis en avant. L'usure, la routine sont également responsables de certaines maladroites dans la relation au malade. D'où la nécessité de concevoir une vraie stratégie managériale de gestion des ressources humaines avec des changements de poste plus fréquents...

Autre critique : la sécurité des personnes et des biens citée dans 12,2 % des réclamations. Il s'agit de vols, de perte ou de dégradation d'objets, d'incidents ou accidents non thérapeutiques, de violences.

Enfin, troisième motif de plainte : la facturation (12 %). Le mécontentement est souvent lié à une critique de la qualité des soins. En effet lorsque les patients ne sont pas satisfaits de la qualité, ils contestent la facturation liée à leur prise en charge.

Forts de ces constats, de nombreuses initiatives ont été déployées pour améliorer la satisfaction des patients et promouvoir leurs droits

Au niveau de la direction générale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Une commission centrale de concertation avec les

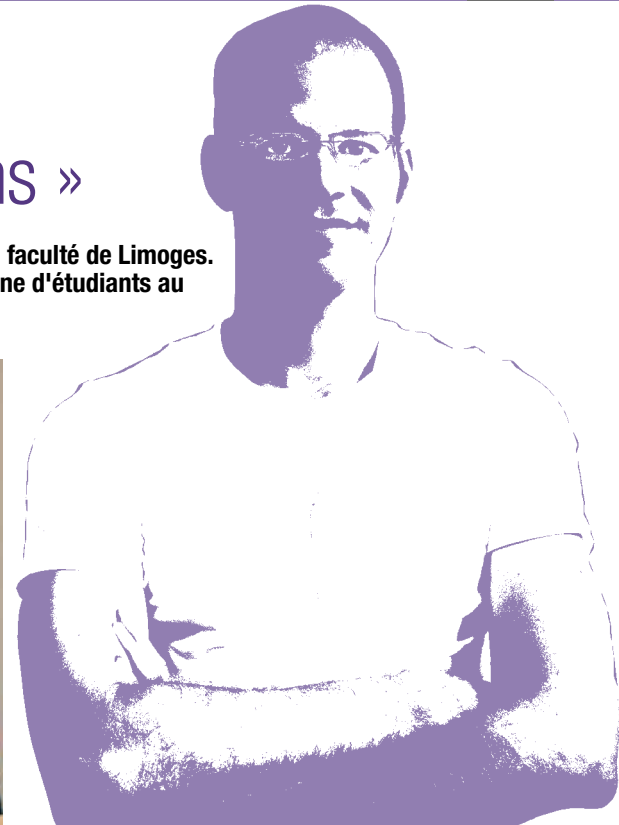
usagers vient d'être créée. Sa mission : conduire le dialogue institutionnel avec les patients et formuler des recommandations. Aux côtés de la directrice générale de l'AP-HP et des représentants des usagers et des familles siègent des responsables administratifs et médicaux, des médiateurs et des soignants...

Au niveau des établissements

- ▶ Formation pluriannuelle des secrétaires médicales sur l'accès au dossier médical et rappel régulier de l'importance du respect des délais.
- ▶ Mesures disciplinaires prises pour négligence professionnelle à l'égard des usagers.
- ▶ Plan de formation du personnel relatif à la « loi Léonetti » : un dépliant à l'usage des professionnels a été réalisé et distribué.
- ▶ Elaboration d'un guide intitulé « Information des patients et responsabilité des professionnels » présenté aux membres de la CRUQPC.
- ▶ Revue de projet : réunions trimestrielles avec les cadres paramédicaux et administratifs de pôles pour dresser un bilan des réclamations par pôle.
- Prévention des chutes : mise en place d'un groupe de travail sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et une revue de mortalité morbidité (RMM) dont les travaux sont présentés à la CRUQPC.
- ▶ Mise en oeuvre de rappels sur le thème de la bientraitance dans chacune des unités.
- ▶ Rédaction et diffusion d'une fiche conseil pour les personnels sur la gestion de l'agressivité.
- ▶ Cahier de suivi de linge afin d'éviter les disparitions de vêtements et de trouver les causes des dysfonctionnements. Audit repas...
- ▶ Dispositif d'écoute du patient formalisé (la chargée des relations se déplace dans le service en cas de réclamations).
- ▶ Imputation du coût des pertes d'objet dans les budgets des pôles.
- ▶ Revues Morbidité Mortalité (RMM) lors de décès ou ré-hospitalisations inattendus.
- ▶ Des ateliers d'études de cas sur la relation soignant-soigné organisés par la médiatrice non médicale, psychologue clinicienne. Ce projet, inspiré par l'analyse qualitative des plaintes exprimées par les usagers vise à mettre à la portée de tout soignant, médecin ou non médecin, un outil de réflexion et d'analyse des questions relatives à la relation thérapeutique. ■

« Nous avons de nombreux moyens de préventions »

Raphaël Jallageas a 29 ans, il est en 2^{ème} année de DESC de médecine du sport à la faculté de Limoges. Une spécialité encore récente (créée en 2004), qui accueille seulement une quinzaine d'étudiants au niveau national chaque année mais attire de plus en plus de candidats.



Quel est votre parcours ?
Je suis charentais, mais j'ai réalisé mon externat et mon internat au CHU de Limoges. Dès ma première année d'internat je me suis rapproché du Pr Daviet à qui j'ai fait part de mon projet professionnel. A l'heure actuelle, le coordinateur national du diplôme n'autorise l'inscription que d'un étudiant en médecine du sport par faculté et par promotion : j'ai la chance d'être celui-là pour Limoges. Je termine ma 2^{ème} année de DESC en novembre, après un an de stage auprès du Pr Daviet, coordonnateur des consultations de médecine du sport. J'espère ensuite rester ici pour exercer à la consultation de médecine du sport. A plus long terme, mon objectif est d'intégrer le staff d'un club de sport professionnel.

C'est un monde que vous connaissez ?

J'ai récemment participé sur Jean Rebeyrol aux tests médicaux de l'équipe de football de la Berrichonne de Châteauroux. J'ai aussi effectué un semestre en post internat (novembre 2010 à mai 2011) à la Fédération française de football en tant que médecin responsable du centre médical de Clairefontaine. Et je viens récemment d'être nommé médecin de l'équipe de France de foot des U18 (moins de 18 ans) avec Philippe Bergeroo.

Comment jugez-vous votre formation et votre stage à Limoges ?

La formation me paraît adaptée. Une partie est axée sur la physiologie : nutrition, physiologie cardiaque et physiologie de l'effort... L'autre sur la traumatologie des sports, avec une différenciation selon les activités. Simplement, un temps de formation plus long avec plus de stages de terrain serait bénéfique. Le service de médecine physique et réadaptation, auquel est rattachée la consultation de médecine du sport me semble un bon lieu de stage. Nous y voyons des sportifs du dimanche comme des professionnels pratiquant un sport collectif ou individuel. Ainsi, certains coureurs à pied, qui font des trails de 40 à 200 km, consultent pour le suivi de pathologies chroniques liées à leur sport. Un des atouts de ma formation est la proximité avec le coordinateur local, le Pr Daviet. En effet, seul étudiant en formation, j'ai bénéficié d'une formation totalement personnalisée. Au cours de mes stages j'ai pu constater que le CHU de Limoges a des professionnels et un plateau technique qui n'ont rien à envier à d'autres, plus réputés.

On parle souvent de la rééducation. Et la prévention ?

Nous la développons. Notamment avec la Berrichonne. Nous leur avons fait gagner 100 jours d'arrêt de travail l'an dernier. Nous avons de nombreux moyens de préventions qui ont fait leurs preuves scientifiquement. L'évaluation isocinétique permet par exemple de calculer

la force des muscles agonistes et antagonistes au niveau d'un segment de membre. Ce test permet de dépister d'éventuels déséquilibres musculaires et de pouvoir établir un programme de rééducation adapté pour diminuer le risque de blessures musculaires.

Les recommandations et techniques ont-elles évolué ?

Evidemment. Le traitement de la tendinopathie, par exemple, est différent d'il y a 20 ans. Avant on s'arrêtait un mois. Aujourd'hui, nous savons qu'il ne faut pas s'arrêter complètement. La synthèse et la dégradation de la fibre tendineuse est conditionnée par l'activité physique qui joue un rôle considérable dans ce turn-over. Il convient donc de diminuer son activité physique et de mettre en place sur quelques semaines un protocole de rééducation adapté. Nous avons aussi accès à une imagerie de plus en plus performante, notamment l'IRM et l'échographie qui renforcent nos diagnostics cliniques.

Un conseil aux personnes qui reprennent le sport après une période d'arrêt ?

Ne bâclez pas la phase de pré-saison. Commencez par un entraînement en endurance, puis en fractionné, et travaillez votre sensibilité proprioceptive pendant 3 à 6 semaines avant de reprendre la compétition. ■

* La sensibilité proprioceptive permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque partie du corps à chaque instant (source : Vulgaris médical)

« le CHU de Limoges a des professionnels et un plateau technique qui n'ont rien à envier à d'autres, plus réputés »

« Prouver que l'on défend à la fois qui doivent de toute façon avoir

Karine Mutel, est cadre administratif des pôles mère-enfant, et neurosciences tête, cou et rachis. Véronique Pragout, a les mêmes fonctions sur le pôle onco hématologie, et le pôle viscéral orthopédie. Deux parcours, une fonction et un regard partagé sur leur nouveau rôle au sein des équipes de direction de pôles hospitalo-universitaires.



Cadre administratif de pôle, c'est un nouveau métier ?

KM – Au CHU de Limoges, oui mais pas vraiment dans les textes. C'était prévu par la loi, depuis l'ordonnance de 1996 sur la gouvernance. Même si suite à l'ordonnance du 2 mai 2005 le CHU de Limoges avait d'abord choisi de mettre en place au sein du pôle Activité, finances et contractualisation des contrôleurs de gestion assurant aussi des fonctions d'assistant de gestion de pôles.

Ça change quoi ?

KM – Ça me paraît très proche de ce que je faisais déjà avant, mais en étant à 100 % sur les pôles HU, j'ai plus de temps pour eux et me sens donc plus à l'aise. On garde aussi une grosse partie du contrôle de gestion pour les pôles dont on a la responsabilité.

VP – Me concernant, c'est vraiment un nouveau métier. Je suis arrivée directement dans cette fonction, après avoir été adjointe à la direction de l'hôpital de St-Leonard-de-Noblat sur les services économiques et financiers. Je ne suis pas dépaycée par rapport à mon parcours professionnel, car les compétences de base sont financières et économiques. mais les compétences financières de base, doivent être acquises.

Est-ce vous qui avez choisi les pôles sur lesquels vous travaillez ?

KM – Nous avons choisi nos pôles quand on était assistant de gestion de pôle. Mais quand la fonction de cadre administratif de pôle a été créée, la direction générale du CHU a positionné chaque cadre administratif sur des couples de pôle en fonction de leurs liens fonctionnels.

Mais vous êtes des agents des pôles HU ou du pôle activité, finances, recherche et innovation ?

VP – Sur ma feuille de paie je suis affectée à 50 % sur l'unité fonctionnelle de pilotage d'un

pôle, et 50 % sur celle de l'autre pôle pour lequel je travaille. On apparaît donc bien sur le budget des pôles hospitalo-universitaires. Même s'il y a une grande proximité avec le pôle activité, finances, recherche et innovation. **KM** – Mais on est toujours considérés comme des « administratifs »...

Quel est votre rôle ?

VP – Je suis là pour aider aux prises de décisions sur tout ce qui relève de la gestion : développement d'activité, d'affectations de personnels, de gestion financière... j'apporte des éléments de mesure de diagnostic, des données sur des indicateurs précédemment validés par les équipes médico-soignantes et administratives. Cela passe par des échanges quotidiens avec les cadres de santé de pôle : on s'appelle, on se voit...

KM – Le ou la cadre de santé du pôle arrive avec les éléments du terrain, le médecin chef de pôle a les informations d'ordre médical, et je propose des supports d'aide à la décision. Mais au final, le décisionnaire est bien le chef de pôle. J'ai aussi un rôle d'alerte, pour relever des points de gestion positifs ou négatifs, qui peuvent échapper au chef de pôle et cadre de santé de pôle « quand ils ont la tête dans le guidon ».

Vous avez le sentiment de passer pour « l'œil ou la voix de la direction » ?

KM – Parfois. Cela dépend de mes interlocuteurs. Certains nous voient effectivement comme ceux « qui roulent pour l'administration ». J'essaie de prouver que l'on défend à la fois le pôle et l'institution, qui doivent de toute façon avoir des objectifs communs.

VP – Au-delà de notre travail sur les pôles, on a des messages institutionnels à relayer, c'est vrai. Les directeurs référents nous soutiennent quand c'est nécessaire sur les orientations qui relèvent de la stratégie du CHU.

Le dialogue semble parfois dif-

le pôle et l'institution, des objectifs communs »



ficile. On a le sentiment que les données « froides » des tableaux de bord se heurtent parfois au ressenti des acteurs dans les services de soins.

Par exemple par rapport à l'activité ?

VP – On a parfois des incompréhensions. Mais on arrive toujours à un consensus. On trouve toujours ensemble des débuts d'explication et des pistes d'amélioration : sur l'organisation, le parcours patient qui peut parfois être optimisé. Au besoin, des cabinets extérieurs nous aident à comprendre ou objectiver nos données.

KM – Il faut savoir traduire des chiffres bruts. Par exemple un taux d'occupation est une moyenne. Souvent, et cela se comprend, on se souvient des jours où l'activité du service a été en surchauffe. Mais on oublie plus facilement d'autres jours, plus calmes.

Vous êtes installées dans un bureau partagé par plusieurs cadres administratifs de pôle, travaillez simultanément sur deux pôles... comment vous y retrouvez-vous ?

KM – Un bureau dans les pôles HU faciliterait notre intégration, mais comme on est rattaché à

deux pôles, cela n'est pas envisageable pour l'instant. Notre positionnement actuel a l'avantage de faciliter une coopération et une harmonisation de nos pratiques entre cadres administratifs de pôles. C'est vrai que je peux avoir un appel d'un pôle, puis 5 mn après celui de l'autre, mais il suffit d'être rigoureux et organisé.

VP – On a les mêmes invariants d'un pôle à l'autre : ces outils de diagnostic communs pour tous les pôles (PMSI, le codage, les données du pôle RHOSQ...) facilitent aussi notre travail.

KM – Pour obtenir ces invariants, on travaille avec tous les pôles de gestion et le Sime, en plus de nos pôles HU. C'est le côté intéressant de ce métier.

Quels sont les outils dont vous disposez ?

KM – On a des tableaux de bord qui recensent les indicateurs d'activité, les données liées aux ressources humaines et les indicateurs financiers. Ils sont établis à partir des données qui remontent des logiciels alimentés par les services (web100t, Crossway..), et bientôt ils seront accessibles dans Axege santé.

VP – Karine et moi sommes pour les pôles neuroscience et onco hémato, pôles pilotes



dans l'exploitation d'Axège depuis début 2011. Cette base de données alimentée automatiquement par tous les logiciels métiers nous aide, une fois que j'ai retravaillé les chiffres pour les rendre plus compréhensibles du triumvira de pôle et du directeur référent.

Qu'est-ce qui est le plus difficile dans votre fonction ?

VP – Je dois suivre le calendrier contraint des pôles avec des échéances courtes à respecter. Je m'adapte au planning, et aux interlocuteurs. Il faut être dynamique et diplomate.

KM – On gère le programmé et le non programmé. Comme les services de soins, on s'adapte.

La culture polaire et le sentiment d'appartenance à l'institution progressent-ils ?

KM – La culture polaire est facilitée pour le pôle mère-enfant, dont les équipes sont réunies sur un même lieu. C'est vrai qu'il faut concilier tous les impératifs.

VP – Je crois que l'approche polaire progresse quand même. La rédaction des projets de pôle dans une stratégie qui doit être partagée par les services les constituant y contribue. ■

« On a parfois des incompréhensions. Mais on arrive toujours à un consensus. »

« Il faut essayer de détecter et promouvoir des gens qui vont vous dépasser »



Le Pr François Denis, ex chef du pôle biologie-hygiène, nous a accordé une longue interview vidéo* à la veille de son départ à la retraite en septembre. Chorus vous propose ici un extrait de cet entretien avec un médecin reconnu internationalement et apprécié de tous.



Etre un médecin chercheur réputé en faisant carrière à Limoges serait donc possible ?

Il n'y a pas de « fatalité limousine ». C'est uniquement dans l'esprit des gens. Il ne faut pas avoir peur de montrer que l'on est compétitif et le faire savoir. On m'a proposé des postes dans des services parisiens prestigieux, et à la direction de la recherche à l'Institut Pasteur... j'ai refusé. Je suis ancré à Limoges, et j'ai quand même été Président du Conseil National des Universités (CNU) pour la bactériologie-virologie-hygiène mais aussi la microbiologie et les maladies infectieuses transmissibles.

La tâche est quand même plus ardue si l'on n'est pas d'un des 5 plus gros CHU...

Marie-Cécile Ploy (ndlr : nouvelle responsable du service bactériologie-virologie-hygiène) a fait un DEA à Paris. Bon, de là-bas, ils regardaient Limoges... Au début, elle était un peu découragée. Je lui ai dit « *montrez ce que vous savez faire* ». Elle a été major du DEA à Paris. Ils l'ont alors vu d'un autre œil. Elle a ensuite fait deux stages d'un an à Pasteur où elle a fait ses preuves. Il faut s'exporter, ne pas être frileux, ne pas avoir peur. Dans les « petites facs », on ne peut pas tout faire. Il faut profiter de l'environnement extérieur : s'il y a une technique qui doit être développée et qu'elle existe ailleurs, il ne faut pas

se dire « *je vais la développer ici* ». Vous allez perdre un an et demi. Il faut trouver le meilleur endroit en France ou à l'étranger, où elle existe déjà, y faire un stage de 15 jours ou deux mois, pour apprendre la technique et la transférer immédiatement ici pour partir sur des bases de top niveau.

Vous pensez que notre CHU a aujourd'hui une activité de recherche reconnue ?

Marie-Cécile Ploy vient d'obtenir une reconnaissance Inserm. Avec les labellisations des unités du Pr Marquet, du Pr Preux et du Dr François, cela fait quatre unités Inserm presque acquises en simultané. Personne n'aurait parié dessus il y a quelques années. Si on veut, « si on fait le boulot », si on sait se faire reconnaître, il y a un retour.

Ces labels et ces compétences développent-ils notre attractivité professionnelle ?

Les choses s'inversent, et « oui » des gens font maintenant des stages ici. Un chercheur canadien venu en stage chez nous cherche même un financement pour revenir 6 mois. Quand j'ai été Président du CNU, des candidats sont venus à Limoges pour se faire auditionner. Ils ont visité le laboratoire hospitalier et le laboratoire de recherche et ont vu que l'on avait des moyens que les grands hôpitaux parisiens, souvent, n'ont pas. Par exemple, une unité de séquençage, ouverte à toutes les disciplines, à la fois

à l'hôpital et à l'université. On est petit mais il faut être groupé. Tout seul vous ne représentez pas grand-chose. Si vous avez une légion bien unie, et « si vous savez faire la tortue », avoir de la cohésion, là vous avez du poids et vous êtes reconnu.

Cela suppose aussi une continuité des compétences et de l'excellence...

Il faut assurer la relève et ne pas être égoïste. Ancien Président du CNU j'ai remarqué que 50 à 75 % de mes collègues ne s'étaient pas occupés de leur succession. Pour mettre quelqu'un en piste il faut 10 ans de boulot. Certains doivent se sacrifier pour laisser pousser d'autres talents. C'est la cohésion d'une équipe. Tout le monde ne sera pas patron un jour mais il faut que les gens sentent qu'il y a une démarche collective. Il ne sert à rien d'avoir un grand bâtiment, si vous n'avez pas des gens performants à mettre dedans et qu'il y ait une continuité. Prévoir l'avenir est essentiel. Beaucoup de gens se sentent importants en recrutant des gens qui sont au-dessous d'eux. Alors qu'il faut essayer de détecter et promouvoir des gens qui vont vous dépasser, qui puissent mener des équipes de façon pérenne. On voit en France de très grandes équipes qui se délitent 3 ans après le départ du patron, parce que celui-ci n'a pas pensé à la suite. ■

* en ligne début 2012 sur le site web du CHU

« Si on veut, « si on fait le boulot », si on sait se faire reconnaître, il y a un retour »

« Un œil c'est minuscule, mais il s'y passe des milliards de choses »

Alors qu'elle exerce dans une discipline où les praticiens sont de plus en plus rares et les rémunérations proposées par le privé 3 à 4 fois supérieures à celles de l'hôpital public, Stéphanie Petitpas, chef de clinique en ophtalmologie, veut défendre l'accessibilité de l'ophtalmologie pour tous.



Qu'est-ce qui vous séduit dans votre discipline ?

L'ophtalmologie, c'est passionnant. Un œil c'est minuscule, mais il s'y passe des milliards de choses et il peut être le terrain de quantités de pathologies différentes. L'ophtalmologie est une des rares spécialités où le médecin suit le patient tout au long de son parcours de soin : de l'hypothèse diagnostique, aux examens pour préciser ce diagnostic, en passant par la thérapeutique médicale ou chirurgicale.

Votre préférence va à la médecine ou à la chirurgie ?

Je suis en train de me spécialiser dans la chirurgie de la rétine, avec une part croissante de l'activité en ambulatoire.

Vous aviez le choix d'autres destinations : pourquoi avez-vous choisi le CHU de Limoges ?

J'ai réalisé mes études de médecine à Lille, mais j'ai voulu obtenir ma spécialité à Limoges car le CHU de Limoges est très réputé et coté en ophtalmologie. Le choix de l'hôpital public c'est également une façon de voir les choses. J'aime penser que tout le monde peut être soigné, et cette permanence de l'accès aux soins c'est bien le CHU qui l'assure. Le volet universitaire, l'enseignement en particulier a aussi été un argument. J'aime cette

transmission des connaissances par compagnonnage au sein du service. Et puis, le CHU c'est l'endroit où l'on voit les choses compliquées, rares et intéressantes.

Quel est votre patientèle ?

Je reçois aussi bien des enfants (j'ai une demi-journée de consultation à l'hôpital de la mère et de l'enfant) que des personnes âgées. Disons que les personnes qui consultent le moins ont entre 20 et 30 ans.

Chacun connaît les délais pour avoir un rendez-vous en ophtalmologie... peut-on espérer qu'ils diminuent dans les prochaines années ?

Les départs à la retraite d'ophtalmologistes « de ville » continuent... les patients vont devoir attendre encore plus... Sauf urgence, on est déjà à 6 ou 8 mois d'attente ici. Dans d'autres régions les patients doivent attendre deux ans pour avoir un rendez-vous. Cette pénurie d'ophtalmologistes est liée à la diminution du numerus clausus. Dans un service comme celui de notre CHU, il faudrait 4 ou 5 postes ouverts aux internes : on en a 3.

Vous évoquez l'accès au médecin. Mais celui à l'accueil téléphonique du service n'est déjà pas simple...

C'est vrai, les patients ont

d'immenses difficultés pour joindre le service. On manque de personnes à l'accueil téléphonique pour répondre ou orienter selon l'urgence. Pour contourner cette barrière, des patients adressent des mails et courriers à mon attention plutôt qu'au secrétariat, d'autres se déplacent directement dans le service pour prendre leurs rendez-vous. L'absence de dossier informatisé est très préjudiciable à cette fluidité. On a aujourd'hui une personne qui gère les allers-retours des fiches bristol où sont notées les données sur les patients... Comme pour d'autres sujets, la mise en place de solution dans le service public semble se heurter à des barrières administratives ou financières que je comprends mal.

Bref, vous n'êtes pas contente...

Non, je râle, mais on a quand même les moyens de travailler très correctement. Le service est en train d'acquérir du nouveau matériel pour la chirurgie rétinienne. Ces équipements vont permettre des temps d'intervention plus courts, avec une sécurité encore renforcée. Idem pour les consultations de la rétine, pour lesquelles de nouveaux équipements arrivent en fin d'année. Le laser Excimer est aussi attendu prochainement. ■

« le CHU de Limoges est très réputé et coté en ophtalmologie »



Zinédine Zidane rend visite aux enfants hospitalisés en onco-hémato pédiatrie, hôpital de la mère et de l'enfant 16 novembre 2011.



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement

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