

chorus

n°103
janvier 2013

le magazine
du CHU
de Limoges

Dossier

Les blocs opératoires

Mieux connaître

- L'ENGAGEMENT DU CHU DE LIMOGES DANS LE DEVELOPPEMENT DURABLE
- DES SANGUES POUR SOIGNER
- UNE COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE (CHT) ORIGINALE EN LIMOUSIN

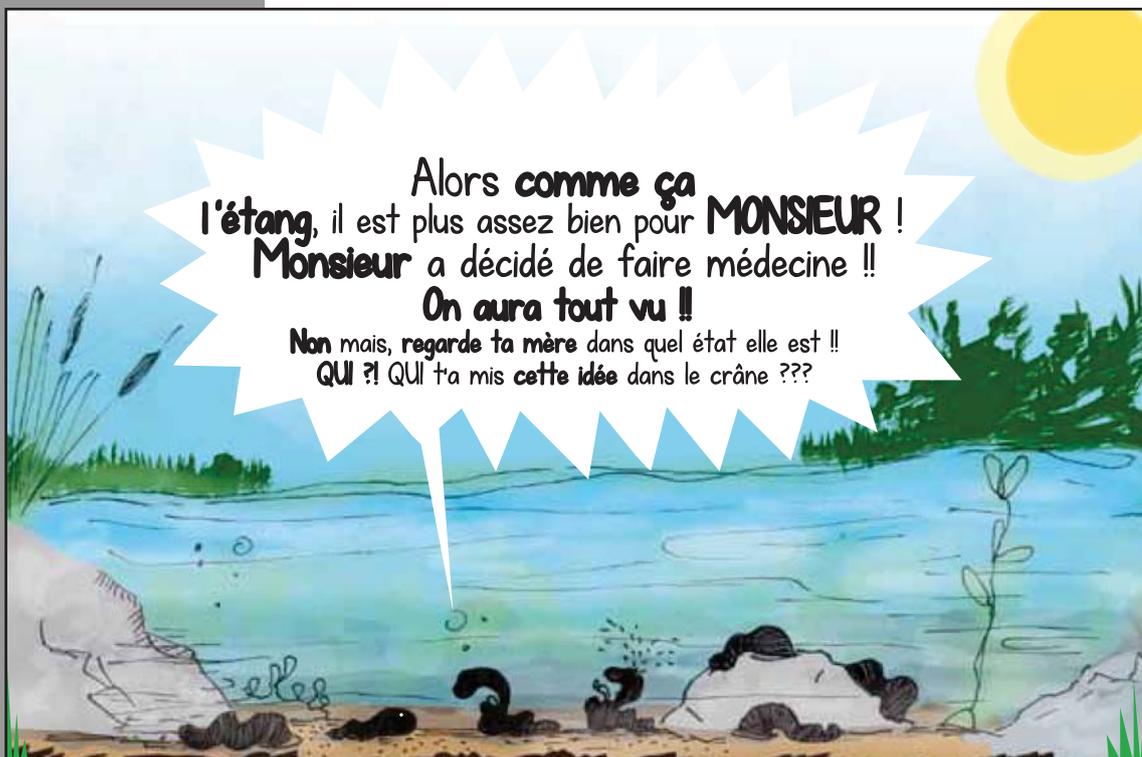
Ailleurs

- PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE A TOULOUSE

Rencontres

- MARIE-PIERRE APCHIN
- ROBERT MARTIN





13
DES SANGSUES
POUR SOIGNER

Sommaire

04 | actualités

08 | à venir

09 | mieux connaître

- 09 | Ouverture d'un centre spécialisé de la nutrition et de l'obésité
- 10 | L'engagement du CHU de Limoges dans le développement durable
- 11 | Une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) originale en Limousin
- 12 | Le " Damage control "
- 13 | Des sangsues pour soigner
- 14 | Le CHSCT, une instance pour protéger les professionnels
- 18 | Participation à l'enquête nationale de satisfaction au sein du CHU de Limoges : I-SATIS

16 | recherche

19 | du côté de la gériatrie

20 | dossier

Les blocs opératoires

32 | travaux

33 | rencontres

- 33 | Marie-Pierre Apchin
- 34 | Robert Martin

35 | ailleurs

Prise en charge de l'obésité à Toulouse : recherche et pratique clinique réunies au bénéfice direct du patient

36 | ressources humaines

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

40 | l'image

Remise du maillot de Patrice Evra

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

Publication du service
de la communication

service.communication@
chu-limoges.fr

Directeur de la publication
Hamid Siahmed
Rédacteurs en chef
Maïté Belacel,
Philippe Frugier
Secrétaire de rédaction
Maïté Belacel
Photographies
Phanie Presse,
Philippe Frugier,
Frédéric Coiffe,
Maïté Belacel,
Christophe Chamoulaud
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Illustrations
Frédéric Coiffe
Imprimeur
Message, Toulouse (31)
Tirage
9 500 exemplaires
Dépôt légal
1^{er} trimestre 2013
ISSN 0986-2099

éditorial

par Hamid Siahmed,
Directeur général



Le 22 mai 2012, lors du salon Hôpital Expo, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, s'engageait à établir un

pacte de confiance avec l'ensemble des personnels du monde hospitalier. Le 7 septembre, elle présentait les grands axes de ce projet : développer la confiance des Français dans leur système de soins, la confiance entre les responsables politiques et les personnels du monde hospitalier, et la confiance au sein même de l'hôpital public. Précisant, sa pensée sur le 3^{ème} point, elle évoquait lors de son discours « *l'ambition de restaurer un service public hospitalier moderne, à hauteur des enjeux de la santé*

Pacte de confiance

publique du 21^{ème} siècle. »

Notre Projet d'établissement 2012-2016 validé en Conseil de surveillance au début de l'année, et présenté dans le précédent Chorus s'inscrit très exactement dans cette dynamique. Dans un environnement en évolution permanente, le CHU de Limoges a su se mettre en mou-

vement. Vous le savez, nous sommes engagés dans un plan de modernisation sans précédent pour construire l'hôpital de demain. Nous ne sommes qu'au début du chemin. Mais nous pouvons nous réjouir collectivement que l'énorme et nécessaire travail de réflexion et concertation collective pour repenser le CHU, laisse place à l'action et à des réalisations plus concrètes et plus visibles. Les grues s'élèvent et nous progressons dans notre feuille de route. Je pense que le premier avenant à la convention constitutive de la CHT, récemment signé par l'ARS Limousin, constituée autour du CHU de Limoges est une illustration du rôle que doit avoir notre établissement dans son territoire de santé. La convention de direction commune existante entre le CHU de Limoges et le CH de Saint-Yrieix, est d'ailleurs à présent élargie aux CH de Saint-Junien et à l'Ehpad de Rochechouart.

Une année s'achève. Elle a été « énorme » pour vous et vos équipes : évaluations, évolutions des parcours de soins, projet d'établissement... sans veille, bien sûr, de votre quotidien : accueillir et soigner, enseigner et chercher. Je vous remercie donc pour votre investissement, et vous souhaite de joyeuses fêtes et une très belle année 2013. ■

Prix santé public : 5 équipes du CHU primées



Le chu de Limoges a été primé lors de la remise des prix « santé publique » délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Dans la catégorie « Sanitaire et médico social », les lauréats sont :

- 1^{er} prix, option recherche, au Dr Mohamed Touati et au Pr Dominique Bordessoule, pour la recherche organisationnelle mise en place dans le dispositif ESCADHEM, d'externalisation et de sécurisation des chimiothérapies à domicile
- Prix spécial du jury : le Dr Nicolas Pichon et Céline Francisco (CHPOT) pour le projet de kit pédagogique pour les adolescents des maisons de quartier ciblées par le contrat local de santé, pour la sensibilisation au don d'organes
- Le Dr Marguerite Munoz et le Pr Jean-Yves Salle ont été distingués pour le projet de centre de prêt de matériel L2H
- Enfin, le CHU obtient également deux prix dans la catégorie : « Recherche médicale » avec le projet « Dépistage de Staphylococcus aureus chez les patients devant bénéficier d'une chirurgie cardiaque programmée » du Dr Nathalie Pestourie-Penault et du Dr Marcelle Mounier, et le projet du Pr Nicole Tubiana Mathieu : « Activité physique adaptée pour les patients atteints de cancer ».

UN NOUVEAU DIRECTEUR A SAINT-JUNIEN

Eric Brunet a intégré le CHU de Limoges le 1^{er} octobre 2012, dans un premier temps en qualité de directeur « préfigurateur » du Centre hospitalier de St-Junien et de l'EHPAD de Rochechouart et depuis le 1^{er} décembre en tant que directeur délégué de ces deux établissements. Juriste de formation (Faculté de Droit de Poitiers) et ancien élève de l'EHESP, Eric Brunet a débuté sa carrière comme directeur des ressources humaines au Centre Hospitalier de Chartres (Eure et Loir) et l'a poursuivi en tant que directeur des ressources matérielles et des travaux au centre hospitalier de Châtelleraut (Vienne). Il a également exercé, pendant un an, les fonctions de directeur par intérim de cet établissement.



Le CHU de Limoges signe une convention de partenariat avec l'artisanat et les petites entreprises du Limousin (CNISAM)



Les modes de vie qui évoluent, le vieillissement de la population, les préoccupations de santé, de confort et de sécurité. Les artisans et les petites entreprises qui doivent dorénavant répondre aux enjeux de l'accessibilité des Etablissements Recevant du Public (ERP) et aux travaux d'adaptation pour le maintien

des personnes à domicile. Tous ces enjeux d'actualité ont amené le CHU de Limoges et les entreprises artisanales du Limousin (regroupées autour du CNISAM) à mettre leurs savoirs et savoir-faire en commun pour développer des innovations dans le domaine de l'autonomie et de la santé des personnes, à travers la signature d'une convention intervenue le 9 novembre.

Accueil des nouveaux internes



Comme chaque année, le CHU a organisé une journée d'accueil pour les nouveaux internes. Ils étaient au nombre de 130. Cette journée s'est déroulée le 5 novembre, dans la salle de spectacles de l'hôpital Jean Rebeyrol.

Site internet du Centre de référence national neuropathies périphériques rares



Atlas



Le site internet du Centre de référence national neuropathies périphériques rares présente l'équipe de médecins, chercheurs, personnels administratif et technique qui travaillent au service des malades atteints de pathologies neuromusculaires. Les professionnels de santé pourront y trouver les techniques de préparation des prélèvements de muscles, de peau, et de nerf périphérique réalisées sur le site de Limoges. Ces biopsies permettent de mener aux diagnostics de myopathies, de neuropathies...

Vous trouverez également un atlas photographique de clichés permettant de visualiser les anomalies présentes. Ces photographies sont réalisées par un microscope optique, présent au laboratoire de neurologie et par un microscope électronique situé au laboratoire d'anatomie-pathologie. Il met à disposition l'ensemble des consentements nécessaires aux examens pouvant être réalisés sur le site de Limoges.

www.chu-limoges.fr/neuropathieslim

Ouverture d'un Espace Rencontre Information (ERI)



L'ERI, verra le jour au CHU de Limoges au premier trimestre 2013. Il souligne de l'importance accordée par notre institution à la prise en compte des attentes et des besoins des usagers. La ligue nationale contre le cancer, son comité départemental et le laboratoire Sanofy Aventis

sont les partenaires de ce projet. Ce lieu mettra à disposition des usagers une documentation et des accès internet. La présence d'un accompagnateur en santé permettra guidance et conseils pour des informations ciblées, validées et adaptées, base d'un soutien et d'un accompagnement de qualité pour le public accueilli.

L'ERI deviendra un lieu de promotion de l'éducation thérapeutique et de soirées à thèmes en lien avec la cancérologie. Situé provisoirement à l'entrée de l'Institut du cancer au 1^{er} sous-sol de Dupuytren, face à l'entrée des consultations d'oncologie médicale et de radiothérapie, sa position géographique future au rez-de-chaussée de l'établissement est intégrée dans le plan de modernisation qui concerne le pôle onco-hématologie. Visible par cette localisation, ouverte à tous par vocation, l'accessibilité de l'ERI n'en sera que plus grande.

L'ouverture constitue une étape importante de la mise en place du Centre régional de cancérologie dans le but de développer la filière cancer en offrant aux professionnels de la cancérologie du CHU, aux patients, aux proches les ressources nécessaires pour aider à prendre soin des personnes accueillies.



Bonne retraite Rolland !

Son nom ne vous dit peut être rien, mais son visage certainement. En effet Rolland Granger a servi les repas de bon nombre d'entre nous au restaurant du personnel, où il travaillait depuis 1976. Nous lui souhaitons une bonne retraite.

Forum soins : collaboration interprofessionnelle

Le 2 octobre 2012, un forum destiné aux soignants et cadres de santé, toutes filières confondues a été organisé au Lycée Auguste Renoir, sur le thème général de la collaboration interprofessionnelle. Diverses thématiques ont été abordées, comme la gestion des risques, l'organisation de la sortie aux urgences, la prise en charge de personnes atteintes de pathologies spécifiques, les troubles de la déglutition, la culinothérapie en secteur de long séjour, les électroconvulsivothérapies, la mucoviscidose, Hemipass...

Forum de l'encadrement : une première très suivie



Le 24 octobre s'est tenu le 1^{er} Forum de l'encadrement du CHU à la salle Augustoritum (prêtée par la Mairie de Limoges), à la place même de l'ancien hôpital. Un événement autour de la fonction cadre et de la conduite du changement, auquel ont participé 150 cadres et l'équipe de direction du CHU. La matinée a permis d'évoquer la mise en œuvre de la feuille de route de notre CHU.

Les axes forts du projet d'établissement 2012-2016 ont été présentés et leur avancement commenté par le directeur général adjoint, Pascal Bellon, et des cadres acteurs de ces sujets. L'après-midi a connu plusieurs temps forts. Le nouveau directeur général de l'ARS Limousin est d'abord venu exprimer à nos équipes sa confiance et ses espoirs en notre établissement. Puis, 3 tables rondes sur le dossier patient unique, l'entretien d'évaluation et la délégation de gestion ont permis d'échanger témoignages et visions sur ces projets transversaux dans lesquels cadres administratifs, techniques et soignants sont très impliqués. Des interviews vidéo de cadres et une intervention très appréciée du directeur des ressources humaines France de Legrand étaient aussi au programme de cette après-midi.

Le questionnaire de satisfaction renseigné par les participants montre leur souhait de voir être reconduit ce type de rencontre, en conservant la présence d'une personnalité extérieure, et en privilégiant un temps de parole un peu plus long par cadre intervenant quitte à avoir un peu moins de témoignages ou sujets, et en laissant encore plus de temps pour les échanges entre tous les participants.

Formation manutention manuelle des charges inertes



Dans le cadre de l'amélioration des gestes et postures dans le travail, de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, la direction des ressources humaines a mis en place une politique institutionnelle de formation du personnel à la manutention manuelle des charges inertes. Cette formation est particulièrement intéressante pour les services logistiques, techniques, medico-techniques mais aussi pour l'ensemble du personnel.

Les stages de formation durent 3 jours et se déroulent à Chastaingt de façon ludique. Des recyclages sur une journée sont également organisés.

Les objectifs de la formation :

- Acquérir des gestes et postures professionnels sécuritaires afin d'éviter les troubles musculo-squelettiques.

- Mieux appréhender les gestes à effectuer quotidiennement.

- Protection de la colonne vertébrale et des disques inter-vertébraux.

Pour en savoir plus, contactez le département de formation professionnelle (56977) ou les formateurs.

IFSI, IBODE, IFCS, IFAS, CESU, IFA, IADE : nomination des directeurs

Depuis le 1^{er} octobre 2012, Marie-Christine Parneix, directrice des soins, assure les fonctions de directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), de l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) et de l'École d'Infirmiers de Bloc Opérateur (IBODE). Par ailleurs, Arlette Lebraud est confirmée en qualité de directrice adjointe de l'IFSI.

Dominique Auguste, directeur des soins, assure les fonctions de directeur de l'Institut de Formation des Aides Soignants (IFAS), de l'École d'Infirmiers Anesthésistes (IADE), de l'Institut de Formation des Ambulanciers (IFA) et du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU). Par ailleurs, Nadège Crouzy est confirmée en qualité de directrice adjointe de l'IFAS.

Un nouveau site d'information sur la qualité et la sécurité des soins



La Haute autorité de santé (HAS) va coordonner un nouveau site internet d'information sur la qualité et la sécurité des soins qui prendra le relais de Platines

à partir du 1^{er} semestre 2013. La création de ce site intervient suite à la conférence de presse du mois de novembre dernier, présentant les résultats des indicateurs 2011.

www.apmnews.com/accueil.php

Qualité et sécurité des soins : deux nouveaux indicateurs opposables en 2013

La Haute autorité de santé (HAS) et la direction générale de l'offre des soins (DGOS) ont présenté lors d'une conférence de presse le 26 novembre 2012, les perspectives d'évolution des indicateurs de qualité, notamment deux nouveaux qui seront opposables dès 2013, l'un sur l'hémorragie du post-partum, l'autre sur la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).

En savoir plus : www.apmnews.com/accueil.php

FRANÇOISE WOLF VERS TOULOUSE



Françoise Wolf, directrice adjointe à la Coordination générale des soins a quitté le CHU de Limoges pour rejoindre le CHU de Toulouse. De nombreux professionnels se sont réunis le 11 décembre pour la remercier de son engagement, son professionnalisme et sa capacité à avoir su piloter des projets complexes pendant ses 5 ans parmi nous.

Ça déménage !

Cardiologie A

Afin d'effectuer des travaux de rénovation, le service de cardiologie A est transféré depuis le 18 octobre, au 1^{er} étage aile A de l'hôpital Dupuytren. Les numéros de téléphone restent inchangés.

Odontologie

Le service d'odontologie a été transféré à l'hôpital Dupuytren le 13 novembre. Il s'est installé dans les locaux de la stomatologie, au rez-de-chaussée, à proximité de l'ascenseur B. Les numéros de téléphone restent inchangés.

Médecine du sport

Depuis le 12 novembre, la consultation clinique de médecine du sport a lieu au plateau technique de médecine physique et de réadaptation au 1^{er} sous sol de l'hôpital Jean Rebeyrol et non plus à Dupuytren. Le nouveau numéro de téléphone pour la prise de rendez-vous est le 05 55 05 65 16. La consultation d'explorations fonctionnelles d'effort (VO₂ Max) demeure dans le service d'explorations fonctionnelles physiologiques (4^{ème} étage Dupuytren), le numéro de téléphone reste le 05 55 05 61 45.

SSRG

Le SSRG situé au V80 2^{ème} étage est transféré le 4 décembre 2012 au 4^{ème} étage aile A de l'hôpital Jean Rebeyrol. Les numéros de téléphone de ce service ne changent pas.



Découverte du toucher bien-être

Le 1^{er} octobre, avait lieu une journée découverte du toucher bien-être pour les personnels hospitaliers. Cette pratique procure détente et permet d'évacuer son stress. Pour rappel, des ateliers de toucher bien-être sont organisés pour tous les personnels hospitaliers les lundi (13h00 - 17h00), mardi (12h00 - 18h00), jeudi (12h00 - 14h00) au Département de santé au travail à l'hôpital du Cluzeau (inscription au secrétariat, poste 56856), les lundi (13h00 - 17h00) à l'EHPAD

Dr Chastaingt (inscription à l'accueil, poste 56900) et les jeudi (12h30 - 16h30) à l'hôpital Jean Rebeyrol. L'accès à ces ateliers est gratuit.

Identito vigilance : des mesures et une information renforcées

Une note de service relative à la mise en œuvre de la charte d'identification du patient ou du résident a été diffusée en novembre. Ce document, accompagné de la charte et complété de formations professionnelles sur cet item, rappellent l'organisation de la fonction identito-vigilance dans notre CHU et le renforcement des règles en vigueur.

Une plaquette et des affiches, cette fois à destination des patients hospitalisés ou venant en consultation, ont aussi été éditées et largement diffusées (admissions, consultations et actes externes...) pour expliquer le slogan : « Aidez-nous : votre identité c'est votre sécurité ».



Culture & animation



« La mort, cette énigme »



Le Dr Gérard Terrier vient d'achever son livre intitulé « La mort, cette énigme » qui est disponible en librairie.

« Il faut apprendre à vivre tout au long de sa vie, et ce qui étonnera davantage, il faut, sa vie durant, apprendre à mourir, écrivait Sénèque. Pourquoi avoir attendu la soixantaine pour parler de la mort, se demande l'auteur ? Et de répondre : parce que c'est difficile. La mort ne s'expérimente pas. Elle ne s'essaie

pas comme un costume chez le tailleur. Tous ceux qui ont tenté l'expérience l'ont réussie et ne sont pas revenus la partager avec nous, ironise-t-il. Et de citer le philosophe Alain qui dit que « la mort est une maladie de l'imagination ». Du haut de ses quarante années d'expérience, le Dr Terrier nous explique que nous qui débattons de la pertinence ou non de l'euthanasie, ne savons pas ce qu'est la mort. Ce livre unique et profond en étonnera plus d'un, tant il sort des sentiers battus, en prenant à la fois de la hauteur et en descendant à notre niveau.

UN MAILLOT POUR LA VIE



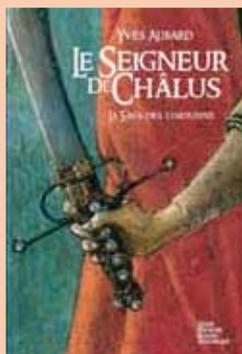
Comme chaque année, l'association toulousaine « Un maillot pour la vie » est venue animer un goûter dédicace en pédiatrie le 27 septembre dernier. Au programme : jeux et rencontre avec des sportifs professionnels locaux du CSP, du LABC, de l'USAL, de l'ASPTT et en présence de l'ancien cycliste Luc Leblanc.

Journées du patrimoine : « Solitude de pierre »

Dans le cadre des journées du patrimoine, une exposition photographique de Stéphane Bein, « Solitude de pierre », a été proposée dans le couloir central de l'hôpital Dupuytren. Cette exposition avait pour sujet les vieilles pierres qu'il s'agisse de murs décrépits, de sites industriels à l'abandon, de lieux de cultes désertés par les fidèles, de simples venelles pavées, ils portent tous les stigmates du temps, de l'érosion du vent comme celle de la mémoire.



La saga des Limousins



La Saga des Limousins est un roman historique en 7 volumes publié chez "Geste éditions", écrit par le Pr Yves Aubard, responsable du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Limoges. Il se déroule à la fin du X^{ème} siècle, entre les années 968 et 999. L'histoire est celle de Lou, un enfant trouvé aux alentours du village de Châlus en Limousin, et de sa descendance. Le roman

n'est pas celui d'un historien et le propos n'est pas de "coller" pas à pas à l'histoire réelle. La trame historique est cependant exacte et de nombreux personnages réels et des faits authentiques vont se mêler au récit.

Le tome 1, Le seigneur de Châlus, vient de sortir.

sagadeslimousins.com



pédiatrique. Ce don était à l'initiative d'un papa et de son fils, Thilbault, en hommage à la première cœlioscopie pratiquée par le Pr Alain sur Thibault en 1991.

Un anniversaire spécial...

Le Rotary Club de Limoges (porcelaine) a offert le 9 novembre dernier 4 consoles de jeux vidéo ainsi que plusieurs jeux au service de chirurgie



« Corps et communication »

Depuis le début de l'année, le CHU de Limoges et la compagnie Perdo Pauwels ont mis en place un partenariat dans le cadre du dispositif « Culture et santé ». Pedro Pauwels a en effet un lourd « passé » de patient. Il a été hospitalisé durant 6 mois, suite à une méningite foudroyante : coma, amputation, dialyse et ensuite la greffe... Peut-être de part son métier de danseur, Pedro Pauwels, durant son hospitalisation dans un hôpital parisien, a souffert d'une gestuelle trop technique, parfois mécanique. Quelques années plus tard, c'est avec le projet « Corps et communication », qu'il sollicite le CHU de Limoges afin d'apporter aux soignants du service de néphrologie, lors d'un atelier mensuel, son expertise de danseur sur la communication non verbale afin d'améliorer la relation soignant-soigné : l'utilisation de l'espace, le positionnement du corps face à l'autre, le rythme d'exécution des gestes techniques. Dans le cadre de ce projet, Pedro Pauwels a également été à la rencontre des patients d'hémodialyse le 29 novembre toujours autour de la danse, mais aussi de son livre « J'ai fait le beau au bois dormant », dans lequel il parle de son expérience des hôpitaux. Un récit plein de vie et d'espoir.

« Mur des sens », projet à part pour les enfants hospitalisés



Le 21 décembre avait lieu l'inauguration d'un « mur des sens ». Cet espace ludique et sensoriel propose un lieu original, ludique et de détente aux enfants et adolescents hospitalisés. Installé en salle de jeux de chirurgie pédiatrique, ce projet a été créé par les compagnons du Tour de France grâce au financement apporté par le prix ADPS. Encore merci à eux.

Un dépistage de la surdité proposé à la maternité

Selon l'arrêté ministériel du 23 avril 2012, le dépistage néonatal de la surdité doit être systématiquement proposé. La déficience auditive est le premier déficit sensoriel recensé à la naissance. Une plaquette et une vidéo ont été réalisés par le service communication du CHU pour présenter le dispositif mis en place de dépistage précoce de la surdité dans l'ensemble des maternités du réseau Périnatim.



Mieux comprendre la personne âgée pour mieux en prendre soin

Les 23 et 24 octobre, les personnels de l'EHPAD Dr Chastaingt et de l'hôpital Jean Rebeyrol ont pu bénéficier d'une journée de formation un peu particulière. En effet, lors d'ateliers, les personnels travaillant auprès des personnes âgées ont revêtu des prothèses ainsi que de drôles de lunettes. Ces équipements étaient destinés à les mettre dans la peau de nos aînés, afin de mieux comprendre ce que ces derniers ressentent et vivent au quotidien. Champ de vision réduit, difficulté à plier les bras et les jambes et à effectuer les gestes du quotidien, mouvements ralentis... Ces ateliers, offerts par la MACSF, ont amené chaque soignant à réfléchir sur ses pratiques professionnelles et à adapter ses gestes envers la personne âgée.



à venir

1^{ères} journées francophones de la recherche en soins

Elles se dérouleront les 11 et 12 avril 2013 à Angers. Ces journées seront le plus grand rassemblement francophone autour de la recherche en soins de l'année. Que vous soyez professionnels de santé, chercheurs, industriels, prestataires de santé à domicile ou étudiants, vous pourrez à l'occasion de conférences, ateliers et tables rondes y actualiser vos connaissances avec des experts reconnus dans le monde de la recherche en soins.

Contacts :
Comité scientifique, Direction des soins, de l'enseignement et de la recherche en soins
Tél. : 02 41 35 38 32 - recherche-en-soins@chu-angers.fr
Organisation-logistique : service communication
Tél. : 02 41 35 77 05 - servicecommunication@chu-angers.fr



Permanences MACSF

Restaurant du personnel -
Hôpital Dupuytren :
Jeudi 24 Janvier 2013
Jeudi 14 février 2013
Jeudi 21 mars 2013



Permanences GMF

Restaurant du personnel -
Hôpital Dupuytren :
Mardi 8 janvier 2013
Mardi 5 février 2013
Mardi 5 mars 2013



JOURNEES DE LA SANTE

JANVIER

du 21 au 28 : Semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus
www.ecca.info
du 27 au 29 : Journée mondiale de la lèpre
www.raoul-follereau.org

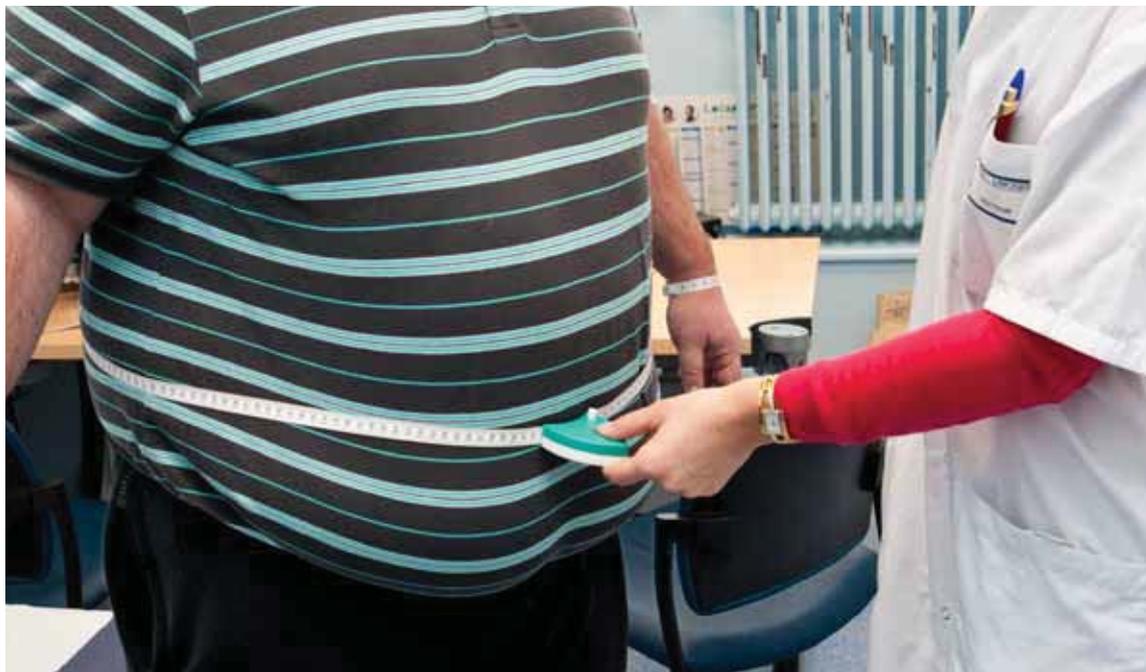
FEVRIER

du 2 au 11 : Journées nationales de prévention du suicide
www.infosuicide.org
04 : Journée mondiale contre le cancer
www.who.int

MARS

01 : Journée internationale des maladies rares
www.rarediseaseday.org
du 1^{er} au 31 : Mars bleu : mois de mobilisation nationale contre le cancer colorectal
www.e-cancer.fr
du 12 au 18 : Semaine nationale des personnes handicapées physiques
<http://presse.blogs.apf.asso.fr>
du 12 au 18 : Semaine du cerveau
www.semaineducerveau.fr
14 : Journée nationale de l'audition
www.audition-infos.org
du 18 au 24 : Semaine d'information sur la santé mentale
www.rarediseaseday.org
du 19 au 24 : Semaine nationale de la continence urinaire
www.urofrance.org

OUVERTURE D'UN **centre spécialisé** **de la nutrition et de l'obésité**



L'obésité est un problème de santé publique en augmentation constante avec, selon la très récente enquête nationale française ObEpi 2012, 15 % de personnes adultes touchées par cette maladie. Le Limousin, où 17,8 % des personnes adultes sont obèses, ne fait pas partie des bons élèves de la classe. Face à cette évolution inquiétante, le centre spécialisé de la nutrition et de l'obésité du Limousin a été ouvert le 1^{er} novembre 2012 au CHU de Limoges.

La création de ce centre répond à une volonté du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé d'installer au moins un centre par région française, dans le cadre du PNNS 2011-2015, et elle s'inscrit dans le cadre du Plan national obésité. L'Agence Régionale de Santé (ARS) du Limousin a soutenu activement ce projet, en élargissant les missions de base, en particulier du côté de la prévention, et en majorant la dotation initiale du centre.

Le centre spécialisé de la nutrition et de l'obésité dépend du pôle santé publique du CHU, et est installé au 1^{er} étage de l'hôpital Dupuytren. Le Pr Jean-Claude Desport en est le coordonnateur, aidé du Dr Pierre Jésus, nouveau praticien dans l'établissement formé en nutrition. Le Pr Marie-Pierre Clément-Teissier est de son côté responsable de l'organisation intra-CHU de la prise en charge de l'obésité sévère et de l'éducation thérapeutique. Le centre est en relation avec de nombreux établissements de santé de la région : centres hospitaliers de Brive, Tulle, Guéret, Saint-Yrieix, hôpital de jour Baudin de Limoges, centre de l'obésité Bernard Descottes de Saint-Yrieix, cliniques des Emailliers et Chénieux à Limoges, cliniques des Cèdres et Saint-Germain à Brive.

Les missions du centre

Les missions de ce centre sont les suivantes :

- prendre en charge l'obésité sévère (centre de niveau 3 accueillant les cas les plus difficiles), aussi bien du

côté médical que chirurgical,

- promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire,
- contribuer à organiser la filière régionale,
- rendre plus lisible l'offre de soins pour les patients et les professionnels,
- faciliter la diffusion des compétences en Limousin,
- promouvoir l'information du public concernant l'obésité.

Les premières actions du centre

Les premières actions du centre ont été la réalisation d'un annuaire des établissements associés pour la prise en charge de l'obésité en Limousin, l'organisation de deux sessions de formation destinées aux professionnels de santé régionaux, la réalisation de plusieurs conférences régionales grand public, l'achat de matériels supplémentaires adaptés aux grands obèses.

La mise sur pied d'une consultation multidisciplinaire régionale est un objectif fondamental pour 2013, ainsi que la mise en place d'un système simple de repérage des consultations externes pour les patients obèses pour l'ensemble des établissements de la région. Les divers conventionnements nécessaires seront formalisés.

De plus, le centre de Limoges vient d'être choisi par le Ministère de la santé comme un des cinq sites pilotes français de suivi de l'activité des centres de l'obésité. ■

CENTRE SPECIALISE DE LA NUTRITION ET DE L'OBESITE Secrétariat

Tél : 05 55 05 66 21
Fax : 05 55 05 63 54
sandrine.bonhomme
@chu-limoges.fr

L'ENGAGEMENT DU CHU DE LIMOGES dans le développement durable



Le développement durable est un axe fort de notre projet d'établissement 2012-2016. Le CHU de Limoges est un acteur régional majeur, tant par sa taille que par la diversité de ses activités. Il apparaît donc légitime qu'il cherche à maîtriser son impact sur son "environnement", au sens large, par la mise en place d'un plan d'actions.

Le saviez-vous ?

LES CONSOMMATIONS ANNUELLES DU CHU DE LIMOGES EN CHIFFRES :

 **Eau** : 479 000 m³/an, équivalent à 4 000 familles françaises

 **Energie** : 80 725 301 Kwh/an, équivalent à 20 300 familles françaises

 **Bilan carbone[®]** : 12 T équivalent CO₂, par lit et placé (hors déplacements salariés)

 **Papiers** : équivalent à 2 713 arbres/an

 **Cartouches d'imprimantes** : 5 031 cartouches

Le CHU produit chaque année 1 546 tonnes de déchets, ce qui équivaut au poids de 1 600 voitures de catégorie B (206, Clio...).

Le PDE ?

Le PDE ou Plan de Déplacement Entreprise est une démarche d'analyse globale de tous les déplacements des salariés, visiteurs, fournisseurs ou clients d'une entreprise, d'une collectivité locale ou d'une administration. Il aboutit à la mise en place d'un plan de mobilité. Sont ainsi privilégiées toutes les solutions de transport permettant de limiter l'utilisation de la voiture individuelle.



En matière de développement durable, le CHU de Limoges a su faire des choix structurants et novateurs : chaufferie biomasse, système de banalisation des déchets... Mais il souhaite aujourd'hui s'engager dans une véritable politique de développement durable, à travers un plan d'actions pluriannuel qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue et réponde au contexte règlementaire de plus en plus exigeant en la matière.

Un diagnostic a été réalisé durant l'été 2012, avec l'appui d'intervenants spécialisés, afin d'investiguer les trois champs du développement durable : environnemental, économique et sociétal. Ce diagnostic a associé de nombreux professionnels du CHU, représentant la diversité de ses activités (médicale, paramédicale, technique, administrative...). Point fort de la démarche : « l'enquête mobilité », réalisée auprès de l'ensemble des salariés qui a permis d'identifier leurs pratiques et attentes en terme de déplacement, pré-requis indispensable à l'élaboration du Plan de Déplacement Entreprise (PDE). Environ un tiers des personnels ont participé à cette étude, un taux qui témoigne de l'importance des attentes individuelles dans ce domaine.

Ce diagnostic a permis d'identifier les points forts et les points de progrès du CHU en matière de développement durable, traduisant ainsi, de manière globale l'impact de nos organisations collectives et de nos pratiques individuelles. Il constitue le document de référence pour définir les actions devant figurer dans le plan d'actions pluriannuel.

Le plan d'actions 2012-2016

Ce plan d'actions contribue, en appui de la mission principale de soins du CHU, à un usage plus raisonné et adapté des "ressources" de l'établissement au sens large. Ce plan nécessite l'adhésion de tous les hospitaliers, car sa mise en œuvre repose très

fréquemment sur une évolution des pratiques professionnelles. Voici une liste non exhaustive des actions inscrites au plan :

Champ environnemental :

- **Plan de Déplacement Entreprise (PDE)** qui s'intéressera à l'adéquation entre les besoins et l'offre de transports, ainsi qu'au covoiturage.

- **Formation / sensibilisation des salariés aux gestes éco responsables** afin de réduire les consommations et autres productions de certains types de déchets.

- **Management des énergies et des fluides** : il s'agit de disposer d'outils de suivi et de pilotage afin de permettre d'engager les actions nécessaires pour optimiser nos dépenses sur ces postes.

- **Réduction des émissions de Gaz à Effets de Serre (GES) : 20 % d'ici 2015.**

- **Promotion d'une stratégie achat éco-responsable** : par la formation des acheteurs au cycle de vie des produits et le choix préférentiel d'équipements à faible consommation.

Champ économique :

- **Anticipation de l'augmentation des coûts** : prévoir dans les projets de l'établissement la hausse du coût des matières premières ainsi que l'alourdissement de la fiscalité environnementale.

- **Consultation des organismes susceptibles de subventionner des études environnementales et des travaux de construction/rénovation** (ex : l'ADEME).

- **Généralisation des procédures dématérialisées** pour les marchés publics et développement des commandes informatisées.

Champ social/sociétal

- **Amélioration de l'offre de soins** engagée dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire (CHT).

- **Projet social de l'établissement.** ■

Une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) originale en Limousin



Réunion de la commission des communautés le 12 octobre en salle des instances

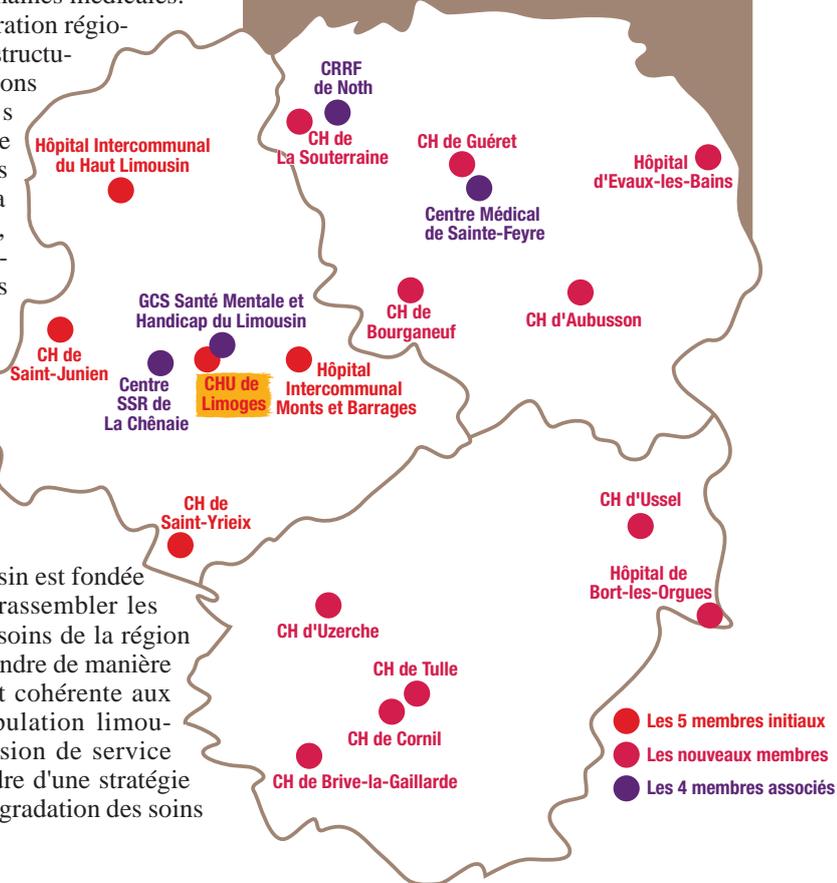
Un an après son approbation par arrêté du directeur général de l'ARS, un premier avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire (CHT) vient d'être signé. Il élargit la communauté à l'ensemble de la région.

Dès sa constitution en septembre 2011, la CHT initiée avec la Haute-Vienne avait vocation à s'élargir à l'ensemble des établissements de la région. C'est désormais chose faite. Les 11 établissements publics de santé de Corrèze et de Creuse et 4 établissements associés viennent s'ajouter aux 5 établissements publics de santé (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) de la Haute-Vienne. La décision de constituer une seule CHT pour le Limousin a été une évidence dès lors qu'en 2010, l'ARS a fait le choix d'un territoire unique de santé pour la région. Autre argument en faveur de ce choix, le territoire ne compte qu'un CHU. La CHT a regroupé, dans un premier temps, autour du CHU de Limoges, l'ensemble des établissements MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) de la Haute-Vienne. L'avenant à la convention qui a été approuvé par arrêté du directeur général de l'ARS le 24 septembre 2012 élargit, comme prévu, la communauté à l'ensemble des 11 établissements publics de santé de la Corrèze et de la Creuse et à 4 établissements associés. Création originale parce qu'à l'échelle d'une région, cette communauté repose sur un projet de santé favorable au développement et à l'émergence de coopérations en matière médicale, soignante ou fonction support.

Ce projet porte notamment sur la mise en place de filières publiques régionales en matière d'AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux), en cardiologie, en oncologie et en gériatrie. Il prévoit également la coordination de la gestion des ressources humaines médicales. Ces axes de coopération régionale s'ajoutent à la structuration de coopérations départementales en Haute-Vienne développées dans le cadre de la CHT depuis 2011, notamment le renforcement des filières d'aval et des consultations avancées, la télé-imagerie et la mise en cohérence des systèmes d'information hospitaliers. La CHT du Limousin est fondée sur l'ambition de rassembler les établissements de soins de la région dans le but de répondre de manière complémentaire et cohérente aux besoins de la population limousine et à leur mission de service public, dans le cadre d'une stratégie de groupe et d'une gradation des soins améliorée. ■

Quels établissements composent la CHT Limousin ?

Etablissements participant aux actions menées dans le cadre de la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire du Limousin



QU'EST-CE QU'UNE CHT ?

La communauté hospitalière de territoire (CHT) est une innovation de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST). Sa finalité est la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements, la complémentarité entre les acteurs. Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions.

Dans le cadre de cette convention, les établissements membres visent la convergence de leurs projets médicaux et la structuration de filières de prise en charge des patients, afin d'adapter l'offre de soins au plus près des besoins de santé de la population sur un territoire donné.

Par le Dr Bruno François, responsable médical de la Salle d'accueil des Urgences Vitales (SAUV) et Stéphane Cibert, responsable paramédical de la SAUV



En 2011, suite à la réalisation d'objectifs, le pôle Urgences-réanimation a bénéficié d'une enveloppe d'intéressement. Le Pr Philippe Vignon en tant que chef de pôle a souhaité l'attribuer au financement de projets innovants et moteurs pour le pôle.

Fort de cette opportunité et marqué par la conférence à Limoges en 2007 sur le « damage control » du Pr KD Boffard, expert mondial unanimement reconnu, une équipe médicale pluridisciplinaire (Dr Bruno François en tant que responsable de la salle d'accueil des urgences vitales [déchocage], Dr Nicolas Pichon, réanimateur et Dr Dominique Tourret, urgentiste) a bâti un projet de visite du Trauma center de l'hôpital de Johannesburg. Des paramédicaux de chaque service de soins composant le pôle, participant aux activités de la SAUV et/ou du SMUR et répondant à des critères de sélection précis connus de tous (Sébastien Bonneli, IADE au SAMU, Katia Delacouturière, IDE en réanimation et Emilie Desfarges, IDE aux urgences) ont été associés au projet, coordonné dans son ensemble par Stéphane Cibert, cadre de santé aux urgences. Céline Fransisco, cadre supérieure du pôle, Damien Laroudie, cadre administratif de pôle et le service de la formation continue ont géré les aspects administratifs, financiers et réglementaires du projet.

La visite à Johannesburg

En collaboration avec les équipes sud-africaines et en amont du séjour, un emploi du temps a été construit afin de documenter au mieux aussi bien les aspects organisationnels des soins que leur dimension médico-technique. Ainsi, le groupe a pu assister à de nombreux staffs médicaux ce qui lui a permis de confronter les pratiques, techniques et processus de décisions françaises et sud africaines.

Les participants ont également pu étudier les organisations médicales et paramédicales ainsi que les approches thérapeutiques au sein des blocs opératoires, des services de réanimation, des services d'ur-

Le « DAMAGE CONTROL »

Depuis plusieurs années, en France comme dans notre région, l'incidence de la traumatologie grave est en constante diminution. Néanmoins, la prise en charge du patient multi traumatisé est de mieux en mieux codifiée avec des stratégies diagnostiques innovantes et de nouvelles stratégies thérapeutiques. Ce double constat doit donc inciter le CHU de Limoges, au travers de son service d'urgences, à être le moteur d'une organisation régionale de prise en charge des patients polytraumatisés par le biais de développement de compétences spécifiques. A partir de ce constat, une équipe du pôle Urgences-réanimation a construit un projet afin d'encore améliorer la qualité de la prise en charge de ce type de patients.

gences et des Salles d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) de trois hôpitaux : le Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital, le Milpark Hospital et le Chris Hani Baragwanath Academic Hospital (hôpital de Soweto, 3^{ème} plus grand hôpital au monde).

L'aspect pré-hospitalier des urgences a pu aussi être appréhendé au travers de la participation d'une partie de l'équipe à l'activité de Netcare, société de secours pré-hospitalier. Le séjour a aussi permis de suivre et de comparer les activités de recherche clinique au sein de protocoles de traumatologie communs à nos deux pays.

Le réinvestissement au sein du pôle

Comme préalablement convenu avec le pôle, le groupe a partagé le 19 septembre dernier avec l'ensemble des personnels intéressés cette expérience riche en enseignements lors d'une soirée conviviale et fédératrice. Il a pu exposer la genèse, la méthodologie, le déroulé et les conclusions de cette action de formation. Plusieurs groupes de travail vont maintenant être mis en place afin d'adapter certaines pratiques ou types d'organisation aux spécificités du CHU de Limoges. En effet, l'approche de la traumatologie en Afrique du sud est tout à fait intéressante et peut nous permettre d'améliorer certaines prises en charge, même s'il est vrai que la qualité des soins prodigués dans notre modèle de santé reste supérieure à celle constatée en Afrique du sud.

Partager pour progresser

Le but de cette expérience était de partager une expertise reconnue afin d'accroître les connaissances et les compétences du pôle. Cette mission aura permis d'offrir à certains personnels du pôle, et donc au CHU, une opportunité d'améliorer leur expertise dans le domaine de la traumatologie.

Nul doute que la réussite de ce projet créera une émulation positive au sein du pôle qui permettra à d'autres projets innovants de voir le jour. ■

Des sangsues

POUR SOIGNER



On connaissait déjà dans notre CHU l'utilisation du miel pour soigner les plaies, mais celle des sangsues ou hirudothérapie, une pratique qui remonte à l'antiquité, reste moins connue. L'ORL et chirurgie cervico-faciale et la chirurgie orthopédique et traumatologique ont recours à cette technique afin de revasculariser des tissus suite à une greffe.

La sangsue est une espèce hémaphroditique, c'est-à-dire qu'elle se nourrit de sang. Mais pourquoi l'utilise-t-on en médecine ? Sa principale indication est la présence d'une insuffisance veineuse lors d'une transplantation de doigt en chirurgie orthopédique et traumatologie ou de lambeau de peau en ORL et chirurgie cervico-faciale. « *Parce que c'est le moyen le plus simple et le plus naturel de revasculariser un tissu, mais aussi de nettoyer une plaie.* » nous précise

Mireille Arfeuille-Lamachère, préparatrice à la pharmacie centrale du CHU et référente des sangsues. Par morsure, la sangsue absorbe le sang qui s'accumule au niveau de la greffe, faute de retour veineux. Cela permet d'éviter que le greffon ne se détache par hyperpression. Elle fait office de « nettoyage ». Dans le même temps, les glandes salivaires de la sangsue libèrent de l'hirudine, une substance aux propriétés anticoagulantes, une hyaluronidase, qui accélère le flux sanguin dans la région de la blessure, mais aussi un antibiotique, qui permet d'éviter les complications septiques au niveau de la plaie. Ce traitement est en



prime indolore car sa salive contient également une substance anesthésiante. Une fois repue, au bout de 10 à 30 minutes de succion, la sangsue se détache d'elle-même de son hôte.

En pratique...

Les sangsues sont conservées et délivrées par la pharmacie hospitalière qui garantit leur qualité bactériologique et la traçabilité des lots. Leur délivrance au service de soin se fait sur demande nominative. Ce sont les infirmiers qui les appliquent sur la région à traiter.

Plusieurs applications par jour sont nécessaires, pendant 3 à 4 jours, jusqu'au rétablissement de la circulation capillaire à travers la lésion. Après utilisation, et malgré un bon et loyal service rendu, les sangsues sont détruites dans un bain d'acétone, puis éliminées comme déchets d'activité de soins à risque infectieux. Les sangsues constituent un remède naturel, efficace, et, peu coûteux (environ 6 € l'unité). Une limite toutefois à l'hirudothérapie nous précise Mireille Arfeuille-Lamachère, « *son utilisation reste soumise à l'acceptation psychologique du patient...* » ■



Mireille Arfeuille-Lamachère et ses sangsues

700
SANGSUES
ont été utilisées
au cours du
1^{er} semestre 2012

QUI SONT CES SANGSUES, D'OU VIENNENT-ELLES ?

La sangsue la plus couramment utilisée en médecine est la « hirudino medicinalis », famille des hirudinées, vers annelés, segmentés, hermaphrodites, de couleur brune aux reflets verts et or. Adulte, cette belle naïade mesure de 10 à 12 cm pour un poids de 1 à 1,5 g. Elle entaille les téguments de sa victime par l'action de ses puissantes mâchoires denticulées. Elle peut absorber jusqu'à 5 fois son poids lors d'un repas, soit l'équivalent de 5 à 15 ml de sang.

A l'état naturel, la sangsue vit dans les points d'eau stagnante tels que les étangs et marécages, témoignant du bon équilibre écologique du milieu. Celles utilisées à l'hôpital proviennent d'un élevage unique en France situé en Gironde. Une fois réceptionnées à la pharmacie, elles sont stockées au réfrigérateur, dans des bocaux fermés et aérés, contenant de l'eau minérale régulièrement changée. Elles peuvent être conservées plusieurs mois dans ces conditions, supportant alors une longue période de jeûne.

Le CHSCT, une instance pour protéger les professionnels

Protéger, prévenir, améliorer... les verbes qualifiant les actions des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) dans les entreprises et les administrations, devraient naturellement inviter à leur bonne connaissance. Leur travail est pourtant souvent trop méconnu ou pas toujours assez mis en valeur. Chorus vous présente le CHSCT du CHU de Limoges.

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et à la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure. Il contribue également à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois, et de répondre aux problèmes liés à la maternité. Il a aussi pour mission de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés des femmes enceintes, et à l'analyse de l'exposition des agents à des facteurs de pénibilité.

Il assure le respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que les consignes d'hygiène et de sécurité.

Il donne son avis sur :

- tous les documents se rattachant à sa mission, notamment le règlement intérieur,
- le bilan annuel de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail,
- le programme annuel des préventions des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail,
- le bilan social.

Des réunions générales et d'autres thématiques

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) se réunit au minimum une fois par trimestre, soit au moins 4 fois par an. A ces réunions ordinaires, peuvent cependant s'ajouter des réunions extraordinaires en cas de besoin.

En dehors des réunions du CHSCT, des commissions thématiques de travail issues de cette instance se réunissent régulièrement sur les thèmes suivants :

- absentéisme,
- travail de nuit,
- prévention des accidents du travail,
- lutte contre les Accidents d'Exposition au Sang (AES).

- réorganisations et restructurations,
- santé au travail :
 - médecine préventive,
 - lutte contre les addictions,
 - troubles psychosociaux,
 - gestion des risques professionnels.

Par ailleurs le CHSCT procède régulièrement à des visites sur site, comme l'illustre la photo de cet article prise lors de la dernière visite de nuit réalisée par les membres du CHSCT.

Un calendrier prévisionnel est établi pour l'année, ainsi en 2012 les visites suivantes ont été réalisées :

- ▶ l'IFAS (Institut de Formation des Aides-Soignants), relogé sur le site JIDE avant le CHSCT du 22 mars 2012
- ▶ le laboratoire d'anatomie pathologique, avant le CHSCT du 22 mars 2012
- ▶ la blanchisserie, avant le CHSCT du 24 mai 2012
- ▶ une visite de nuit, avant le CHSCT du 27 septembre 2012 : services des urgences et de neuro-chirurgie

▶ une visite des nouveaux locaux du département de formation professionnelle à Dr Chastaingt, avant le CHSCT du 22 novembre 2012.

Des visites supplémentaires sont décidées eu égard aux questions traitées à l'ordre du jour en cas de besoin : dans ce cadre, a été organisée le 14 novembre dernier une visite du service d'ophtalmologie.

Ces visites font l'objet d'une restitution en séance et ont pour objectif d'acter des pistes de travail ou des solutions en vue d'améliorer les conditions de travail des personnels.

Des outils pour mieux connaître le CHSCT et ses actions

L'ordre du jour des séances du CHSCT est toujours mis en ligne dans la rubrique Instances / CHSCT de la documenthèque de l'intranet Hermès.

Les points clés de chaque séance du CHSCT sont aussi diffusés, dans les jours suivant la réunion, pour affichage dans les services et sur les panneaux d'affichage de l'administration, et mis en ligne dans la documenthèque Hermès. ■

INTERVIEW

Florence Buisson
secrétaire du CHSCT
du CHU de Limoges



Visite de nuit du CHSCT aux urgences le 12 septembre



LA COMPOSITION DU CHSCT

Le CHSCT est composé de 11 membres représentant les personnels, qui sont désignés pour 3 ans, à partir des résultats des élections professionnelles.

Président : Pascal Bellon, directeur général adjoint

Secrétaire : Florence Buisson

Les représentants du personnel

Titulaires		Suppléants	
Florence Buisson, <i>permanence syndicale</i>	Délégués CGT	Hervé Dubois, <i>achats généraux</i>	
Jacqueline Lhomme-Leoment, <i>permanence syndicale</i>		Philippe Clair, <i>permanence syndicale</i>	
Daniel Gaumondie, <i>biomédical</i>		Jérôme Bienaimé, <i>admissions HME</i>	
Didier Brejaude, <i>permanence syndicale</i>		Bruno Lapouge, <i>pharmacie</i>	
Jean-Christophe Razet, <i>permanence syndicale</i>	Délégués FO	Christophe Brissaud, <i>permanence syndicale</i>	
Valérie Bichaud, <i>permanence syndicale</i>		Didier Audonnet, <i>permanence syndicale</i>	
Olivier Brosset, <i>radiothérapie</i>		Jacques Castella, <i>maintenance télécom</i>	
Marie-Noëlle Bobin, <i>permanence syndicale</i>	Délégués CFDT	Alain Dehaut, <i>permanence syndicale</i>	
Michèle Ventenat, <i>USLD soins Dr Chastaingt</i>		Jacques Mars, <i>transports sanitaires</i>	

Les représentants des personnels médecins - pharmaciens - odontologistes

Les professeurs Jacques Monteil et François Paraf

Les membres consultatifs

Les médecins du travail, le responsable du service de sécurité et des conditions de travail, le directeur des ressources humaines non médicales, le chef du pôle investissement et fonctions support, la coordonnatrice générale des soins, l'ingénieur chargé de l'entretien des installations, un praticien hospitalier chargé de l'hygiène, l'inspecteur du travail, et tout autre membre de l'équipe de direction concerné par l'ordre du jour.

Quels sont les sujets abordés en CHSCT ?

Il y a les sujets obligatoires, relevant de cette instance (bilan social...), les sujets proposés par la direction générale, et ceux inscrits à l'ordre du jour par les Organisations Syndicales (OS). Chaque syndicat peut inscrire 4 questions. On se réunit donc entre OS pour nous coordonner, puis avec les ressources humaines pour arrêter le programme. Auquel s'ajoute le suivi des points évoqués lors de précédentes sessions.

Et comment les OS choisissent-elles leurs questions ?

Ce sont les questions que le personnel leur fait remonter, par mail, téléphone ou lors de rencontres. C'est véritablement l'instance des personnels : à eux de s'en emparer.

Concrètement, quels exemples de sujets déjà abordés ?

Les sujets sont divers, mais en premier lieu tout ce qui touche aux conditions de travail et à la sécurité des agents. Cela va des conditions de travail suite à des rapprochements d'équipes, aux changements d'horaires (passage en 12 h en hémodialyse...), ou encore la demande de moulage de bouchons d'oreilles pour les agents évoluant dans des environnements bruyants. Tout ce qui touche au poste de travail est concerné : rénovations, aménagement, chauffage ou climatisation...

BIOMARGIN : un projet de recherche européen coordonné par le Pr Pierre Marquet

Le projet BIOMARGIN (en français : biomarqueurs des lésions du greffon rénal), initié et coordonné par le Pr Pierre Marquet vient d'être sélectionné à l'appel à projet européen FP7-HEALTH-2012-INNOVATION avec un budget alloué de 6 millions d'euros sur 4 ans.

Ce projet associe dans un consortium 8 équipes de recherche et 8 services cliniques européens (dont l'U850 INSERM et le service de néphrologie hémodyalyse-transplantations de Limoges) et 4 PME, provenant d'Allemagne, Belgique, France et Suède. Malgré les progrès réalisés dans les traitements immunosuppresseurs, la survie à 10 ans des greffons rénaux s'est très peu améliorée. La biopsie du greffon reste l'examen de référence pour dépister ou confirmer les lésions du rein implanté, mais il s'agit d'une procédure invasive qui ne permet pas toujours de bien classer ces lésions et d'en caractériser les causes.

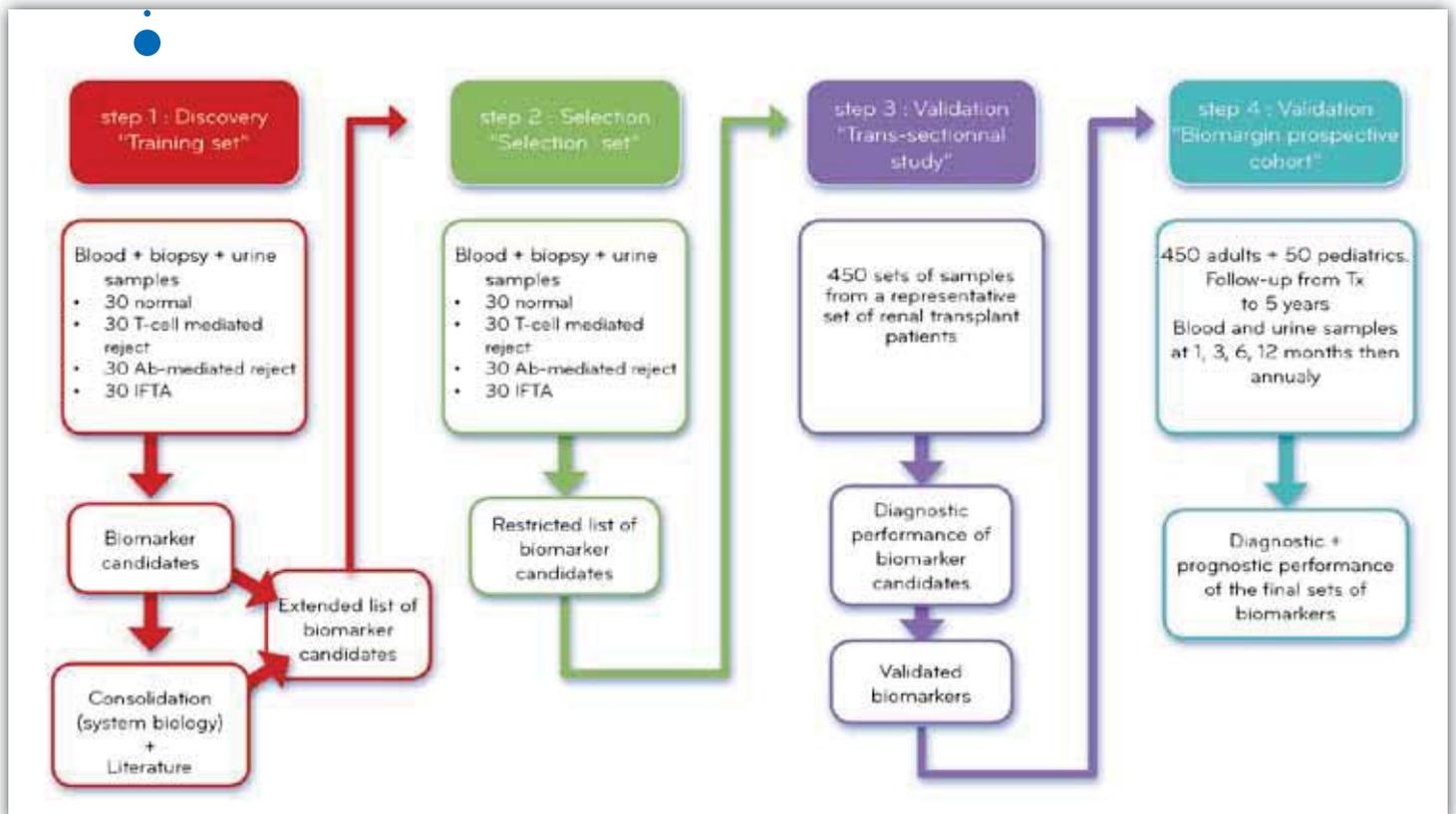
Les objectifs de BIOMARGIN sont de découvrir des molécules biologiques permettant de diagnostiquer précocement les lésions du greffon, d'en préciser les causes et de mettre au point des méthodes robustes, non invasives, pour la détection de ces biomarqueurs. Il s'agit d'améliorer le suivi non invasif des patients, de mieux comprendre les mécanismes

conduisant à la dégradation de la fonction du greffon, et ainsi, par une prise en charge précoce et adaptée d'améliorer la survie du greffon et la qualité de vie des patients.

BIOMARGIN va combiner un grand nombre de compétences et d'approches biologiques (« omiques ») complémentaires : transcriptomique (ARN messagers et micro-ARN), protéomique (protéines et peptides) et métabolomique (lipides et métabolites) pour identifier et valider ces biomarqueurs. Ceux-ci seront recherchés dans l'urine, le sang et les biopsies du greffon.

Il s'agit du plus vaste programme de recherche de biomarqueurs en transplantation rénale à ce jour, faisant appel aux plus récentes techniques d'analyse moléculaire, mais aussi de biostatistique et de biologie intégrative.

Ce programme de recherche et son budget sont gérés par l'INSERM, tandis que le CHU de Limoges est impliqué à travers sa collection biologique de pharmacologie/transplantation, ainsi que comme promoteur et centre investigateur (Pr Marie Essig) de l'étude de cohorte BIOMARGIN, qui constituera le dernier étage de la fusée, destiné à valider cliniquement les biomarqueurs découverts et progressivement sélectionnés lors des étapes précédentes.





Pr Pierre Marquet

Pr Marie-Cécile Ploy

Brigitte Préneuf

Agnès Bergeron

Dr Bruno François

Pr Pascale Vergne-Salle

Une équipe de recherche de Limoges récompensée

Le Pr Marie-Cécile Ploy, directrice de l'unité mixte de recherche labellisé Inserm « Anti-infectieux : supports moléculaires des résistances et innovations thérapeutiques » est lauréate du grand Prix Robert Debré, orientation recherche clinique. Ce prix de 50 000 € lui a été remis le 25 octobre 2012 à l'Académie de Médecine à Paris.

Dans le but de soutenir la recherche médicale, l'Association Robert Debré pour la Recherche Médicale

a décidé la création de deux grands prix (50 000 € chacun). Ceux-ci sont destinés à honorer les travaux de recherche d'équipes engagées dans la recherche biologique et médicale et à faciliter la poursuite et le développement de leurs projets. L'unité du Pr Ploy a été récompensée pour ses travaux sur la résistance des bactéries aux antibiotiques et notamment sur la mise en évidence du rôle direct joué par les antibiotiques dans l'acquisition de nouveaux gènes de résistance.

PHRIP 2012 : 2 projets du CHU de Limoges retenus !

Les deux projets de recherche infirmier et masseur kinésithérapeute déposés par notre CHU cette année ont été retenus pour financement par le ministère de la santé, dans le cadre du nouveau Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) :

- **PTG Mass** : impact d'une technique de massage durant la première semaine d'hospitalisation sur la récupération de la mobilité du genou suite à la pose d'une prothèse totale de genou.

Brigitte Preneuf, masseur kinésithérapeute

CH Saint Junien associé

- **Toutetdou** : étude d'une thérapie non médicamenteuse, complémentaire au traitement habituel pour les douleurs induites par le retrait du drain aspiratif (type Redon) chez l'enfant de 7 à 17 ans en chirurgie pédiatrique.

Agnès Bergeron, infirmière anesthésiste en pédiatrie. CHU de Bordeaux et CHU de Toulouse associés

Les résultats du PHRIP 2012 sont en ligne sur www.sante.gouv.fr/programme-hospitalier-de-recherche-en-soins-infirmiers-et-paramedicaux.html

1 nouveau projet du CHU de Limoges retenu au PHRCN, 1 autre confirmé au PHRC inter régional

Le projet « **Septiflux 2 : Intérêt pronostique de l'immunophénotypage leucocytaire multiparamétrique 8 couleurs par cytométrie en flux à la phase aiguë du Sepsis** », porté par le Dr Bruno François et son équipe, a reçu un accord de financement de 483 120 €

Le projet du PHRC Inter régional « **Douleur PR : Evaluation multidimensionnelle de la douleur dans la polyarthrite rhumatoïde** » porté par le Pr Pascale Vergne-Salle a été confirmé, pour un financement de 93 019 €.

Cette année, sur 96 dossiers candidats au PHRC 2012, 582 ont été retenus pour un montant de 38 400 000 € environ, soit un taux de 16,5% des projets retenus avec une moyenne de financement de 400 000 €

Les résultats du Programme Hospitalier de Recherche Clinique National (PHRCN) 2012 sont publiés sur le site internet du Ministère de la Santé :

www.sante.gouv.fr/recherche-et-innovation.html, rubrique « actualité » ou onglet « appels à projets de la DGOS ». ■

PARTICIPATION à l'enquête nationale de satisfaction au sein du CHU de Limoges : I-SATIS

Indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé-MCO en France

Le CHU de Limoges s'est engagé dans une démarche annuelle de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés avec le soutien méthodologique de l'institut de sondage Quali Test. L'objectif de la démarche est de mieux répondre aux attentes des patients et futurs patients de notre établissement tout en partageant des éléments de réflexions sur les actions d'amélioration à entreprendre.

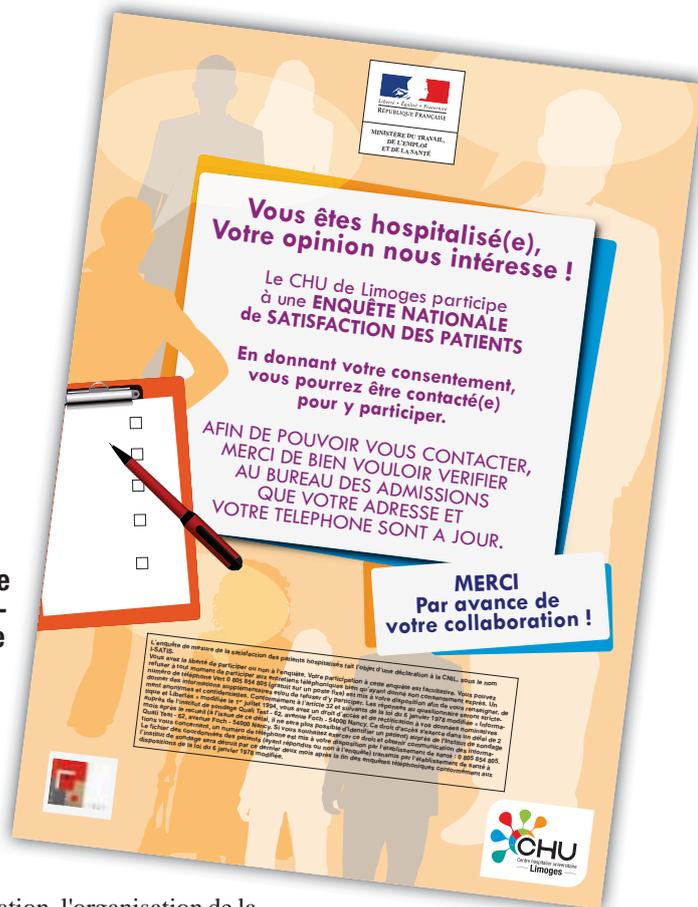
En 2011, le ministère de la Santé a débuté le processus de généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé. L'enquête de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sous le nom I-SATIS. Un numéro de téléphone : 0 805 854 805 (gratuit depuis un poste fixe) est mis à disposition des patients pour demander et donner des renseignements supplémentaires et/ou manifester leur refus. Les réponses aux questionnaires sont strictement anonymes et confidentielles. Le questionnaire utilisé pour la réalisation d'enquêtes annuelles de satisfaction comporte 36 questions fermées sur la prise en charge globale du patient c'est-à-dire l'accueil, les compétences humaines et la disponibilité du personnel, l'information du patient, la douleur, la commodité de la chambre,

l'alimentation, l'organisation de la sortie (arrêté du 22 juin 2012)... L'enquête a pour cible tout patient résidant en France, ayant été hospitalisé pour une durée minimale de 48 heures (2 nuits consécutives au moins) dans une unité de court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), adulte ou pédiatrique du CHU de Limoges et ayant donné son consentement exprès. Il nous est demandé cette année de recueillir le consentement exprès des patients et non plus leur refus de participer. Pour obtenir un recueil final de 120 patients, le CHU de Limoges doit extraire environ 240 questionnaires de patients ayant donné leur consentement exprès. Le recueil des données se fera par entretiens téléphoniques réalisés après la sortie des patients par l'institut de sondage Quali Test.

Les résultats

En 2013 : la publication nationale par établissement de santé sera

effective. Le CHU de Limoges aura l'obligation de mettre à disposition du public les résultats de l'indicateur I-SATIS, comme les autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Au regard des résultats individuels suite à l'enquête de mesure de la satisfaction, la CRUQPC pourra être sollicitée pour proposer des mesures d'amélioration de la prise en charge globale des patients. Le questionnaire de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés ne se substitue pas au questionnaire de sortie qui offre la possibilité à tous les usagers de faire part de leur avis sur leur hospitalisation. L'indicateur de mesure de la satisfaction des patients I-SATIS constitue aujourd'hui un outil essentiel des démarches d'amélioration de la qualité. Cet indicateur doit permettre à notre établissement de déployer une politique renforcée en matière de prise en charge globale des patients. ■





La ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'autonomie au CHU de Limoges ①

Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'autonomie était à l'Ehpad Dr Chastaingt le 23 novembre dernier. Venue échanger sur les thèmes du médicament et l'autonomie des personnes âgées, elle a rencontré la direction générale de l'Agence Régionale de Santé, celle de notre hôpital, et nos équipes médicales référentes sur ces sujets.

Une mission sur la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD confiée à Philippe Verger



Marisol Touraine et Michèle Delaunay ont confié fin novembre une mission sur la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD à Philippe Verger, directeur adjoint du CHU de Limoges, chargé de la politique gérontologique. L'objectif du gouvernement est

de déployer dès 2013 un plan d'actions ambitieux sur le territoire national. Les résultats des études nationales ou des diagnostics locaux convergent. En Limousin, la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD est considérée comme inadaptée dans au moins 60 % des cas. Au niveau national, les âgés en EHPAD ont une consommation globale moyenne d'environ 8 médicaments par jour ; dans 20 % des cas, cette consommation s'élève même à 10 médicaments par jour. Or, cette situation peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des résidents, aggravant le risque de chute, de dénutrition ou encore les troubles de comportement. Ce constat partagé pousse à l'action. C'est un enjeu crucial en termes de préservation de l'autonomie. En outre, il n'est pas neutre pour les dépenses d'assurance-maladie. Les ministres ont donc souhaité que le futur plan d'actions soit élaboré à partir des expériences de terrain. Qui plus est « *le Limousin est une région où l'ensemble des acteurs témoignent de leur volonté de travailler ensemble à l'évaluation de leurs pratiques professionnelles* », engagement que les deux ministres ont voulu saluer.

Le CHU de Limoges remporte le Trophée Direction(s) ②

Le 5 octobre 2012 à Paris, le CHU de Limoges a remporté le Trophée Direction(s) récompensant les démarches exemplaires de management dans le secteur médico-social, pour son Unité de Recours et de Soins Gériatrique (URSG).

L'URSG est une structure qui permet de proposer un accès préférentiel aux services du CHU de Limoges, pour les résidents des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), avec qui une convention de partenariat a été signée.

En tant que Lauréate du trophée, sur les 85 dossiers déposés au niveau national, l'unité de recours et de soins gériatrique du CHU de Limoges fait l'objet d'un reportage vidéo mis en ligne sur www.directions.fr.

Le Musée des Beaux-Arts de Limoges à Chastaingt ③

Début 2012, le CHU de Limoges et le Musée des Beaux-Arts ont signé une convention de partenariat. C'est dans ce cadre, que le 25 novembre, les patients de l'accueil de jour Interlude ont reçu une équipe du Musée des Beaux-Arts pour animer un atelier sur le thème de l'histoire de Limoges. Un moment riche en échanges.

Départementales de gérontologie ④

Le 27 septembre dernier, s'est déroulée la huitième journée départementale de gérontologie, sur le thème de « L'accompagnement des personnes âgées, l'enjeu des spécialisations ». Organisée en partenariat par le CHU de Limoges, le Conseil général de la Haute-Vienne et l'Agence Régionale de Santé Limousin, il s'agit d'un rendez-vous incontournable auquel ont participé 300 acteurs de la prise en charge des personnes âgées dans notre département. ■





Les blocs opératoires

La prise en charge d'un patient au bloc opératoire est une étape d'un parcours de soins dans l'établissement, particulièrement stressante pour lui et sa famille, à laquelle les équipes doivent répondre par la qualité, la sécurité, et l'organisation. La coordination des équipes et des différents corps de métiers est essentielle afin d'assurer cette prise en charge optimum aux patients.

« Adapter au mieux les ressources humaines et matérielles »



Le Dr Alexandre Le Guyader

Le Dr Alexandre le Guyader, chirurgien cardiaque est également président du conseil de bloc. Arrivé à la fin de son mandat de 3 ans dans cette fonction, il nous livre son regard sur nos blocs opératoires et sur leur évolution.

Quelles sont les missions du conseil de bloc ?

Le conseil de bloc est défini par une circulaire.

Sa principale mission est de s'assurer de la bonne cohésion sur le plateau technique de l'ensemble des ressources humaines et matérielles, au regard de l'activité opératoire. Il vérifie que les programmes opératoires soient en adéquation avec les temps de vacations opératoires préalablement définis par opérateur, avec la vérification de la présence médicale anesthésique. Il veille à la qualité de prise en charge et la sécurité du patient tout au long de son parcours de soins, c'est à dire l'identitovigilance, sa prise en charge dans une salle répondant aux

normes d'hygiène par rapport à l'entretien, la pression, l'hygrométrie, la température et aux normes de sécurité avec des équipements biomédicaux vérifiés et en état de fonctionnement. Le conseil de bloc doit également s'assurer de la formation et de la sécurité des personnels qui travaillent au bloc opératoire.

Comment est composé le conseil de bloc ?

La circulaire précise qu'il doit y avoir un chirurgien, un anesthésiste, le responsable de l'organisation du secteur opératoire, pouvant être le cadre supérieur de santé IBODE, le cadre de santé IADE et le représentant du CLIN. Pour notre établissement, le Directeur général a souhaité qu'il y ait un représentant chirurgical et anesthésique pour les 5 secteurs opératoires*, ce qui représente 10 médecins, parmi lesquels est choisi le président, ainsi que la responsable de la stérilisation et la coordinatrice générale des soins.

Comment évoluent les blocs opératoires ?

Au fil des années, la technicité est de plus en plus pointue et de coût croissant, ce qui impose que les équipements soient mutualisés au maximum entre les différentes spécialités. C'est déjà le cas de l'O-arm et du robot chirurgical et depuis le dernier plan d'équipement, d'un microscope chirurgical. Mais, l'organisation des blocs telle qu'elle a été définie il y a quelques années ne semble plus refléter les besoins d'aujourd'hui ni ceux de demain. Elle est trop séparée en inter-spécialités, en sachant qu'il y a des

compétences plus générales qui ne sont pas exploitées et qui, à mon sens, nécessiteraient de travailler autrement. Nous serions ainsi moins en difficulté selon les spécialités, qui sont cloisonnées chacune dans leur secteur. Il est impératif de prendre en considération le développement de l'ambulatoire et de repenser nos organisations.

Les changements d'organisation sont faciles à faire accepter ?

Une organisation ne doit pas être figée dans le temps, mais s'adapter aux évolutions. Il faut l'accepter au même titre que les disciplines médicales, qui doivent nous faire évoluer dans le temps en fonction des nouvelles thérapeutiques, des recommandations...

Concrètement pouvez-vous nous dire ce qui va changer ?

Nous avons en cours un chantier ANAP sur le plateau technique. Nous réfléchissons à « faut-il garder l'architecture telle quelle est aujourd'hui ? » ou envisager plutôt des salles avec des équipements biomédicaux spécifiques dédiés à des types d'intervention, et d'autres salles, moins spécifiques, donc plus polyvalentes qui permettraient d'enchaîner des interventions de spécialités différentes. Par ailleurs, certaines activités, qui pour l'instant, sont faites dans les étages nécessitent de façons récurrentes des ressources anesthésiques, comme l'endoscopie digestive, la rythmologie. Ces activités peuvent parfois mettre en difficulté les blocs opératoires par insuffisance de ressources anesthésiques. Il faut donc trouver un compromis pour garantir ces activités qui progressent, sans trop démunir les blocs opératoires qui doivent répondre à d'autres activités, tout en assurant la sécurité des patients. Le chantier ANAP prévoit donc de regrouper l'ensemble de ces activités sur un même plateau technique, avec des salles s'approchant d'un « environnement bloc opératoire », mais en rationalisant les ressources anesthésiques tout en garantissant la sécurité des SSPI avoisinantes.

Pourquoi l'organisation actuelle ne convient plus ?

Nous ne pouvons pas vivre que sur le passé. Des thérapeutiques sont devenues moins chirurgicales chez certains patients, et, ne nécessitent pas systématiquement



une prise en charge au bloc opératoire. De ce fait, une spécialité peut ne plus avoir besoin d'autant de temps opératoire qu'autrefois. A contrario, je citerai l'exemple de la chirurgie maxillo-faciale. Quand le Dr Joël Brie est arrivé, il n'avait que quelques vacations au bloc, puis l'augmentation de son activité a nécessité une augmentation de ses plages opératoires. Et c'est en ça que le Conseil de bloc opératoire est utile, car c'est à partir de la production d'indicateurs activité/performance qu'il réfléchit à une meilleure allocation des ressources humaines et matérielles pour répondre aux activités opératoires. Mais il ne faut pas oublier que nous dépendons tous les uns des autres, il faut donc que ces évolutions se fassent en lien avec le service de soin. Une spécialité ne peut pas avoir un maximum de vacations au bloc opératoire, si son offre d'hospitalisation ne suit pas.

Qu'est-ce que ça apporterait au patient toutes ces nouvelles organisations ?

Une amélioration de sa prise en charge en terme de délais d'attente pour certaines spécialités qui ont énormément d'activité et sont planifiées à 2, voire à 3-4 mois. Nous pourrions ainsi réduire les risques de complications qui surviennent pendant ce délai et qui pourraient ne pas donner au patient la même chance que si on l'avait opéré plus tôt. Mais c'est aussi éviter de faire attendre le patient le jour de l'intervention, voire le déprogrammer, en raison d'un planning

opératoire trop chargé.

Le travail d'équipe est important au bloc ?

Le bloc est un plateau médico technique où il y a plusieurs corps de métiers qui doivent s'articuler entre eux pour prendre en charge le patient en toute sécurité. Il y a la composition chirurgicale d'un côté, faite de médecins, d'IBODE, parfois d'un technicien de CEC et la composante anesthésie, faite de médecins et d'IADE de l'autre. Chacun a sa formation initiale, sa façon de travailler, son organisation. Il faut coordonner tout le monde et communiquer ensemble. Ce n'est pas toujours facile. Un excellent vecteur de communication, entre les différentes équipes, est la check list HAS, qui est là pour que les acteurs communiquent entre eux, se responsabilisent et renseignent les items à vérifier. Et puis il faut faire le lien avec les agents des services de soins ou d'autres services notamment la stérilisation... Tout ce travail complémentaire, doit se poursuivre au delà du bloc opératoire, car certains problèmes peuvent survenir après l'intervention et il faut encore qu'il y ait les bonnes compétences à ce moment là.

La technique, une meilleure organisation... et le côté humain dans tout ça ?

Il ne doit pas être oublié. Et il ne peut pas être oublié, puisque dès son arrivée au bloc opératoire, il faut offrir un accueil réconfortant et rassurant pour le patient, lui

assurer un confort, ne serait-ce que le couvrir avec un drap chaud. La check list « sécurité du patient au bloc opératoire » permet de commencer à établir un contact rassurant avec le patient : on vérifie son identité, on l'interroge sur son intervention, le côté à opérer, etc. Mais il faut certainement pousser beaucoup plus loin ce que l'on fait aujourd'hui et améliorer l'accueil, le contact que l'on peut établir et l'information préalable. L'accueil de l'enfant et de ses parents en chirurgie pédiatrique a été développé. On peut imaginer que l'adulte peut être aussi angoissé que l'enfant, même s'il ne le manifeste pas de la même façon.

Que pourrait-on justement faire ?

Une bonne information préalable, dès la consultation de chirurgie, serait déjà une étape préliminaire à la bonne prise en charge du patient. Ça permettrait de prévenir certaines questions qu'il peut se poser et répondre à une certaine angoisse. Cela pourrait être un document institutionnel ou un film d'information, diffusés préalablement à l'intervention, pour informer le patient sur ce que va être son parcours sur le plateau technique, sur l'environnement d'un bloc opératoire...

** Les 5 secteurs des blocs opératoires du CHU de Limoges sont : mère-enfant, viscéral et urologie, tête et cou, thoracique et cardiovasculaire, orthopédie-traumatologie*

EN SAVOIR

sur les conseils de bloc :

Circulaire DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

Les blocs opératoires, un environnement sûr

Le bloc opératoire est un élément du parcours de soin du patient et est un service à lui seul où travaillent plusieurs corps de métier de formations différentes. La grande technicité de ce service doit répondre à une exigence de qualité et de sécurité très forte, tant pour les patients que pour les professionnels y travaillant. Le socle des connaissances est très vaste, par exemple les outils qualité, l'hygiène, la radioprotection.

La qualité des soins

En France, 6,5 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année. Une enquête de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé que 60 000 à 95 000 événements indésirables graves surviendraient dans la période péri-opératoire, dont près de la moitié seraient considérés comme évitables.

La check-list HAS « sécurité du patient au bloc opératoire » a été développée par la HAS (Haute Autorité de Santé) en association avec les sociétés savantes des différentes spécialités chirurgicales et de l'anesthésie-réanimation et suite à l'enquête de l'OMS. Elle se déroule en 3 temps de pause : avant induction anesthésique, avant intervention chirurgicale et après intervention. Elle a été rendue obligatoire dans tous les établissements de santé dès le 1^{er} janvier 2010. Localement, son évaluation qualitative et quantitative a été réalisée par un organisme externe (EPSILIM pour le compte de la HAS, dans le cadre d'une évaluation nationale) et est désormais effectuée conjointement avec la direction de la qualité mensuellement. Les résultats montrent qu'il y a encore une marge de progrès à obtenir. En 2012, des événements indésirables graves mais heureusement sans conséquence fâcheuse pour le patient auraient pu être évités par une bonne utilisation de la check-list si elle avait joué la barrière de sécurité correctement : textiles oubliés dans un espace chirurgical, contre-indication infectieuse à l'intervention découverte après anesthésie du patient...

Cette check-list est en lien avec le dossier péri-opératoire institutionnel, permettant de faire le lien entre les services cliniques, le bloc et la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI). Il comprend entre autre l'information de la préparation cutanée préalable au bloc selon le protocole en vigueur dans l'établissement pour remplir le premier temps de pause de la check-list HAS, l'état cutané préalable à l'intervention afin de pouvoir analyser correctement les déclarations d'EI sur l'état cutané des patients en postopératoire, le mode d'installation pour l'intervention...

Lors de la visite de la certification de l'établissement par la HAS en 2011, il a été noté une faible culture de la gestion des risques à priori. Le bloc opératoire réalise actuellement cette cartographie de tous les risques humains, matériels et environnementaux aux différentes étapes du parcours du patient sur le plateau technique : l'accueil, l'anesthésie, l'acte opératoire, le réveil et la remise en état de la salle. Chaque item est classé selon sa gravité, sa fréquence, pondéré par l'existence d'une maîtrise actuelle du risque par différentes procédures existantes, ou dans le cas contraire la nécessité de décrire de telles procédures.

L'hygiène

Une préoccupation majeure au décours d'une intervention chirurgicale est l'infection du site opératoire (ISO), qui est donc nosocomiale. Pour faire le lien avec le CLIN, par le biais de l'unité d'hygiène hospitalière dirigée par le Dr Marcelle Mounier, le Conseil

de bloc a créé la Commission de Prévention du Risque Infectieux au Bloc Opératoire (CoPRINBO). Cette dernière a déjà travaillé sur 3 actions majeures, afin de suivre les recommandations les plus récentes :

- diffusion du protocole de préparation cutanée du patient opéré établi par la Société Française d'Hygiène Hospitalière afin d'harmoniser nos pratiques dans les services de soin et au bloc opératoire. Ce protocole et ses annexes pour certaines spécialités est disponible sur le site Hermès et donc accessible même pour les services de médecine et d'urgences-réanimation adressant des patients au bloc opératoire et vient de faire l'objet d'une EPP par le CEQPP.

- passage du protocole de lavage chirurgical des mains à la Bétadine® ou l'Hibiscrub® à celui de la désinfection chirurgicale des mains aux solutions hydro-alcooliques depuis le 14 mai 2012.

Il est à noter que lors du dernier CLIN d'octobre 2012, il a été rapporté une diminution du taux des ISO dans les services dont le taux global était supérieur à 3 %. Il faut bien entendu ne pas relâcher nos efforts, pour ne pas avoir pour seul objectif d'avoir un bon score, mais d'assurer au maximum la sécurité pour nos patients.

- dans le cadre de la réactualisation du « Guide d'entretien des locaux », un chapitre dédié au bloc opératoire a été également travaillé, afin d'assurer un environnement de qualité pour les patients. Ce guide sera prochainement mis en ligne sur Hermès et secondairement mis en forme



de façon didactique par le service communication.

Radioprotection

La radioprotection ne peut être ignorée évidemment pour les patients mais aussi du fait des visites de contrôle de l'ASN (Agence de Sûreté Nucléaire) quant aux conformités qu'elle exige. M. Gombert est le PCR du CHU (Personnel Compétent en Radioprotection) et intervient donc également au bloc opératoire pour la formation des personnels, faire et actualiser les zonages de surveillance et de sécurité selon les activités utilisant des rayonnements ionisants... Le maximum des informations nécessaires à nos bonnes pratiques sont présentes sur Hermès.

Plateau technique

Le bloc opératoire bénéficie de nombreuses avancées technologiques, qui devraient faire des envieux dans d'autres établissements, dont certains CHU, si elles étaient mieux connues. C'est une politique institutionnelle de maintenir cette technicité de pointe au bloc opératoire afin qu'il reste attractif par nos jeunes chirurgiens et anesthésistes.

Citons 2 exemples : le robot chirurgical, implanté depuis 2008, avec une progression chaque année du nombre total d'interventions atteignant 170 en 2011 et déjà 156 au 30 septembre de cette année. Les 2/3 de l'activité sont réalisés par l'urologie, ainsi que par la chirurgie pédiatrique qui a réalisé une première chez un nouveau né (atrésie de l'œsophage), la gynécologie, la chirurgie digestive et l'ORL qui pour sa part permet d'opérer des cancers par voie naturelle respectant l'intégrité physique des patients. La chirurgie cardiaque devrait très rapidement rejoindre ces chirurgiens du futur.

Le second exemple est l'O-Arm destiné initialement à la seule neurochirurgie. Cette imagerie mobile permet l'acquisition d'images en 2D et 3D durant la chirurgie du rachis pour sa partie technique et permet par ailleurs de diminuer la dose de rayonnements émis. Cet équipement est un bel exemple de mutualisation de moyens, puisqu'il montre un intérêt interventionnel en rhumatologie pour contrôler des infiltrations rachidiennes, et en chirurgie traumatologique du bassin en assurant un contrôle par imagerie per opératoire 3D d'une ostéosynthèse par voie percutanée.

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

Il a pour objectif de permettre aux agents d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel ou de formation.

Conditions :
2 ans d'ancienneté

Une façon simple de retrouver tous ces documents actualisés est de visiter l'espace bloc opératoire sur le site intranet du CHU, rubrique documenthèque / Espace bloc opératoire

Les blocs en chiffres (chiffres 2011)

- 29 salles d'opérations :
 - 23 à Dupuytren
 - 6 à l'hôpital de la mère et de l'enfant
- 26 383 interventions chirurgicales
- 165 interventions avec le robot chirurgical Da Vinci
- 60 interventions avec l'OARM
- 5 268 interventions en ambulatoire, soit 26 % de l'activité chirurgicale totale
- 173 greffes
- 493 prélèvements

Les interventions réalisées par pôle et par spécialité (chiffres 2011)

Pôle plateau médico-technique	
Sites implantables	1 116
Pôle mère-enfant	
Chirurgie pédiatrique	1 889
Gynécologie	3 217
IVG	941
Salle de naissance	2 727
Pôle viscéral et orthopédie	
Chirurgie digestive, g ^{alé} et endocrinienne	2 752
Chirurgie urologique	1 474
Orthopédie-traumatologie	3 709
Pôle neurosciences, tête, cou et rachis	
Chirurgie maxillo-faciale	668
Neurochirurgie	1 631
ORL chirurgie cervico-faciale (Dupuytren)	1 705
ORL chirurgie cervico-faciale (HME)	410
Odontologie (Dupuytren)	289
Odontologie (HME)	246
Ophtalmologie (Dupuytren)	3 624
Ophtalmologie (HME)	113
Pôle coeur-poumon-rein	
CTCV et angiologie	1 736

« Le confort de l'enfant est capital »

Formation d'infirmiers de bloc opératoire (IBODE) : une plus value professionnelle

par Gaëlle, Hélène, Jordane, étudiantes à l'IBODE du CHU de Limoges

L'IBODE fait partie d'une équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient de son accueil au bloc jusqu'à son transfert en SSPI. Sa mission spécifique est de maîtriser les risques liés à l'intervention chirurgicale, et d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

Sa fonction comprend 3 rôles distincts : circulant, instrumentiste et aide opératoire.

L'IBODE bénéficie d'un savoir lui permettant d'affirmer son identité professionnelle.

Sa formation d'une durée de 18 mois est organisée sur 20 mois à l'école du CHU de Limoges. Elle comprend 30 semaines d'enseignements théoriques (4 modules) sur l'hygiène et la prévention des infections nosocomiales, l'environnement technologique, la prise en charge de l'opéré au cours des différents actes chirurgicaux et la maîtrise de sa fonction ; mais également 39 semaines d'enseignements pratiques (stages).

Pendant sa formation qui se clôture par l'obtention du diplôme d'Etat, l'étudiant a la possibilité d'obtenir le diplôme universitaire en hygiène hospitalière.

Les modalités d'accès à la formation :

- Concours d'entrée : épreuve écrite d'admissibilité le 10 juin 2013

épreuve orale d'admission le 27 juin

- Prochaine rentrée : lundi 7 octobre 2013

Plus d'informations sur :

www.chu-limoges.fr/l-ecole-d-infirmiers-de-blocs-operatoires-ibode.html

Le Pr Laurent Fourcade, responsable du service de chirurgie pédiatrique viscérale, orthopédique et plastique nous présente les blocs de chirurgie pédiatrique, leur organisation et spécificités.

Comment sont organisés les blocs de chirurgie pédiatrique ?

Nous avons en chirurgie pédiatrique trois salles d'opérations. La salle 27 est dédiée exclusivement aux sur-spécialités pédiatriques que sont l'ORL, l'ophtalmologie et la stomatologie, sans oublier la fibroscopie digestive pédiatrique. Nous avons deux autres salles contiguës : la salle 28, orientée viscérale, et, la salle 29 dédiée à l'orthopédie, avec des flux plus spécifiques, comme pour la pose de matériel d'ostéosynthèse, qui nécessite des normes d'hygiène plus élevées.

Comment se fait l'accueil des enfants et de leurs parents ?

Il a été mis en place toute une procédure d'accueil pour l'enfant et ses parents. Ça commence par un film explicatif, et des documents d'information ludiques diffusés lors de la consultation d'anesthésie. Puis, le jour de l'intervention, les parents accompagnent leur enfant dans la salle d'opération, jusqu'à ce qu'il s'endorme et ça c'est important. La preuve en est, si vous allez au bloc, vous n'entendez aucun pleur, aucun cri. Pendant l'intervention, il y a une personne qui tient informés en permanence les parents de tout ce qui se passe au bloc : si l'intervention se prolonge, des éventuelles complications... Le travail du brancardier aussi est très important dans cet accueil, car il va dédramatiser l'intervention, il est vraiment le premier lien avec le bloc.

« Ce n'est pas fréquent que des proches puissent entrer dans la salle d'opération, c'est difficile pour le chirurgien d'ouvrir les portes de son bloc ?

Pour les plus jeunes chirurgiens, ce sera moins difficile que pour nous, qui avons été formés sur la sacralisation des blocs opératoires et qu'il faut conserver quand même un minimum, car le chirurgien est sur des gestes techniques, qui demandent de la concentration. Mais il n'y a rien de mystérieux.

L'opération d'un enfant se fait-elle dans des conditions différentes que celle d'un adulte ?

L'enfant supporte moins bien que l'adulte l'hypothermie. Ce n'est pas bon pour la cicatrisation, pour la douleur, pour l'efficacité des produits... Nous sommes à 23/24 °, quand chez les adultes, à Dupuytren, il fait 19°. On installe plein de chauffages, qui parfois nous gênent, on finit en eau, mais au moins l'enfant est bien. En chirurgie pédiatrique, le confort de l'enfant est capital, au détriment de celui du chirurgien et de l'anesthésiste. Parfois, on opère les tous petits en réanimation, dans la couveuse. On n'a pas de place pour opérer, on a la hotte, les anesthésistes sont à genoux pour accéder à l'intubation, pendant 1h - 1h30, dans une ambiance à 37°. On ressort épuisé, trempé, mais on est content quand tout va bien pour l'enfant. Et puis, tout est minutieux. Par exemple, quand on veut déplacer un bébé de 3,5 kg, il faut toujours que l'anesthésiste soit au courant, car si la sonde d'intubation bouge d'1 cm il est intubé ou extubé. Tout doit se faire en parfaite entente. La cohésion entre le chirurgien et l'anesthésiste est très importante.

Quels sont vos champs d'activité ?

Une des spécificités de la chirurgie pédiatrique, est que c'est de la chirurgie générale. Ça passe de la fracture du fémur chez un enfant de 15 ans de 90 kg à un canal artériel chez un bébé de 800 g. Il faut que l'équipe soit compétente sur



Préparation de l'anesthésie de l'enfant avec sa maman à côté



Opération d'une atrésie de l'œsophage chez un bébé avec le robot chirurgical da Vinci

un champ d'activité très large. Ca nécessite un matériel colossal, car en fonction de l'âge et du poids de l'enfant, le matériel n'est pas le même. Ca demande une gymnastique intellectuelle permanente. Le chirurgien doit s'adapter, mais toute l'équipe également. C'est ça qui fait que l'on ne s'ennuie pas et que c'est varié.

Quelles sont vos limites ?

« On ne fait bien que ce que l'on fait souvent ». Pour tout ce qui est chirurgie cardiaque, il n'y a que 3 centres en France. On ne fait pas de transplantations rénales, car on n'en ferait pas assez souvent. Par contre on réalise la néphrectomie, et, la greffe se passe ensuite à Tours ou à Toulouse. Il y a aussi des chirurgies hépatiques complexes pour lesquelles il y a une réanimation très spécifique. Donc " tous les foies en France " sont faits à Bicêtre. Enfin, certaines malformations rarissimes, avec une fréquence de 1 pour 40 000 naissances, pour lesquelles il n'y a qu'un ou deux centres en France. Mais ça ne veut pas dire qu'on ne les suivra pas après, on a la formation pour le faire.

Quelle est la place de l'ambulatoire en chirurgie pédiatrique ?

La chirurgie ambulatoire, c'est 60 % de notre activité. Ça concerne tout ce qui est orthopédie : retrait des broches, kystes synoviaux, arthroscopies... En viscérale, c'est toute la pathologie du canal herniaire : hydrocèle des testicules, kystes du cordon, phimosis. Et enfin, tout ce qui est ORL, sauf les amygdales à cause du risque

hémorragique, l'ophtalmologie et la stomatologie. Et puis, maintenant avec le robot on a vraiment diminué la durée moyenne de séjour et beaucoup d'interventions s'orientent vers l'ambulatoire. Néanmoins, nous sommes limités par l'âge. En dessous de un an on ne peut pas faire de l'ambulatoire, en raison des morts subites.

Tout est faisable en chirurgie ambulatoire ?

Je suis allé au Canada récemment et ils font des choses en ambulatoire que vous n'imaginerez pas. Nous, on est capable de les faire ici, mais les parents, eux, ne sont pas encore prêts. Et on n'a pas non plus le réseau de ville pour assurer le suivi. Mais sinon oui, on essaie de faire un maximum de choses, avec la limite de notre région : il faut que les enfants soient à moins d'une heure d'un hôpital. Avec l'ambulatoire du CH de Brive ça se passe très bien. La consultation de pré-anesthésie se fait là-bas, puis, ils arrivent tôt le matin ici pour l'intervention, repartent le soir, et le suivi se fait à Brive.

Pour en revenir au robot chirurgical, quelle est sa place dans votre activité ?

On est en train de prendre un leadership national. On a déjà réalisé une première mondiale sur une atrésie de l'œsophage en 2011.

Vous avez revu votre organisation récemment, pouvez-vous nous en dire plus ?

Toutes les interventions programmées sont réalisées uniquement le matin entre 8h15 et 13h45. Et les après-midi sont consacrés aux

consultations. Au lieu d'opérer 6 patients le matin on est passé à 4. On a plus de temps, on opère mieux. Cette organisation et ce temps, fait que la situation est sereine. Une fois qu'on est au bloc « ça roule ». Les interventions les plus lourdes qui nécessitent une hospitalisation plus longue sont placées en début de semaine, ainsi, les sorties peuvent s'effectuer pour le week-end. Et le personnel soignant qui lui aussi a une vie de famille peut profiter de ses enfants. C'est important.

Quelle est la place des internes en chirurgie pédiatrique ?

On laisse opérer les internes, avec un vrai compagnonnage et ça c'est essentiel pour un CHU. Je ne veux plus entendre dire de façon péjorative « tu vas au CHU, tu seras opéré par un interne ». Aux Etats-Unis, au contraire c'est une force. Il faut que l'on ait une vraie lisibilité de formation et qu'on accompagne les internes comme il faut. Ça prend un peu plus de temps, mais ce n'est pas au détriment de l'activité. Il y a des étapes dans le compagnonnage et la formation des internes va changer. Les CHU ne seront plus validant en chirurgie. Les internes n'auront plus le droit de toucher un malade, s'ils n'ont pas fait un nombre défini de simulations sur l'animal et le mannequin. C'est pour ça que nous travaillons sur le projet MICE avec le laboratoire départemental dépendant du Conseil général et la direction générale de l'hôpital, sur la création d'une véritable structure de compagnonnage, mais également avec le centre de simulation médicale à la faculté.



Le Pr Laurent Fourcade

Ambulatoire pédiatrique (HME)

ORL : 166
Urologie : 157
Orthopédie : 134
Odontologie : 119
Digestif : 78
Dermatologie : 60
Ophtalmologie : 57



La chirurgie ambulatoire

Le professeur Jean-Paul Adenis, responsable médical de l'ambulatoire, Odile Frugier cadre supérieur de santé et Véronique Duchiron, cadre de santé nous présentent le PCA ou Plateau de Chirurgie Ambulatoire à l'hôpital Dupuytren. Ce plateau a ouvert le 27 janvier 2011. Il comporte actuellement 12 places.



Le Pr Jean-Paul Adenis

Quelles sont les interventions les plus réalisées en chirurgie ambulatoire ?

La chirurgie la plus pratiquée est la chirurgie ophtalmologique, avec notamment le traitement de la cataracte. Ensuite c'est la chirurgie orthopédique, avec des interventions sur le membre supérieur (canaux carpiens...), des interventions sur le membre inférieur comme les arthroscopies du genou, et des ablations de matériel. Après, il y a l'odontologie pour tout ce qui est extraction dentaire ; et les spécialités digestives et urologiques (hernies inguinales, phimosis...). Plus à la marge nous avons la CTCV pour la chirurgie des varices et la chirurgie maxillo-faciale comme l'ablation de naevus. Enfin de façon plus rare, la neurochirurgie, et la spécialité ORL.

Pourquoi on choisit d'opérer un patient en ambulatoire plutôt qu'en conventionnel ?

L'intérêt de la chirurgie ambulatoire est que le patient arrive le matin de son intervention et puisse ressortir le jour même pour regagner son domicile. Il est donc impératif qu'il ne présente aucun risque qui imposerait une hospita-

lisation la nuit. Il faut donc prendre le risque patient en considération. Par exemple, pour un patient qui a des problèmes cardiaques sévères et connus, et/ou des pathologies associées, la chirurgie ambulatoire ne se justifie pas, il relève d'une hospitalisation conventionnelle. Ces risques sont évalués lors de la consultation chirurgicale et anesthésique. De plus, le patient est sélectionné selon des critères d'éligibilité : il doit être accompagné pour rentrer à son domicile et ne doit pas être seul la première nuit. Autre critère : la durée du trajet entre son domicile et le CHU ou un centre de référence dont relève son intervention doit être inférieure à 60 min.

Comment se fait la préparation à une intervention en chirurgie ambulatoire ?

Lors de la consultation avec le chirurgien et ensuite l'anesthésiste, le patient reçoit des informations sur les modalités d'hospitalisation en ambulatoire. Il lui est remis un dossier « passeport ambulatoire », où sont expliquées les différentes étapes de son intervention ainsi que les consignes à respecter en lien avec son traitement chirurgical. 48h avant l'in-

tervention, une infirmière du PCA le contacte par téléphone, vérifie, à partir d'une « check list » pré établie, s'il a réalisé les examens demandés, s'assure qu'il ne sera pas seul le soir à son domicile, lui rappelle qu'il doit être à jeun... Ce contact est très rassurant pour le patient et il permet de répondre éventuellement à ses interrogations. C'est une prise en charge en amont de son hospitalisation en ambulatoire. Cette organisation, évite des déprogrammations. Cet appel téléphonique est très apprécié des patients.

Quels sont les avantages de la chirurgie ambulatoire pour le patient ?

Ce mode d'hospitalisation lui permet de démystifier l'intervention et de bénéficier d'un certain confort, qui est de regagner son domicile le soir même. Dès que les patients se sentent mieux, contrairement à ce que l'on pense, ils n'ont qu'une envie, c'est partir de l'hôpital. Et c'est valable également pour la personne très âgée.

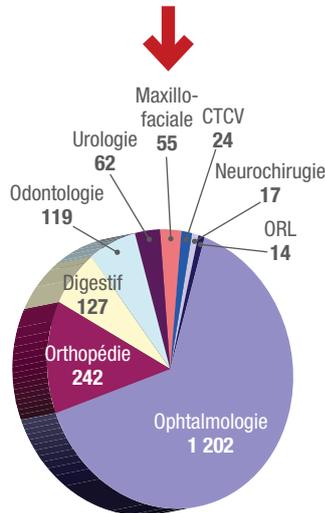
Justement, après l'intervention, comment sait-on que le patient est prêt à rentrer chez lui ?

Il faut qu'il réponde à certains cri-

L'activité du Plateau de chirurgie ambulatoire

Du 27 janvier au 31 décembre 2011 :
2 403 interventions réalisées

Du 1^{er} janvier au 31 août 2012 :
1 877 interventions réalisées



tères de sortie, que l'on appelle « Score de Chung ». Au regard de 10 items qui portent sur les constantes vitales, l'état de conscience, la présence ou non de nausées, la reprise de la fonction urinaire... le score du patient doit être égal ou supérieur à 9. Ce relevé est effectué par les infirmières du PCA ; il conditionne son autorisation de sortie qui doit être validée et signée par le chirurgien et/ou l'anesthésiste.

Comment l'hôpital s'assure que le patient va bien une fois qu'il est rentré chez lui ?

Les secrétaires du PCA assurent un suivi téléphonique par « l'appel du lendemain », pour savoir comment va le patient. S'il y a un problème particulier cet appel est dirigé vers une infirmière du PCA, voire un médecin. Cet appel répond à une prise en charge complète du patient et il est très apprécié par les patients.

Qu'est-ce que ça change dans les pratiques du personnel infirmier de travailler en ambulatoire ?

Ce qui change c'est qu'elles sont infirmières pour plusieurs spécialités. Il est donc nécessaire de connaître toutes les disciplines, et s'adapter aux protocoles de chacune des spécialités. C'est un rythme de travail soutenu qui nécessite de la réactivité et une organisation sans faille pour assurer une rotation des places. En effet, une place sur une journée peut être occupée par 2 voire 3 patients. Il est donc impératif de respecter autant que possible les horaires d'intervention qui ont été programmés au bloc opératoire pour répondre à ce principe de rotation et à une augmentation de l'activité sur le PCA.

Comment le PCA va-t-il évoluer ?

Son extension est prévue, voire un changement de lieu géographique avec une architecture adaptée à ce mode de prise en charge, mais toujours à proximité du bloc opératoire et des salles de surveillance post interventionnelle. Une réflexion institutionnelle est en cours avec l'ANAP à ce sujet.

« La prise en charge ne s'arrête pas aux portes du bloc »

Le Pr Nathalie Nathan-Denizot est responsable du service d'anesthésie-réanimation. Elle nous présente les missions de l'anesthésiste, au sein des blocs opératoires et au-delà. Bien loin du cliché de celui qui « endort »...



Pose d'une anesthésie loco-régionale

Pouvez-vous nous présenter le rôle de l'anesthésiste dans le parcours du patient au bloc opératoire ?

Le rôle de l'anesthésiste est extrêmement transversal. Il suit le patient du début jusqu'à la fin, dans une structure où le cœur de prise en charge est le bloc opératoire. Mais il intervient en amont avec la consultation d'anesthésie, pour permettre d'évaluer le patient, en lien avec les professionnels d'amont, qui sont les spécialistes ou les médecins généralistes. Cette évaluation porte sur le terrain médical, sur l'acte chirurgical en lui-même, et sur les possibilités que nous pouvons offrir au patient en termes d'anesthésie : générale ou locorégionale. Cette consultation permet d'établir une sorte de contrat moral où le patient choisit sa technique. L'anesthésiste n'impose pas. Il propose. Le patient est devenu un acteur de ses soins. Cette consultation est une période importante dans la prise en charge du patient. On sait qu'une consultation d'anesthésie a un potentiel anxiolytique, rassurant, qui permet le plus souvent de se passer de la pré-médication. Ensuite, en pré-opératoire, le médecin anesthésiste va voir le patient dans les heures qui précèdent l'intervention, pour vérifier que tout va bien et s'assurer qu'il adhère toujours

au contrat de soin. Après le bloc opératoire, le patient passe en SSPI. Puis qu'une salle de réveil, puisque du fait de l'évolution des médicaments la durée du réveil est très courte, la SSPI est surtout destinée à prévenir certains effets adverses de l'anesthésie, comme l'hypothermie, les nausées et vomissements post-opératoires qui sont très mal vécus par les patients, mais aussi à continuer la prise en charge de la douleur qui a commencé très tôt en amont.

On entend de plus en plus parler de l'anesthésie locorégionale, quelle est son intérêt ?

Les techniques d'anesthésie locorégionale se sont très largement développées. Elles ont été aidées par l'apparition de l'échographie, qui nous permet de repérer les nerfs là où ils se situent et nous évite ainsi de travailler en aveugle. C'est une meilleure précision de l'acte, une amélioration de sa rapidité, donc une meilleure acceptabilité pour le patient, avec une meilleure efficacité. Les avantages de cette technique, sont une amélioration de la prise en charge de la douleur pour le post-opératoire et une réduction de la chronicisation de la douleur, qui intervient très tôt dans le phénomène douloureux. L'anesthésie



Pose d'une anesthésie loco-régionale

locorégionale permet aussi de prendre en charge la douleur qu'on appelle par excès de nociception, c'est-à-dire la douleur liée au traumatisme lui-même. Le fait de proposer dès la consultation d'anesthésie des techniques qui très en aval vont permettre d'éviter la chronicisation des phénomènes douloureux est un grand progrès. L'objectif du service est de développer l'anesthésie loco régionale.

Quels sont vos objectifs ?

Actuellement, on réalise 30 % d'anesthésies locorégionales. L'objectif serait d'arriver à 50 %. De gros progrès ont été faits sur l'ophtalmologie et l'orthopédie. En pédiatrie on est à 50 - 60 %. La gynécologie « explose » les compteurs, puisque nous sommes à presque 90 % de péridurales analgésiques. Ce qui nous place au même niveau que les grandes maternités parisiennes. Et enfin, il y a une grosse marge de manœuvre sur les interventions digestives lourdes, par laparotomie, pour faire des péridurales analgésiques. Nous avons un protocole de recherche ciblé sur ce type de chirurgie. La littérature a démontré qu'il y a un bénéfice clinique très net pour le patient, en termes de durée d'hospitalisation et de morbidité mais aussi en terme de récurrence des processus tumoraux.

Le patient adhère facilement à l'anesthésie loco-régionale ?

Tout dépend de l'explication qu'on lui donne... La première contre indication de l'anesthésie locorégionale, c'est le refus du patient, que nous respectons. Néanmoins il est de notre devoir et c'est le rôle de la consultation d'anesthésie, d'expliquer les différentes techniques, les avantages et bien sûr les inconvénients.

Comment s'effectue la prise en charge de la douleur du patient ?

La prise en charge de la douleur commence très tôt en amont. Elle est anticipée par l'utilisation de techniques d'anesthésies locorégionales, mais également en cas d'anesthésie générale, en administrant dès le sommeil du patient, les médicaments. C'est une prise en charge multimodale, qui n'utilise pas que la morphine, mais d'autres médicaments, qui agissent en synergie avec la morphine.

Le patient est-il également acteur dans la prise en charge de sa douleur ?

Dans les années 90 est apparue la technique de l'anesthésie dite contrôlée par le patient, avec des systèmes d'auto administration de la morphine par pompe de PCA (Patient Control Analgesia). Ces systèmes ont ensuite été appliqués à l'anesthésie péridurale. Cela permet d'anticiper, et pour le patient de devenir un acteur de soins, puisqu'il détermine ses besoins. De plus, cette technique libère le personnel paramédical, qui n'est pas toujours disponible pour administrer les produits. En SSPI, c'est différent, une infirmière est là en permanence, et demande régulièrement au patient s'il a mal. Elle évalue la douleur, soit à l'aide une échelle numérique ou d'une échelle quantitative subjective, et avec des échelles spécifiques chez l'enfant ou le sujet non coopérant.

La prise en charge du patient s'arrête aux portes des SSPI ?

Les médecins anesthésistes interviennent en soins continus soins intensifs, en collaboration avec les chirurgiens, et prennent en charge les patients. Ça permet de voir si une mauvaise prise en charge per opératoire a des conséquences plus tardives. Il est donc important que l'anesthésiste reste impliqué dans ce chemin clinique.

En quoi c'est important cette implication de l'anesthésiste en post-opératoire ?

Aux Etats-Unis, un constat a été fait. Il y a tellement de progrès faits sur le plan technique, sur le plan de la formation ou de la gestion d'équipe,



Réforme de la formation des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat : un double challenge

par le Pr Nathalie Nathan-Denizot, directeur scientifique de l'école IADE
et Dominique Auguste, directeur de l'école IADE

Après plusieurs années de travail mené sous l'égide des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, la formation des IADE connaît aujourd'hui une des évolutions les plus importantes de son histoire.

Les désormais "étudiants" rentrés au 1^{er} octobre 2012 obtiendront après 2 années d'études un Diplôme d'Etat, mais aussi la reconnaissance de leur formation au Grade de Master.

L'enseignement théorique s'articule autour de 7 unités d'enseignements (UE) réparties sur 4 semestres. Les UE 5 et 7, orientées sur la recherche en santé et la réalisation d'un mémoire professionnel marquent ce passage à la dimension universitaire. L'enseignement clinique est aussi revisité, avec notamment la réalisation d'un stage auprès d'une équipe de recherche. 8 semaines sont laissées au choix de l'étudiant, signe d'une meilleure prise en

compte des projets individuels.

Le double défi de cette réforme est d'accompagner les étudiants vers un niveau de connaissances qui réponde aux exigences universitaires tout en garantissant la dimension professionnalisante de la formation. Pour y parvenir, des UE d'intégration sont prévues durant tout le cursus. Elles permettent au formateur d'accompagner l'étudiant dans la construction des 7 compétences de la profession, en l'aidant à faire les liens entre théorie et pratique. Le dispositif d'encadrement en stage est renforcé et formalisé dans le cadre du tutorat.

Un comité de suivi de la réforme piloté par le ministère de la santé a été créé. Un de ses objectifs sera de s'assurer que les IADE du "nouveau cru" répondent bien en termes de qualité et de sécurité à ce qui est attendu de ce professionnel hautement qualifié.

que la majorité des décès et des complications ne surviennent plus au bloc, mais en post-opératoire. Et c'est là qu'il faut recentrer le travail des anesthésistes, pour améliorer le pronostic des patients. Il est donc important que l'anesthésiste reste impliqué dans tout le chemin clinique et pour cela il doit s'investir dans le post-opératoire.

Dans cette dimension de suivi du patient, une équipe mobile douleur a vu le jour. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Une équipe mobile douleur a été créée depuis janvier 2012. Elle est destinée à assurer la formation du personnel d'aval et améliorer les connaissances. Elle intervient aussi ponctuellement dans les cas difficiles. Elle permet d'évaluer et de cibler, dès le 4^{ème} ou 5^{ème} jour post opératoire, certains patients qui potentiellement risquent de devenir des « douloureux chroniques ». Cette unité est le lien nécessaire entre la sortie de salle de réveil et le post opératoire tardif. Quand on prend en charge un malade, dans son chemin clinique, cette prise en charge ne s'arrête pas aux portes du bloc, elle continue en post-opératoire sous différentes formes, que ce soit le suivi du patient, ou, l'autonomisation des équipes d'aval.

Comment l'anesthésiste s'est-il adapté à toutes les évolutions techniques et chirurgicales ?

Il y a 20 ans un anesthésiste pouvait tout faire. Ce n'est plus le cas. Le médecin anesthésiste est sollicité pour accompagner les innovations technologiques et il ne peut plus pratiquer toutes les techniques. Quand un médecin anesthésiste est spécialisé en chirurgie cardiaque on ne peut pas lui demander d'être le spécialiste dans la locorégionale en orthopédie. Il y a donc une évolution vers la sur-spécialisation du médecin anesthésiste. Et cette sur-spécialisation est nécessaire pour assurer un soin de qualité, en sécurité maximale. Quand on fait un geste régulièrement, on est bon dans la réalisation de ce geste, si on le fait ponctuellement on ne sera pas aussi bon. Cette spécificité est cruciale pour avoir des soins de pointe. Et pour accompagner des soins de haute technicité, il faut des gens qui sur le plan professionnel aient une haute technicité et une haute compréhension du processus de soin. ■

Le CHU de Limoges lauréat du concours national sur l'anesthésie de l'enfant



Le CHU de Limoges fait partie des 9 lauréats du concours national de l'anesthésie de l'enfant. Organisé par l'association SPARADRAP, ce concours visait à encourager et à valoriser les actions des équipes d'anesthésie investies dans un accompagnement respectueux des besoins des enfants et de leurs parents. Le dossier a été porté par Peggy Bourneix, infirmière anesthésiste, Geneviève Pilaire aide-soignante et Thierry Chausse, infirmier anesthésiste cadre de santé.

L'équipe d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital de la mère et de l'enfant démontre depuis plusieurs années que la présence des parents lors de l'endormissement de l'enfant est possible, sous réserve d'une bonne organisation de service et d'une information claire donnée aux parents. Il s'agit de l'un des rares services en France qui permette cette présence de façon systématique. L'information de l'enfant est réalisée à la suite de la consultation d'anesthésie par des aides-soignantes de Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) formées à cet accompagnement et avec l'aide d'un film sur le parcours opératoire.



NOUVEAUX BATIMENTS

BATIMENT CLINIQUE MEDICALE

Le dossier de programme fonctionnel du futur bâtiment a été transmis aux 5 groupements appelés à remettre un projet de conception-réalisation. Le choix du candidat retenu est programmé pour fin mars 2013.

BATIMENT BIOLOGIE-SANTE ①

Chacun a pu le voir, les murs du bâtiment Biologie-santé à l'arrière de Dupuytren montent à vive allure. L'organisation de la pose de la « première pierre » est en cours d'organisation avec l'Université. Cet événement est prévu pour le 12 février 2013.

BATIMENT MEDICO-ADMINISTRATIF ②

Le démarrage a pu commencer dès réception du permis de construire délivré le 19 octobre, la pose de la clôture de chantier ayant été anticipée. La fin des travaux est programmée fin 2013 pour une mise en service au début de l'année suivante.

HOPITAL DUPUYTREN

SERVICES REAMENAGES ET RENOVES

Le service de consultations de chirurgie maxillo-faciale, et le service d'odontologie ont pris possession de leurs nouveaux locaux au rez-de-chaussée de Dupuytren derrière l'ascenseur B. Le service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSRG) du V80 2^{ème} étage a rejoint le bâtiment principal de l'hôpital Jean Rebeyrol au 4^{ème} étage aile A.

HELISTATION ③

La piste d'hélistation à proximité de l'hôpital de la mère et de l'enfant fait l'objet de travaux de mise aux normes, permettant la création d'une 2^{ème} aire d'approche et de décollage.

LOGICIEL ICIP

D'importants travaux de câblage sont menés pour permettre l'installation du logiciel de prescription de réanimation ICIP, déployé en réanimation et en soins intensifs

CRECHE ④

Un marquage au sol a été mis en place au cours du mois d'octobre pour matérialiser les places de stationnement et l'emplacement pour les livraisons. ■

« Maintenir cette notion d'équipe la nuit »



Après 6 années en tant que cadre du secteur hautement spécialisé de CTCV, Marie Pierre Apchin a souhaité changer de service pour vivre une autre expérience. Elle est aujourd'hui l'une des 3 cadres du service infirmier de compensation et suppléance de nuit de notre CHU.

Pourquoi être passé de la CTCV au poste de cadre de nuit ?

Ce service était passionnant, mais épuisant du fait de l'investissement qu'il nécessitait tant dans l'organisation des soins, la gestion des patients et l'accompagnement des équipes. La publication de la vacance de poste de cadre de nuit était une opportunité.

Et maintenant ?

L'activité est passionnante et variée, et ne se limite pas à la sortie des corps... Mon rôle de cadre de nuit est avant tout d'assurer la continuité de l'encadrement sur l'établissement. J'ai donc un rôle auprès du patient et des équipes. Ma nuit débute aux urgences sur Dupuytren par la recherche de disponibilité des lits. J'appelle tous les services entre 21h30 et 23h00, pour connaître le nombre de lits disponibles ou réservés. Cela me permet de "prendre le pouls" et de percevoir comment va se passer la nuit dans les services.

Les services d'hospitalisation jouent le jeu ?

Franchement, oui. De toute façon, je vois si les informations données sont cohérentes avec celles reçues par fax des mêmes services à 17h. Et les équipes savent que je vais régulièrement dans les services la nuit et que je peux donc voir ce qu'il en est.

Vous êtes aussi garante de la sécurité des soins ?

Oui. Aux urgences, je recherche avec les médecins la solution la plus adéquate à l'orientation des patients, dans l'hôpital ou à l'extérieur. Présente dans les soins au niveau de la banque centrale, je vois et j'entends. Je peux anticiper des besoins ou désamorcer des situations conflictuelles, aider ponctuellement dans certains soins : transferts, réfection de lit... Dans les services, je suis « facilitatrice » : réorganisation des effectifs, rappel d'une procédure, gestion d'un patient ou de son entourage, accompagnement et soutien en cas de décès.

Vous vous sentez donc en charge aussi de prendre soin de vos équipes ?

Evidemment. Je suis devenue cadre pour cette raison. Je dois être là, les accompagner, les écouter, les aider, partager leur vécu. Les situations d'agressivité, la prise en charge de patients polytraumatisés, certaines situations de soins difficiles impliquent le soignant émotionnellement. Il est important qu'on en reparle, qu'on se soutienne.

Y a-t-il d'autres moyens de soutenir les équipes ?

Oui. On peut aussi demander l'aide d'une psychologue a posteriori. La Coordination générale des soins et les directeurs de garde nous soutiennent également. Passé la crise, des moments plus conviviaux nous permettent aussi de décompresser.

Côté management, est-ce qu'il y a

quand même des frustrations ?

Je regrette d'être toujours dans la gestion du moment au détriment d'une conduite de projets à moyen et long terme. Même le management de l'équipe du Service Infirmier de Compensation et de Suppléance de Nuit (SICSN) est difficile du fait de l'activité transversale des aides-soignants et des brancardiers, qui interviennent dans les différents services de l'établissement, au pied levé selon les demandes. On ne peut pas mener de véritables projets avec eux, si ce n'est les accompagner dans des projets personnels. C'est particulier. J'essaie malgré tout d'être vigilante à leurs besoins et d'être à leur écoute.

« Mon rôle de cadre de nuit est avant tout d'assurer la continuité de l'encadrement sur l'établissement. »

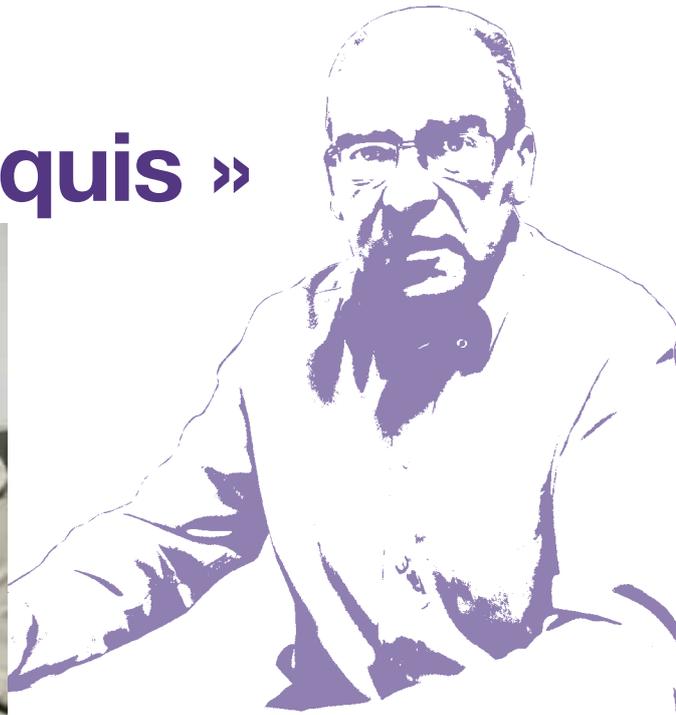
Quelle est votre approche du management ?

Directe et spontanée. Je dis les choses simplement, positives ou négatives. Il est particulièrement important de relever quand le travail est bien fait, de remercier une équipe quand cela s'y prête. J'essaie d'être la plus présente possible, de soutenir les équipes.

Un souhait ?

Oui : maintenir cette notion d'équipe la nuit... et des lits, bien sûr ! (rires) ■

« Je considère que rien n'est acquis »



L'atelier des fluides médicaux assure la maintenance des réseaux et met en sécurité la distribution des gaz médicaux et de laboratoire, et des centrales de traitement d'eau du CHU : piscine de balnéothérapie, stérilisation, dialyse. Robert Martin présente sa vision de ce métier, méconnu et évidemment indispensable à l'hôpital.

Vous pouvez nous donner quelques repères sur cette activité ?

Les 6 agents de l'atelier assurent un service 7 jours sur 7 et 24h/24 avec un système d'astreinte. Ils ont réalisé 6000 interventions entre janvier et novembre. Sans compter les travaux avec les bureaux d'étude.

Comment êtes-vous venu vers ce métier très spécifique ?

Je suis entré au CHU de Limoges en 1976 comme plombier. Mais l'atelier de plomberie a évolué avec les besoins de l'hôpital. Les gaz médicaux se sont développés à la fin des années 80, et les premières normes sont apparues dans les années 90. En 98, quand les gaz médicaux ont été classés « dispositifs médicaux » les ateliers en charge de la plomberie et du traitement des eaux ont fusionné avec l'atelier des gaz médicaux, et j'ai pris la tête de l'atelier. Un bilan de compétence effectué en 2004 au CHU m'a aussi permis d'optimiser mon travail.

Quel aspect de votre métier s'est développé ?

L'hôpital a beaucoup changé et mon métier avec. Les normes et les techniques ont considérablement évolué. La traçabilité tient maintenant une place prépondérante. Nous avons un logiciel qui permet de tracer précisément tous les équipements suivis, leur fonctionnement et leur maintenance. Nous y avons aujourd'hui 14 000 équipements référencés.

Qu'est-ce qui vous plaît dans votre travail ?

Tout. Tout me plaît ! Je suis passé du « simple métier » de plombier à une activité liée au secteur médical. Je travaille beaucoup avec Armelle

Marie-Daragon à la pharmacie sur le côté normatif, et avec Jennifer Alexandre aux bureaux d'études. Mais nous échangeons régulièrement avec les médecins, les infirmières, les cadres... J'aime cette diversité d'interlocuteurs. Et puis les normes changent tout le temps, et les nouveaux projets se développent. Il n'y a pas de routine.

Vous parlez de « nouveaux projets ». Desquels s'agit-il ?

Nous travaillons par exemple avec les bureaux d'études sur les aménagements prévus sur l'hôpital de la mère et de l'enfant, les rénovations de locaux en soins intensifs de cardiologie, les bâtiments Biologie-santé et Clinique médicale. Nous attendons de connaître la destination de l'ensemble des pièces, mais nous suivons de près le plan de modernisation.

Où sont les points d'amélioration pour votre service ?

Nous progressons dans la mise en place de la gestion opérationnelle de nos tâches, et pouvons renforcer notre qualité de service. Je considère que rien n'est acquis. L'excès de confiance est interdit : le manque de vigilance peut mettre en danger de mort un patient.

D'autres hôpitaux ont externalisé vos missions. Quel est votre regard sur cette approche ?

Je vois beaucoup d'inconvénients à une externalisation. Pour les patients d'abord : les prestataires ont des contraintes horaires plus fortes que les nôtres et entrent parfois dans des services sans tenir compte de leur activité. Ensuite, il y a une obligation légale à un accompagnement interne de ces prestataires. Au final, l'externalisation coûte plus cher. ■

« J'aime cette diversité d'interlocuteurs »

Prise en charge de l'obésité à Toulouse : recherche et pratique clinique réunies au bénéfice direct du patient

Même combat contre l'obésité pour les chercheurs des universités et les médecins du CHU de Toulouse : concevoir un projet de soin personnalisé pour chaque patient dont l'indice de masse corporelle (IMC) - poids (kg) / taille² (exprimée en mètre) - est supérieur à 30. Elaborée dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire, cette approche collective est désormais conduite au sein d'une seule et même structure experte le Centre Intégré de prise en charge (CIO) de l'Obésité de Toulouse.



Trois exemples de projets de soins personnalisés

A un patient diabétique de type 2 présentant une obésité de classe 2 (IMC > 40 kg/m²), l'équipe propose un traitement antidiabétique individualisé, recommandé par les sociétés savantes et une recommandation experte concernant le rapport bénéfice/risque/contrainte d'une chirurgie pour perdre du poids.

Lors de son séjour en soins de suite et de réadaptation, différentes compétences seront réunies pour traiter un patient obèse atteint d'une sclérose en plaques (SEP). Il pourra mettre à profit l'approche nutritionnelle pour perdre du poids, le suivi neurologique pour optimiser le traitement de la SEP et l'accompagnement par un praticien de médecine physique et de réadaptation.

Cette prise en charge poursuivra un double objectif : l'éducation thérapeutique alimentaire et le gain d'autonomie physique.

Un adulte jeune obèse avec retard mental bénéficiera des compétences d'un pédiatre expert dans le diagnostic des obésités syndromiques (Prader-Willi...), et des relais des services de médecine du sport, de nutrition et de la fédération française du sport adapté.

Progrès et innovation sont les maîtres mots qui ont présidé à la création du CIO-Toulouse, labellisé par le Ministère de la santé au même titre que les quatre autres centres référents français reconnus, à savoir celui de Lille, celui de Lyon et les deux centres de Paris.

Des compétences pluridisciplinaires pour une prise en charge optimale du patient

Le cœur de mission du CIO-Toulouse est d'améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge des personnes et patients obèses à tous les âges de la vie. Sa particularité : une recherche pluridisciplinaire qui intègre dans ses études et cohortes non seulement les dimensions clinique et biologique mais aussi psychologique et sociologique. Une dynamique collective conduite selon le mode translationnel « du lit du malade au laboratoire et inversement ».

Des échanges étroits entre chercheurs

La formation et la communication seront des relais incontournables pour les chercheurs avec :

- l'organisation d'une conférence annuelle où sera exposée l'intégralité de leurs recherches mais aussi des interventions basées sur les controverses dans les recherches en obésité afin de réfléchir à des démarches innovantes communes.
- la création de modules d'enseignement courts mais aussi d'un « mastère obésité »
- un forum internet ouvert aux chercheurs, afin d'échanger et confronter les progrès, mais aussi aux citoyens qui pourront ainsi accéder à une information juste et valide.



Interrelations entre le CIO-Toulouse et le centre clinique spécialisé de l'obésité

Le centre spécialisé de l'obésité a été retenu dans le cadre du Plan obésité après un appel d'offres lancé par la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS). L'objectif était d'organiser une filière de soins dédiée à la prise en charge de l'obésité mais aussi à la gestion de patients obèses présentant des pathologies multiples et compliquées. C'est ainsi qu'un centre

spécialisé, labellisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), appelé TOSCA (Toulouse, Obésité, Surpoids, Conduites Alimentaires) a été créé en Midi-Pyrénées. Ce partenariat privé/public regroupe le CHU de Toulouse, les cliniques des Cèdres, d'Occitanie, de Castelveil, de Bondigoux et de Cahuzac-sur-Veyre.

En s'appuyant sur ce centre clinique spécialisé, le CIO-Toulouse pourra faire bénéficier les personnes ou patients obèses de Midi-Pyrénées de protocoles d'études ciblés et personnalisés : « avoir accès à la recherche, c'est avoir accès aux thérapeutiques d'avenir ».

Les chiffres de l'obésité en France continuent d'augmenter et la prévalence est de 15 % chez les adultes en 2012, avec de grandes variations entre les régions. ■

Cérémonie de remise des médailles d'honneur départementales et communales

Vendredi 22 juin 2012



Médailles de vermeil (30 ans de services)

Nadine Barriere
Marie-Christine Beaume
Josiane Besse
Sylvie Boissou
Christiane Bordas
Yvette Boutet
Jean-Claude Brouard
Martine Buge
Paulette Couchet
Colette Cournaire
Marie-Catherine Dupont
Mireille Fezard
Maryse Foubert
Christiane Gery
Jeannette Growas
Marie-José Labracherie
Chantal Lacorre
Marie-José Lacouche
Marc Lafarge
Marie-Annick Lascaux
Marie-Noëlle Lechaudel
Marie-Odette Marouhier
Jean-Pierre Martin
Louis Mazaud
Martine Montaud
Ginette Morand
Eliane Morvan

Nicole Pannetier
Martine Penicaud
Victorine Petiot
Edith Pingaud
Michèle Raynaud
Danielle Roche
Jacqueline Roche
Gisèle Tresident
Annie Vevaud
Nadine Villeneuve-Durand
Colette Villette

Médailles d'argent (20 ans de services)

Catherine Adam
Florence Aubin Miranda
Vieira
Isabelle Bertelo
Jacqueline Blain
Bruno Blanc
Nadège Bobier
Sylvie Bordes
Françoise Boucher
Christiane Bourdeau
Josiane Bouyssou
Jean-Marie Bouzonie
Yannick Brissaud
Corinne Brun
Yolande Caillaud

Yolande Cathelinaud
Sylvie Ceysnat
Jean-Michel Chateau
Sylvie Coinaud
Joëlle Coucaud
Catherine Coulon
Joëlle Couzard
Isabelle Debort
Bruno Delhomme
Agnès Douy
Claudine Dubois
Martine Dumazeaud
Pascale Dumery
Marie-Louise Dupuy
Catherine Dutheil
Liliane Flitti
Bertrand Fournier
Viviane Galateau
Martine Gauthier
Annie Gavinet
Bernadette Gombert
Catherine Greume
Monique Guy Duché
Nathalie Iglesias
Muriel Jacquier
Christine Jardinier-Baril
Joëlle Lagerige
Edith Lebraud
Sylvie Lecante

Genevière Lemattre
Annie Lesage
Véronique Lesieur
Evelyne Louis
Christiane Massaux
Gérard Mohan
Brigitte Moreau
Elisabeth Noilhac
Muriel Pejoan-
Bouchareychas
Serge Picat
François Pignol
Françoise Plas
Joëlle Pouret
Bruno Ragozzino
Annie Renard
Simone Roulaud
Nadine Roux
Anne-Marie Santerre
Marie-France Tharaud
Jean-Pierre Tine
M'khelifa Tine
Denis Tricard
Chi Hua Auguste Truong
Jeannine Vergne
Dominique Vigier
Valérie Villoutreix
Béatrice Youx

**CONCOURS
SUR TITRES**
Cadre de santé -
filière infirmière
1^{er} septembre 2012
• Sylvie Robert

Aide-soignante
13 juillet 2012
• Aurélie Delotte
• Manuel Tall
1^{er} août 2012
• Geneviève Vienne
• Angélique Appert
• Viviane Pepin

**Agent des services
hospitaliers qualifié**
1^{er} octobre 2012
• Thérèse Moutou

Agent d'entretien qualifié
1^{er} octobre 2012
• Patrick Memery
• Khady Traore
• Sophie Sage

**Adjoint administratif
hospitalier 2^{ème} classe**
1^{er} octobre 2012
• Asiyé Yesilyurt
• Audrey Barbarin
• Virginie Descamps
• Manon Martin
• Catherine Gibiat-Jargois

**Conducteur ambulanciers
2^{ème} catégorie**
1^{er} novembre 2012
• Sébastien Dedieu
• Thomas Manuch

Ouvrier professionnel qualifié
1^{er} novembre 2012
Domaine sécurité
• Olivier Beguier
• Cyril Massaloux
• Frédéric Lavigne
• Philippe Detivaud
Domaine restauration
• Jérôme Daudon
• Fabien Rivaud
• Guillaume Viera
• Mickaël Gentreau

**Ingénieur en chef
de classe normale -
branche électricité**
1^{er} août 2012
• Alain Plavinet

**Ingénieur hospitalier -
branche organisation
et méthodes**
1^{er} août 2012
• Nathalie Vidal



Le Dr Raphaël Jallageas remet le maillot porté par Patrice Evra lors du match France - Belarus du 11 septembre dernier et dédié par tous les joueurs à Corentin, un jeune patient de médecine physique et de réadaptation.
25 septembre 2012 - Hôpital Jean Rebeyrol



Réalisé avec le soutien de
MACSF assurances