

mieux connaître
**LE CENTRE DE RÉFÉRENCE NATIONAL
NEUROPATHIES PÉRIPHÉRIQUES RARES**

rencontres
**Dr ILEANA DESORMAIS
Dr NADIRA SAIDI
PATRICIA ROBY
DAVID ZEGADI**

dossier

L'informatique au CHU de Limoges

ailleurs

**CHU DE POITIERS : LE DÉVELOPPEMENT
RÉUSSI DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE**

sommaire

GRAINES D'HOSTO : ÇA TOURNE ROND



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

Publication du service
de la communication

service.communication@chu-limoges.fr

Directeur de la publication
Hamid Siahmed
Rédacteurs en chef
Maïté Belacel, Philippe Frugier
Secrétaire de rédaction
Maïté Belacel
Photographies
Jacques Ragot, Phanie Presse, Philippe Frugier,
Christophe Chamoulaud, Frédéric Coiffe
Mise en page
Christophe Chamoulaud
Illustrations
Frédéric Coiffe
Imprimeur
Fabrègue, St-Yrieix-la-Perche (87)
Tirage
9 700 exemplaires
Dépôt légal
2^{ème} trimestre 2010
ISSN 0986-2099

04 | actualités

07 | à venir

08 | travaux

09 | mieux connaître

- 09 | Le centre de référence national neuropathies périphériques rares
- 21 | Le service néphrologie - hémodialyse - transplantations
- 22 | La photothérapie dynamique topique en dermatologie aujourd'hui
- 24 | Le service communication
- 26 | EHPAD Dr Chastaingt : la mise en place de nouveaux outils au service des usagers

10 | dossier

L'informatique au CHU de Limoges

17 | cahier détachable

Chiffres clés 2009

27 | rencontres

- 27 | Dr Iléana Désormais
- 28 | Dr Nadira Saïdi
- 29 | Patricia Roby
- 30 | David Zegadi

31 | ailleurs

CHU de Poitiers : le développement réussi de la chirurgie ambulatoire

33 | ressources humaines

Concours - Mouvements - Promotions - Carnet

l'image

dernière page | Les 3 vainqueurs du concours photo annuel CHU-Relais H

éditorial



par Hamid Siahmed,
directeur général

Cahiers de vacances



À la mi-temps de cette année 2010, certaines actions d'importance ont abouti. D'autres ont été amorcées et trouveront leur accomplissement au second semestre.

Les nouvelles instances sont en place, comme l'illustre la tenue du premier directoire de notre CHU. Organisé le 21 juin il a permis d'aborder avec ses membres des sujets aussi engageants que l'Etat prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) 2010.

Les nouveaux contrats de pôle sont tous signés, et donnent une feuille de route claire à nos équipes hospitalo-universitaires. Elaborés avec les chefs de pôle, ils permettent à chacun de connaître les objectifs et les actions à mettre en oeuvre pour les atteindre.

L'ajustement du programme capacitaire également pensé après concertation avec les chefs de pôle se précise, dans la perspective du plan de modernisation de notre CHU. Cette adaptation des capacités d'accueil et des modalités de prise en charge des patients va traduire l'activité réelle de nos spécialités, en volume et en nature.

Le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire (voir le très intéressant exemple du CHU de Poitiers page 31) s'inscrit aussi dans cette volonté de proposer des organisations adaptées. Adaptées aux besoins et attentes des patients, aux techniques de prises en charge actuelles et aux règles du jeu définies par l'Assurance maladie.

Le second semestre 2010 verra l'élaboration des projets managériaux de pôle, mais aussi les orientations stratégiques de notre CHU, afin de fonder les projets de pôle hospitalo-universitaire qui nourriront la réflexion sur le futur projet médical.

Ces chantiers sont essentiels pour que le CHU de Limoges soit performant. Nous le devons pour être attractif pour le public comme les professionnels, et avoir les moyens financiers de nos exigeantes mais légitimes ambitions de qualité d'accueil et de soin.

J'espère que ceux d'entre vous qui prendront quelques jours de congés bien mérités cet été passeront d'excellentes vacances. Certains emmèneront peut-être avec eux des dossiers comme d'autres, plus jeunes, des cahiers de vacances... Bon courage aussi à ceux-là. ■

Déménagement du Comité 87 de la Ligue contre le cancer

Le siège du Comité 87 de la Ligue contre le cancer a déménagé. Il est désormais localisé au 23 avenue des Bénédictins à Limoges. Le numéro de téléphone reste inchangé.

La kermesse...



Le 5 juin dernier, une kermesse sur le thème « Le dimanche de nos aînés » a été organisée par l'association Chastaingt et Rebeyrol en fête et différents instituts soignants de notre CHU. La place du village d'autrefois a été reconstituée. Des animations ont été proposées aux résidents et leurs accompagnants tout au long de la journée, qui a connu une forte fréquentation.

Ateliers de l'asthme : nouvelles sessions

Le service de pédiatrie médicale propose aux enfants asthmatiques de 6 ans et leurs parents, des ateliers pour comprendre et « mieux vivre » leur asthme. Les prochaines sessions ont lieu les mercredis 13 octobre et 17 novembre de 14h à 17h. Inscription : 05 55 05 86 69 (de 9h à 16h).



Modification de l'organigramme de dermatologie

Depuis le 1^{er} juin 2010, le Pr Jean-Marie Bonnetblanc assure la fonction de chef du service de dermatologie.

Pâques s'est prolongé !

Le 13 avril dernier, la pâtisserie Maurie a offert une pièce en chocolat à l'effigie de Garfield aux enfants hospitalisés à l'hôpital de la mère et de l'enfant. Monsieur Maurie a également fait don des bénéfices d'une tombola qu'il a organisée dans sa boutique. Cette somme permettra aux équipes soignantes et éducatives d'investir dans des équipements dédiés à l'animation et à la distraction des enfants malades. Ce geste de générosité participe à rendre le séjour des enfants à l'hôpital un peu moins douloureux.



LA CAISSE LOCALE DU CRÉDIT AGRICOLE LIMOGES VANTEAUX PENSE AUX ENFANTS



Le 10 juin, la Caisse locale du Crédit Agricole Limoges Vanteaux a remis un chèque de 5 000 € à notre service de chirurgie pédiatrique. La convention signée entre le CHU et la Caisse locale du Crédit Agricole Limoges Vanteaux en juin 2009 avait déjà permis d'équiper toutes les chambres du service en lecteurs DVD. Elle avait aussi financé l'achat d'un fauteuil roulant de plus grand confort pour les enfants devant garder la jambe allongée en permanence, et des sièges pour réaliser les toilettes. Cette nouvelle aide va être investie dans l'acquisition d'un écran et de deux bornes interactives d'information pour les consultations de chirurgie pédiatrique. Des animations ludiques et des vidéos réalisées par la communication y seront diffusées pour présenter aux enfants les soins dont ils vont bénéficier et dédramatiser certains actes qui apeurent parfois les plus jeunes, comme le retrait de plaques.

GRAND PRIX DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE POUR NOTRE CHU !

Le CHU de Limoges a remporté le grand prix de la communication hospitalière 2010 pour la campagne de prévention des AVC menée en région Limousin en 2009 à l'initiative de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Le trophée a été remis sur Hôpital Expo par Gérard Vincent, délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF), à Hamid Siahmed, directeur général du CHU de Limoges.



La recherche infirmière mise à l'honneur

Les deux projets de recherche infirmière du CHU retenus pour financement ("Praxalim" et "Douleur et musicothérapie") ont été présentés à Paris le 21 mai lors du congrès national Recherche en soins de l'hôtel Dieu. Le 25 mai, Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, a reçu les porteurs de projet. Elle a tenu à les féliciter pour la qualité des travaux présentés et leur engagement dans l'amélioration de la qualité des soins rendus aux patients.

MA VILLE ET MOI, LA VILLE-EMOI

Après sa réalisation professionnelle en tant que chirurgien en chirurgie viscérale, Juvénal Abita, passionné et épris de littérature depuis toujours, fait un retour à ses premières amours, la poésie. Il s'est lancé dans l'édition de son premier ouvrage : MA VILLE ET MOI, LA VILLE-EMOI, un récit poétique, qui vient de sortir !



LES MEMBRES DU DIRECTOIRE SONT CONNUS...



Le directoire est une nouvelle instance qui appuie et conseille le Directeur général dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale, il est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants. La première réunion du directoire du CHU s'est tenue le lundi 21 juin. Sa composition est à présent connue. Voici la liste des participants, membres de droit, nommés, ou invités permanents :

Membres de droit

- Président : Hamid Siahmed, directeur général
- 1^{er} Vice-président : Pr Dominique Mouliès, président de la CME
- Vice-président doyen : Pr Denis Valleix, doyen de la Faculté de médecine
- Présidente de la CSIRMT : Josiane Bourinat, coordonnatrice générale des soins

Membres nommés par le président

- Pr Pierre Marquet, président du COREBIOSP, vice-président de la recherche
- Gilles Calmes, directeur général adjoint
- Pr Marie Essig
- Dr Eric Denes
- Dr Xavier Plainard
- Invités permanents**
- Pr Alain Vergnenègre, chef du service de l'information médicale et de l'évaluation
- Pascal Bellon, chef du pôle activité, finances et contractualisation
- Catherine Maze, chef du pôle investissement et fonctions support
- Muriel Pomeroulie, chef du pôle ressources humaines, organisation des soins et qualité

Quand les couleurs de l'espoir s'exposent à l'hôpital...



Du 22 mai au 4 juin, l'hôpital Dupuytren a accueilli une exposition de photographies qui fait suite au concours de peinture SEP'ART, destiné aux personnes atteintes de sclérose en plaques, organisé par Biogen Idec France.

...CEUX DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AUSSI

Le 29 juin s'est tenu le premier conseil de surveillance du CHU. Alain Rodet y a été élu Président à l'unanimité. Voici la liste de tous les membres de cette nouvelle instance, qui succède au conseil d'administration.

Représentants des collectivités territoriales

Alain Rodet, Claude Lanfranca, Francis Barret, Martine Leclerc, Jean-Paul Denanot

Représentants du personnel

Christiane Vigneron (CSIRMT),

Pr Dominique Bordessoule et Dr Bernard Eichler (CME), Florence Buisson et Jean-Christophe Razet (syndicats)

Personnalités qualifiées

- Désignées par le Directeur général de l'ARS : Dominique Roussel et Jean Verbié
- Désignée par le Préfet de la région Limousin, Préfet de la Haute-Vienne : Hélène Pauliat
- Représentants des usagers désignés par le Préfet de la région Limousin, Préfet de la Haute-

Vienne : Christian Couturier et Béatrice Bouthet

Assistent également à la séance avec voix consultative

le Pr Dominique Mouliès (PCME), Le Pr Denis Valleix (Doyen de la Faculté de médecine) le Directeur général de l'ARS ou son représentant, Jacques Olliac (Directeur de la Caisse d'assurance maladie) et un représentant des familles de personnes accueillies en USLD.

L'ARS à la rencontre du CHU



Michel Laforcade, directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) avait formulé dans le Chorus précédent, son souhait « de nous rencontrer ». Le 4 juin, il conduisait la visite sur Dupuytren d'une délégation de 6 personnes de l'ARS.

Tous les contrats de pôle sont signés



Tous les contrats de nos 11 pôles hospitalo-universitaires ont été signés. Les contrats de pôle définissent les objectifs d'activité, de qualité et financiers, ainsi que les moyens mis à disposition, les indicateurs de suivi et les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Le contrat socle de pôle et l'avenant annuel seront signés par le chef de pôle et le Directeur général en 2011. Il sera la traduction concrète du projet de pôle, lui-même élaboré par le chef de pôle en liaison avec le conseil de pôle, qui retrace les orientations, la stratégie et l'organisation du pôle, et les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Tous les contrats de pôle et l'essentiel des avenants sont sur Hermès.

La « salle du conseil d'administration » devient « salle des instances »

La salle de réunion située au 9^{ème} étage et jusqu'à présent nommée « salle du conseil d'administration », devient « salle des instances ». Evidemment, parce qu'il n'y a plus de conseil d'administration dans notre CHU, et du fait que cette salle accueille nombre d'instances : directoire, conseil de surveillance, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement...

Clic-claques aux lymphomes



Clic-claques aux lymphomes, c'est le titre de l'exposition de photographies itinérante présentée du 7 au 27 juin à l'hôpital Dupuytren au 1^{er} niveau du hall d'accueil.

Cet événement a abordé le thème « de la vie avec et après la maladie » au travers de photographies et de différents témoignages. L'inauguration de cette exposition a eu lieu le 11 juin.

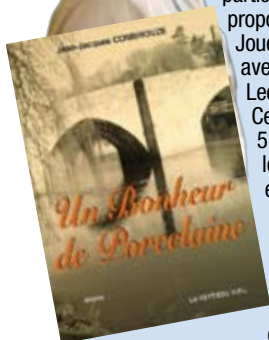
CHANGEMENT DE TRÉSORIER

Jean-Claude Maurel a été nommé chef trésorier principal du Trésor public en qualité de chef de poste à la trésorerie générale du CHU de Limoges et du CH Esquirol, en remplacement de Marie-Joëlle Maillard qui a fait valoir ses droits à la retraite.

Prix littéraire

Mardi 15 juin 2010, le prix « Passerelles » a été remis à Jean-Jacques Combrouze pour son roman « Un bonheur de porcelaine » à la rotonde du 1^{er} C de l'EH PAD Dr Chastaingt. C'est la deuxième année où nous participons à ce prix littéraire, proposé par l'association Abel Jouets Cœur en partenariat avec l'espace culturel du centre Leclerc.

Ce prix rassemblait cette année 5 auteurs régionaux. Pour les partager, les lecteurs et lectrices des maisons de retraite d'Ambazac, de Panazol, de Feytiat, du centre de la mémoire de Condat sur Vienne et du Vigen, de l'EH PAD Dr Chastaingt et de l'hôpital Jean Rebeyrol ont dévoré ces romans en moins de trois mois.



Valérie Arsouze-Fadat quitte le CHU

Valérie Arsouze Fadat quitte notre CHU pour prendre la fonction de directeur des ressources humaines au CH Angoulême. Nommée attachée de direction le 1^{er} avril 1996 au CHU de Limoges, elle a été rattachée à deux directions : la direction des finances et les affaires médicales. Elle était alors en charge de la recherche clinique - autorisations et accréditation jusqu'au 22 janvier 2002, puis à partir de 2002, de la recherche clinique - autorisation et contrôle de gestion. En mars 2005 elle a quitté ces fonctions pour être en charge de la direction des affaires économiques jusqu'au 9 juillet de cette année.

Nous lui souhaitons une toute aussi belle carrière à Angoulême.



Continuer l'aide au Vietnam...

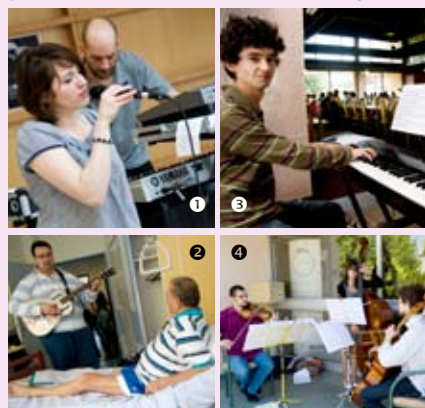


L'ADCV (Association pour le Développement Chirurgical au Vietnam), œuvre depuis 15 ans pour le développement de la qualité des soins et de l'hygiène dans les hôpitaux Vietnamiens. Malgré les nombreuses missions accomplies, l'ADCV a encore bien d'autres projets, car il reste beaucoup de travail à accomplir sur place. Cependant, la disparition de son fondateur, le Pr Descottes, freine cette volonté, faute de moyens... C'est ainsi que la nouvelle présidente, Christine Picarel, a lancé un appel au don en mai dernier.

Elle espère collecter les fonds qui permettront de répondre aux nombreuses demandes de transmissions de savoir formulées par les équipes soignantes vietnamiennes.

FETE DE LA MUSIQUE

Le « best of » de la fête de la musique ou plutôt de la semaine de la musique à l'hôpital a été un vrai succès ! Plusieurs animations ont rythmé la semaine entre le 18 et le 25 juin : les prestations d'Olen'K[®], des amis du Val de Vienne, du Conservatoire national de région, de Franck Lepetit[®], de l'association de diffusion musicale de l'université de Limoges "L'air libre"[®], de Doïna[®], mais également une exposition de peintures ! Vous avez des suggestions, remarques à formuler afin d'améliorer cet événement ? Vous souhaitez déjà vous porter volontaire pour l'édition 2011 ? Vous pouvez contacter le service communication : poste 56351 ou maite.belacel@chu-limoges.fr



CERTIFICATION HAUTE AUTORITE DE SANTE : INFORMATION SUR LE REPORT DE LA CERTIFICATION



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La Haute Autorité de Santé a accordé une demande de report de six mois de la certification ; ainsi, la visite de certification, initialement prévue au mois de décembre 2010, aura lieu en juin 2011. L'autoévaluation devra être transmise en décembre 2010.

Cette information n'ayant été connue que récemment, il convient de souligner l'important travail réalisé par les groupes d'autoévaluation, dans les délais impartis initialement. Ainsi, les résultats des travaux sont à la lecture des membres du Comité Stratégique de la Qualité, qui se réunira pour une validation des rédactions et cotations mi-septembre 2010.

Le temps supplémentaire qui nous est accordé sera mis à profit pour lancer les travaux relatifs aux deux chantiers majeurs de la mise en place de la sécurisation du circuit du médicament, et du Dossier Patient unique, ainsi que les différentes actions d'amélioration listées au plan d'actions.

Inauguration de COMETE



La Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité et notre CHU ont signé une convention validant l'installation, la gestion et le suivi d'une unité COMETE France sur le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) André Lalande à Noth (Creuse). L'association COMETE France, créée en 1992, œuvre

pour le maintien d'une dynamique d'insertion sociale et professionnelle, pour, autour et avec, les personnes hospitalisées dans les établissements adhérents. Elle s'adresse aux patients pour lesquels la pathologie (liée à la survenue d'un accident ou d'une maladie ou à son aggravation) remet en cause le retour à l'emploi, en milieu ordinaire de travail. Chaque antenne COMETE France doit répondre à un contrat d'objectifs et de moyens annuel de 100 prestations d'accueil et d'évaluations de la demande, 50 prestations d'élaboration du projet et évaluation de la faisabilité, 20 prestations de mise en œuvre du plan d'action et 20 prestations de suivi des personnes insérées. Le service de médecine physique et de réadaptation de notre hôpital est donc évidemment un acteur privilégié de cette nouvelle unité.

Victoires de la médecine 2010



Pour présenter une innovation récente (2009-2010), les médecins, les services hospitaliers des CHU ou les établissements hospitalo-universitaires peuvent télécharger la fiche de participation ou la remplir en ligne sur www.victoires-medecine.com
Date limite de dépôt des dossiers : 27 août 2010.

6^{èmes} Journées annuelles du Cancéropôle Grand Sud-Ouest



Bordeaux • Limoges • Montpellier • Nîmes • Toulouse

Les 6^{èmes} Journées annuelles du Cancéropôle Grand Sud-Ouest auront lieu les 19, 20 et 21 octobre au Centre des Congrès Pierre Baudis de Toulouse. Ces journées s'inscrivent dans une logique de rencontres scientifiques annuelles entre les équipes du Cancéropôle. Elles visent à renforcer les liens entre les

chercheurs des différents sites ou axes, favoriser les partenariats en particulier avec les industriels, donner plus de visibilité à l'offre technologique des plateformes et services du GSO, présenter à l'ensemble de la communauté scientifique du GSO et aux décideurs institutionnels les faits marquants et les projets phares conduits par le Cancéropôle GSO, entendre et rencontrer de grands scientifiques à travers des conférences de haut niveau sur différents thèmes, donner la parole aux jeunes chercheurs.

A cette occasion, un appel à communications est lancé : il permettra de finaliser le programme scientifique après sélection des communications orales par le comité de pilotage scientifique. Par ailleurs, comme chaque année, un concours poster « jeunes chercheurs » sera organisé.

Pour en savoir plus : www.canceropole-gso.org

Nouveau DU : Plaies et cicatrisations, réparation et régénération tissulaires

Un Diplôme Universitaire « Plaies et cicatrisations, réparation et régénération tissulaires » est mis en place pour l'année 2010-2011 à la Faculté de médecine et de pharmacie. Cette formation, d'une durée d'un an, s'adresse à toutes personnes (infirmiers, médecins, pharmaciens, vétérinaires...) préoccupées par les problèmes de plaies et de cicatrisations, de réparation et de régénération tissulaires (escarres, ulcères, brûlures, fibroses, cellules souches, dispositifs médicaux, coût, traitements...). Inscription : 05 55 43 59 40

LES DÉPARTEMENTALES DE GÉRONTOLOGIE

Le 16 septembre prochain se tiendront à la Salle Paul Eluard de Rilhac-Rancon les sixièmes départementales de gérontologie. Rendez-vous désormais incontournable des acteurs locaux de la gérontologie, les départementales sont organisées par le CHU de Limoges et le Conseil général de la Haute-Vienne.

Le thème de cette édition est " Prévention de la perte d'autonomie et respect des droits ".

Cette journée est ouverte à tous les professionnels de santé, du social et du médico-social ainsi qu'à toutes personnes intéressées. Vous pouvez vous renseigner auprès d'Annie Montayaud au 05 55 05 69 96 ou d'Aline Bertin au 05 55 05 69 78.



journées de la santé...

SEPTEMBRE

- 10 : Journée mondiale de prévention du suicide
www.who.int
- 15 : Journée mondiale du lymphome
www.francelymphomeespoir.fr
- 15 : Journée nationale de la prostate
www.urofrance.org
- du 16 au 22 : Semaine de la mobilité et de la sécurité routière
www.developpement-durable.gouv.fr
- du 19 au 27 : Semaine du cœur
www.1vie3gestes.com
- 21 : Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer
www.francealzheimers.org
- 05 : Journée mondiale de l'asthme
www.asthme-allergies.org
- 26-27 : Weed-end du sport en famille
www.sports.gouv.fr
- 26 : Journée mondiale de la contraception
www.sante-sports.gouv.fr
- 28 : Journée mondiale de la rage
www.who.int
- 28 : Journée mondiale du cœur
www.who.int



DON DU SANG

Mardi 17 août 2010
1^{er} niveau du hall d'accueil
Hôpital Dupuytren

www.dondusang.net



Documentaire sur le CHU

Le CHU de Limoges et la société de production Leitmotiv Production développent un projet de documentaire sur le CHU. A cette occasion, la réalisatrice Naruna Kaplan de Macedo (photo), qui avait déjà fait un premier repérage en



mars dernier, sera en résidence durant tout l'été au CHU, afin de définir le scénario du documentaire. Elle va être amenée à visiter nos différents services. Nous remercions donc chacun de lui réserver le meilleur accueil. Pour tout renseignement, vous pouvez contacter le service communication (poste 56351 ou 56249).

Permanences MACSF assurances

Restaurant du personnel
Hôpital Dupuytren
Mercredi 21 juillet 2010
Mercredi 22 septembre 2010



Permanences GMF

Restaurant du personnel
Hôpital Dupuytren
Mardi 7 septembre 2010





SCHÉMA DIRECTEUR DES TRAVAUX

EHPAD

Le programme des travaux est terminé. La consultation de l'équipe qui fera la conception et la réalisation des travaux est en cours.

Bâtiment administratif

Le programme des travaux est terminé. 4 candidats ont été sélectionnés. Ils ont remis leur proposition architecturale, ainsi que le chiffrage du projet, en juin.

Pôle biologie

L'esquisse a été mise au point. L'avant projet sommaire est à rendre par le maître d'œuvre début juillet.

HÔPITAL DUPUYTREN

Construction du pôle viscéral ①

Depuis début mai, des travaux ont démarré au 2^{ème} étage de Dupuytren afin de regrouper les soins continus des services de chirurgie viscérale, de chirurgie digestive et de chirurgie urologique, en prévision du projet d'installation du pôle viscéral tel qu'il est prévu dans le schéma directeur d'établissement. Cette opération prévoit de réunir dès 2010 outre les soins intensifs et les soins continus, les 2 services de chirurgie digestive et viscérale.

Espace Relais H ②

Les travaux du nouvel espace Relais H ont débuté le 14 juin. L'ouverture de la nouvelle cafétéria est prévue le 30 juillet. Le but de l'opération est de regrouper l'espace cafétéria et la boutique en lieu et place de l'ancien local de la boutique Relais H et du coiffeur au rez-de-chaussée, à proximité de l'entrée de l'hôpital Dupuytren. Les travaux prévoient la démolition des cloisons, l'aménagement et l'agencement intérieur. La porte d'entrée des ambulanciers va être décalée et mise sur la circulation. Le nouvel espace de 235 m² disposera d'une petite terrasse sur l'arrière du local. Les travaux sont gérés par Relais H, en lien avec nos services techniques.

Déménagement de l'atelier des lits ③

Un nouvel atelier des lits est en création à proximité du quai de livraison des magasins généraux, qui disposera de plus d'espace. Les archives de la DAE et le vestiaire de la logistique seront quant à eux déplacés dans les locaux de l'ancien atelier des lits.

Soins palliatifs ④

Une terrasse a été aménagée dans le service des soins palliatifs afin de rendre plus agréables les conditions de séjour des patients.



HÔPITAL LE CLUZEAU

Médecine interne B

La 2^{ème} phase de travaux en médecine interne B, au 1^{er} étage de l'hôpital du Cluzeau, est en cours. Elle comprend la réfection des sanitaires et des locaux communs.

HÔPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Sénologie

Les locaux du secteur consultations de la sénologie, au rez-de-chaussée de l'hôpital de la mère et de l'enfant, ont été aménagés de façon à favoriser la confidentialité des patients. Le nombre de déshabilleurs a été doublé et ils ont été adaptés aux personnes handicapées.



LE CENTRE DE RÉFÉRENCE NATIONAL neuropathies périphériques rares

Bien que labellisé depuis la fin 2006 par le Ministère de la Santé, et très actif, notre Centre de référence national neuropathies périphériques rares est paradoxalement moins connu de nos équipes que de l'extérieur. La publication de son rapport d'activité 2009 et la sortie de ce numéro de Chorus nous donnent l'occasion d'y remédier.

Coordonné par le Pr Jean-Michel Vallat, par ailleurs chef du service de neurologie, notre Centre de référence national neuropathies périphériques rares sollicite les compétences du Pr Magy, du Dr Ghorab, du Dr Milor, tous neurologues, et du Dr Benoît Funalot, neurogénéticien. Evelyne Vincent, kinésithérapeute, Françoise Abdallah-Lebeau et Prisca Lebeau en qualité d'attachées de recherche clinique, les techniciennes de laboratoire Laurence Richard, Martine Piaser et Estelle Touraille et Nathalie Couade, secrétaire médicale complètent l'équipe du centre. « En ce qui concerne le diagnostic et la recherche, il y a peu d'endroits où des compétences aussi spécifiques et variées sont réunies dans les domaines de la clinique, l'électrophysiologie, l'histologie, la génétique... » explique le Pr Vallat.

Les patients venant en consultations neurologiques ou en consultations pluridisciplinaires (les jeudis) sont atteints de maladies neuromusculaires de nature très diverse que les examens, bilans et conseils vont permettre de mieux diagnostiquer et mieux prendre en charge.

Ils peuvent consulter pour des pathologies des nerfs périphériques acquises, comme les polyneuropathies ou les polyradiculonévrites, ou génétiques telles que pour la maladie de Charcot-Marie-Tooth ou de Friedrich. Ils peuvent aussi être atteints de pathologies de la jonction

neuromusculaire (myasthénie...) ou de maladies musculaires : myopathies de Duchenne, de Steinert, facio-scapulo-humérales, myosites, mitochondriopathies...

Coopérations, enseignement, recherche

Au-delà de son activité de prise en charge et de diagnostic, le Centre de référence national neuropathies périphériques rares a multiplié en 2009 les actions de coopérations, d'enseignement, et de recherche. Il existe ainsi une relation privilégiée avec l'AFM* pour la prise en charge des handicaps liés aux maladies neuromusculaires.

La rencontre des représentants régionaux de CMT France dans les locaux du Centre de référence et les contacts établis avec l'association Nord Niger Santé (maladies neuromusculaires au Niger) et plusieurs conférences de neurologues de l'extérieur organisées dans le service ont posé les bases de nouveaux échanges.

Une vingtaine de présentations orales en France et à l'étranger, une dizaine de cours animés par les neurologues du Centre, de multiples réunions (AFM, EFNS, PIDC, auto-évaluation...) et près d'une quinzaine de publications montrent aussi le dynamisme de la structure. Le Pr Vallat dresse un premier bilan et se projette : « La mise en place du Centre de Référence a permis d'améliorer de façon significative la prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires. La demande reste néanmoins incomplètement satisfaite, il faut poursuivre les efforts à tous égards ce qui nécessite davantage de temps médical et de moyens. » ■

* AFM : Association Française contre les Myopathies



Une partie de l'équipe



Le Pr Laurent Magy

AUTO-EVALUATION

Dans le cadre de la rédaction du document d'auto-évaluation, deux comités ont été mis en place : le comité de pilotage et le groupe d'auto-évaluation. La première phase de la procédure d'évaluation du centre de référence a été réalisée durant l'année 2009 par la rédaction et l'envoi aux autorités compétentes du document d'auto-évaluation. Le bilan des premières années du centre a été réalisé et un plan d'action avant la visite des experts HAS en 2011 a été mis au point.

Cette auto-analyse a permis de mettre en avant les points forts du centre, notamment l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de pathologies neuromusculaires et son implication dans la recherche fondamentale. Elle a aussi permis de dégager un axe d'amélioration au niveau de la participation du centre aux essais cliniques, ou de la formalisation de l'activité de recours à distance.

Données d'activités - année 2009

Prises en charge

- 749 patients ont été vus en consultation ou en hospitalisation en 2009 ;
 - 517 pathologies nerveuses
 - 180 pathologies musculaires
 - 27 pathologies de la jonction neuromusculaire
 - 25 pathologies en cours d'exploration
- 800 consultations
- 248 hospitalisations de jour
- 339 hospitalisations

Origine des patients

- 32,18 % hors région
- 67,82 % région (62,6 % Haute-Vienne, 16,54 % Creuse, 20,87 % Corrèze)

Diagnostic

- 156 biopsies nerveuses ou musculaires réalisées au CHU
- 195 biopsies cutanées
- 27 biopsies reçues de l'extérieur
- 605 toneuromyogrammes (estimation)





L'informatique

AU CHU DE LIMOGES



Notre direction du système d'information se structure et s'organise : meilleure définition des rôles, création d'un comité stratégique, schéma directeur, participation accrue des utilisateurs, refonte de l'architecture technique, tous ces projets participent à l'évolution et à la modernisation de notre système d'information. Mais, au-delà des moyens matériel, ce sont 60 hommes et femmes qui travaillent 24h/24, 7j/7 afin de garantir la plus grande disponibilité des applications.

PASCAL FRUCQUET

« L'enjeu est de recréer une véritable dynamique d'équipe »

Pascal Frucquet, directeur du système d'information a intégré notre CHU le 16 mars 2009. Il nous donne sa vision de la DSI, nous explique les changements qu'il a mis en place... et ceux à venir...

Comment est organisée la DSI ?

La DSI est organisée en trois départements, qui correspondent à ses trois principaux pôles d'activité : infrastructures serveurs et réseaux, dépannage et assistance aux utilisateurs pour le département production et support ; informatique administrative, financière, logistique, et informatique médicale et médico-technique pour les départements du même nom. Les trois responsables de départements sont placés sous mon autorité. Je suis assisté d'un adjoint – Directeur technique, et d'une équipe administrative compétente pour toutes les questions budgétaires et contractuelles. Un chargé de mission travaille également à mes côtés sur les questions de sécurité et de politique régionale, en intervenant plus particulièrement au titre de cette dernière mission dans l'accompagnement du Centre hospitalier de Saint-Junien dans la migration de son système d'information vers le socle d'applications McKesson.

Quels ont été les principaux changements d'organisation depuis votre arrivée ?

La DSI a fait l'objet d'une importante réorganisation sur l'année 2009-2010 dont le double objectif était de regrouper les équipes par spécialités, y compris géographiquement lorsque cela était possible, tout en développant la transversalité et le partage d'informations. L'enjeu est de recréer une véritable dynamique d'équipe, au service des nombreux projets prévus dans le schéma directeur du système d'information, tout

en préservant l'exploitation et la maintenance quotidienne des principales applications.

Quelle a été votre logique d'organisation ?

Un accent fort a été mis sur les outils de pilotage des activités et de programmation des ressources, afin de toujours pouvoir rendre compte de notre activité et d'anticiper, avec le Comité stratégique du système d'information, les périodes de tensions sur les ressources. La maîtrise du coût d'exploitation du système d'information et de notre masse salariale rend en effet indispensable de dimensionner les projets en fonction des ressources disponibles, et non l'inverse.

Comment voyez-vous la DSI ? Quels sont ses points forts ?

La DSI dispose d'un fort potentiel humain, avec une équipe sérieuse et motivée, que la clarification des priorités et la réorganisation opérées en 2009-2010 ont contribué à mieux faire connaître. La DSI souffrait en effet d'un déficit d'image que l'absence de pilotage institutionnel n'avait fait qu'accentuer, même s'il reste évident que d'importantes actions doivent encore être menées pour améliorer significativement la qualité du service rendu aux utilisateurs.

Les perspectives ?

Le regroupement géographique que permettra la construction du nouveau bâtiment administratif constitue l'opportunité d'achever ce mouvement de concentration des moyens et de renforcement du pilotage. D'importantes actions de formations devront également être engagées afin d'accompagner les équipes dans la maîtrise des évolutions technologiques. Il est en effet essentiel de conserver un temps de veille technologique afin de ne pas décrocher par rapport aux innovations du marché et aux attentes des utilisateurs.

ORGANIGRAMME DE LA DSI



LA DSI EN CHIFFRES...

- **110 applications**
- **360 interfaces** assurant la circulation des données
- **6 400 utilisateurs**
- **3 300 micro-ordinateurs**
- **1 500 imprimantes**
- **300 serveurs** équipés de **50 000 giga-octets** de mémoire sur disques durs
- **13 000 prises d'accès** au réseau de l'établissement
- **100 km** de fibres optiques
- **1 000 km** de câbles réseau
- **500 bornes WIFI**
- **60 personnes** dont **55 informaticiens**
- **25 projets** en cours
- **1 000 demandes** de dépannage ou d'assistance traitées par mois

Le Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI)

Le Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) a été présenté et validé par le Comité Stratégique du Système d'Information (CSSI), nouvelle instance de gouvernance du SIH présidée par le Directeur Général.

Le SDSI témoigne d'une ambition : la sécurisation, la consolidation et la rationalisation du système d'information.

Le schéma directeur du système d'information constitue la première tranche du schéma directeur 2009-2015. Bien que conçu dans un souci fort de continuité, notamment par rapport aux projets en cours et aux engagements déjà pris, ce SDSI constitue une rupture significative dans la stratégie du CHU de Limoges en matière de système d'information :

► Dans la méthode d'élaboration

Le SDSI est à la fois le produit d'un important travail de concertation avec les utilisateurs du système d'information dans une volonté de recensement le plus exhaustif possible de leurs besoins, mais également d'analyse de la capacité de faire des équipes de la direction du système d'information afin que les échéances annoncées soient les plus réalistes possibles, hors aléas majeurs.

► Dans le mode d'adoption et de suivi

Le CSSI se réunit régulièrement, tous les deux mois environ, pour évaluer l'avancement de la réalisation du SDSI, comprendre les difficultés ou redéfinir les priorités et procéder aux ajustements requis.

► Dans les choix financiers

Comme le prévoit le programme d'investissement adopté

par les instances du CHU, le montant moyen des investissements informatiques sur la décennie 2009-2018 est de 2,9M€ par an. Les projets ne seront lancés qu'après évaluation de leur niveau de retour sur investissement et de leur impact sur le coût d'exploitation du système d'information.

► Dans les choix techniques et fonctionnels

Le SDSI propose une stratégie globale et cohérente, qui privilégie les actions de fond, plutôt que la poursuite de la logique de dispersion des projets et de décalage entre ambitions fonctionnelles et socle technique. Les investissements ne seront engagés qu'après évaluation de leur niveau d'intégration au système d'information, de leurs conséquences sur la cohérence de l'architecture technique et sur les moyens humains et financiers nécessaires à l'exploitation du système d'information.

La dynamique sous-jacente au projet 2009-2011 et plus globalement au projet 2009-2015 est le passage systématique d'actions de consolidation et de renforcement du socle technique et fonctionnel à des actions de plus en plus tournées vers les besoins courants des utilisateurs et l'amélioration du niveau de service. Ces besoins seront d'autant mieux servis que la DSI pourra réaliser des actions continues de mise à niveau du socle technique afin de ne pas tomber dans un cercle vicieux de rattrapage du retard technique.

LES GRANDS AXES DU SDSI

• Refonte de l'architecture technique et amélioration de la qualité de service

- migration Windows 2000 (cf p16)
- refonte des postes de travail
- optimisation du fonctionnement du réseau
- ouverture d'un réseau Internet pour les patients et les professionnels de santé
- développement de la mobilité et des accès à distance
- mise en place des infrastructures de télémedicine (visioconférences, télé-expertise...)

• Mise en place d'un dossier patient transversal ouvert sur l'extérieur

- migration des applications McKesson vers les socles 7.0 et 7.1
- nouveau logiciel de gestion des blocs opératoires (Horizon Blocs)
- généralisation de la prescription connectée du

- médicament (Crossway et/ou HEO)
- remplacement de l'outil de prescription des chimiothérapies
- nouveau système d'information de la radiologie (XPLORE)
- mise en place d'un PACS
- nouveau système d'information de la réanimation
- nouveau système de gestion du laboratoire de pathologie
- uniformisation du système de gestion des laboratoires et développement de la prescription connectée

• Développement de l'informatique administrative, financière et logistique

- gestion des mouvements en temps réel
- mise en place d'un système d'information décisionnel

- informatisation de la gestion du temps de travail médical
- mise en place du RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé)
- refonte du site Intranet
- acquisition d'un logiciel de gestion documentaire

• Développement de l'informatique de recherche

Le plan projet et la définition des moyens associés sont en préparation suite à la première réunion du Comité informatique Recherche le 3 juin 2010. Un questionnaire sera adressé à l'ensemble des acteurs du CHU afin de préciser la stratégie et d'alimenter l'actualisation du SDSI qui sera proposée au CSSI de décembre 2010.

Le SDSI : un projet participatif !

La DSI attache une grande importance à ce que la réalisation et l'évolution du schéma directeur du système d'information se fassent en étroite relation avec les utilisateurs. Ceux-ci sont associés de différentes manières : comité de pilotage par projet (réanimation, système d'information d'imagerie, logiciel d'anapath...) ou par grande thématique (dossier patient, circuit du médicament, informatique de recherche, qualité de service). Les réunions se veulent concrètes : point d'avancement sur les projets et arbitrages, définition commune d'orientations, de stratégies de financement... A l'automne démarrent ainsi des travaux sur l'organisation des postes de travail (bureau, clés USB...) et de la mobilité (smartphones, accès à distance...).



COMITE STRATEGIQUE DU SYSTEME D'INFORMATION (CSSI) : MISSIONS ET FONCTIONNEMENT

HAMID SIAHMED

« Le CSSI constitue l'instance pivot en matière de pilotage du système d'information »



Hamid Siahmed nous présente le Comité Stratégique du Système d'Information (CSSI), une instance créée il y a moins d'un an. Composé de 11 membres, dont une majorité de médecins, le CSSI, se réunit environ tous les 2 mois afin de se prononcer sur les grands projets informatiques de l'établissement.

Qu'est-ce que le CSSI ?

Le Comité Stratégique du Système d'Information (CSSI) est une instance d'aide à la décision et de préparation des arbitrages du directeur général en matière de projets et de demandes informatiques. Sa composition a été arrêtée par

le Conseil exécutif du 15 septembre 2009. Le CSSI constitue l'instance pivot en matière de pilotage du système d'information et notamment du portefeuille de projets.

Ses principales missions sont centrées sur :

- la définition des priorités en matière de système d'information,

- la validation de l'ordonnancement des projets,
- le contrôle de la mise en œuvre du schéma directeur et l'arbitrage des demandes qui pourraient donner lieu à un projet.

Pourquoi avoir mis en place cet organe d'aide à la décision ?

Sa mise en place a été préconisée dans le cadre de l'audit de la fonction informatique réalisé en juin 2009 qui, dans son diagnostic, a fortement insisté sur une gouvernance inadaptée, un des principaux freins à la structuration de la DSI, dont le périmètre était à recadrer. L'absence de réelle gouvernance du système d'information était appuyée par le cabinet conseil : pas de processus décisionnel et collaboratif (DSI / métiers / direction) pour l'arbitrage et la gestion des demandes, l'arbitrage et la gestion du portefeuille de projets, pour le suivi et le cadrage de la qualité du service. Au final, des métiers insuffisamment impliqués dans la participation à la gestion et la mise en œuvre des projets. Ainsi, la composition à majorité médicale du CSSI s'inscrit parfaitement dans les préconisations de l'audit mais aussi, il faut le souligner, dans l'esprit de la loi HPST.

Quel bilan tire-t-il de son action près d'un an après sa mise en place et après l'adoption du schéma directeur du système d'information 2009-2011 ?

Le Comité Stratégique du Système d'Information a été installé le 20 octobre 2009, date à laquelle la question du schéma directeur du système d'information a été évoquée, avant sa validation intervenue en janvier 2010. Les principales actions réalisées ou projetées sont systématiquement présentées à chaque séance du comité, permettant ainsi de contrôler l'état d'avancement de notre schéma directeur, à la satisfaction de ses membres. A ce stade, nous pouvons dire que la feuille de route est scrupuleusement observée grâce à l'implication et à la mobilisation de toute l'équipe de la DSI.

24 heures à la DSI

Un des objectifs de la DSI, c'est la continuité des applications 24h/24, c'est la mission de l'équipe d'informatique assistance (58501) qui dépend du département production et support.

Les techniciens de ce département réceptionnent du lundi au vendredi de 8h à 17h au centre d'appel « informatique assistance » les demandes de dépannages ou d'assistance des utilisateurs. Sur le terrain, des techniciens effectuent les dépannages sur site, si le problème n'a pas pu être traité directement par téléphone. Enfin si l'incident rencontré ne peut être résolu, par sa complexité, la demande est transmise aux experts des différents domaines.

En dehors des horaires d'ouverture, 7 personnes se partagent la ligne d'astreinte. Un technicien d'astreinte assure les dépannages les plus urgents (applications qui ne fonctionnent pas ou panne d'équipements non doublés), sur demande du directeur de garde, de 17h à 7h, ainsi que les week-ends et jours fériés. A titre d'information, l'assistance a réceptionné entre 100 et 150 appels par jours depuis le début de l'année pour 60 à 100 incidents réels. Une fois l'astreinte terminée, le relais est pris à 7h.

L'équipe vérifie que toute la production de la nuit s'est bien déroulée. Il faut récupérer les bandes et les cassettes et les remplacer. En effets une majorité des sauvegardes est effectuée la nuit. Ces sauvegardes permettent de retrouver des données si elles ont été écrasées par erreur par les utilisateurs ou en cas d'incidents.

Comment est évalué le degré d'urgence ?

« On a la particularité d'être dans un hôpital, pour chaque personne qui appelle le 58501, c'est urgent qu'on la dépanne » explique Gérard Cantournet. Mais, la question que se posent les techniciens d'informatique assistance, est de savoir si le dysfonctionnement est vraiment « bloquant ». Par exemple, si une application ne marche plus du tout, plus personne ne peut travailler. Au contraire, si c'est un poste qui ne marche pas, il y a moins de notion d'urgence car l'application peut fonctionner sur un autre



poste. L'équipe d'informatique assistance fonctionne donc avec la notion de priorité, plus que d'urgence. Ensuite il y a des secteurs, qui, quoi qu'il arrive sont traités en priorité : les blocs opératoires, la réanimation, le Samu et les admissions. Par ailleurs il a été identifié avec les acteurs des différents services les matériels dits « sensibles ». En cas d'incident, ces matériels sont traités en priorité.

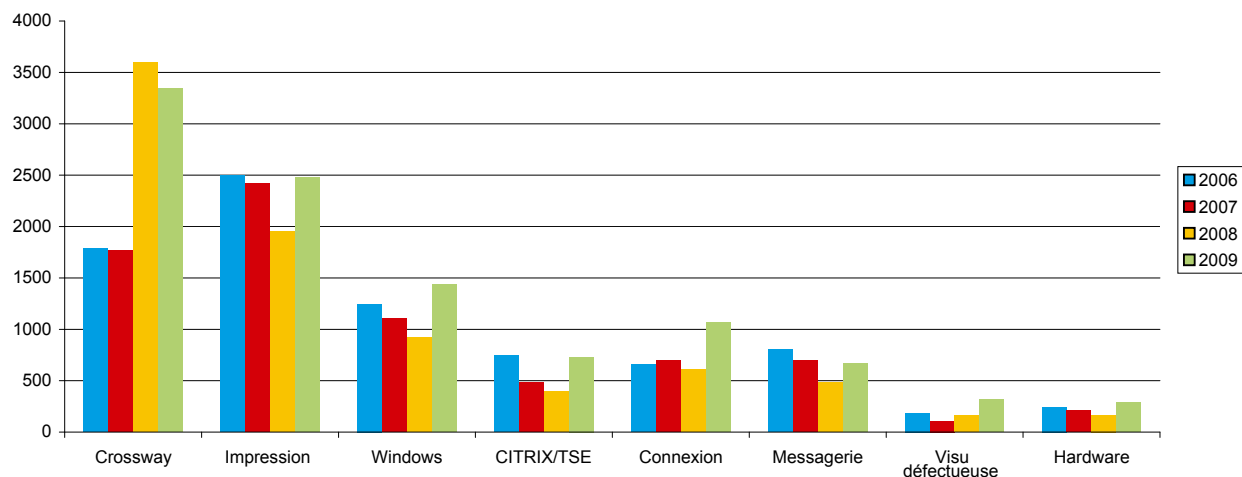
Comment sont résolus les problèmes rencontrés ?

Lors de réunions périodiques de la DSI, les pannes et les incidents récurrents sont évoqués afin de mettre en place des actions curatives. Par exemple, les équipes ont travaillé près de 6

mois sur un plan d'action pour résoudre les problèmes d'impression : *« C'est long, mais entre la prise en compte du problème, l'analyse et la mise en œuvre des correctifs, ce n'est pas toujours instantané si l'on souhaite régler durablement le problème ! De plus, il faut en parallèle continuer à assurer la production. La diversité des types de matériels et logiciels font qu'il n'est pas toujours aussi simple que ça de comprendre et analyser les problèmes ! »* Et globalement, les problèmes d'impression sont toujours les plus compliqués en informatique. Il faut faire fonctionner du matériel avec de nombreuses applications... Word, Excel, toutes les imprimantes le font. Crossway

ou les autres applications un peu plus complexes, cela appelle une analyse approfondie. En prime, la DSI gère un parc informatique de 3 600 PC, 1 600 imprimantes et 150 applications, ce qui fait du CHU le plus gros site informatique de la région. Mais la DSI, travaille sur bien d'autres projets, dont actuellement le passage en Windows 2003 de tous les postes et serveurs qui étaient en Windows 2000, (voir p16 "Sécurisation des plateformes Windows"). De nombreux postes sont encore en Windows 98, 95 voir en 3.11. La maintenance de tout ce parc est la tâche la plus compliquée.

Nature des incidents signalés au 58501



3 conseils avant d'appeler informatique assistance

- ❶ Redémarrer le PC (soit Démarrer > Arrêter, soit le bouton d'alimentation de l'unité centrale et non celui de l'écran)
- ❷ Si erreur à l'ouverture de la session au moment de la saisie du mot de passe, vérifier que le pavé numérique soit actif (lampe allumée) et que le verrouillage majuscule soit non actif (lampe éteinte)
- ❸ Applications non trouvées : faire un clic droit sur l'icône bleue citrix, en bas à droite vers l'horloge et choisir " Actualiser les applications " en faisant un clic normal puis vérifier la présence des applications dans Démarrer > Programmes

3 conseils pour éviter d'attraper un virus informatique

- ❶ Avoir l'anti virus à jour
- ❷ Limiter l'utilisation des clés USB
- ❸ Être vigilant sur les mails reçus pour lesquels vous ne connaissez pas l'expéditeur et ne jamais ouvrir leurs pièces jointes



Sécurisation des plateformes Windows : « Migration Windows 2000 »

Le schéma directeur du système d'information 2009-2011 prévoit un programme conséquent de refonte de l'architecture technique et d'amélioration de la qualité de service.

Ce programme s'est concrétisé par une première phase de sécurisation de notre architecture serveur qui devait être impérativement finalisée avant le 15 juillet 2010 : il s'agit de l'opération « Migration Windows 2000 ». Cette opération a été conçue dans une logique première de sécurisation mais aussi en préparant différentes améliorations concrètes pour les utilisateurs, dans un souci marqué d'amélioration de la qualité de service et de confort immédiat de travail.

La contrainte du 15 juillet 2010 est liée au fait que Microsoft arrête à cette date la maintenance de tous les environnements Windows 2000 (ser-

veurs comme postes de travail) mais aussi Windows XP Service Pack 2 (ce qui représente plus de 90 % de notre parc de PC sur le CHU). En cas d'attaque virale comme en 2009, sans maintenance de la part de Microsoft, il nous serait impossible de bénéficier des correctifs adéquats pour protéger



nos serveurs notamment. Cela a donc induit la nécessité de migrer toutes ces plateformes vers des environnements maintenus tels que Windows XP Service Pack 3 (garantie jusqu'en 2013) et Windows 2003 Server

(jusqu'en 2015).

Fin avril 2010, ce projet colossal avait « consommé » près de 600 jours-hommes et ce pour une période de 6 mois environ. Cela représente plus de 55 % de la capacité de travail des équipes opérationnelles sur les projets. Sur les équipes techniques, cela représente sur 6 mois plus de 75 % de la capacité de travail annuelle pour les projets, ce qui explique qu'elles aient été moins disponibles pour des activités d'exploitation courante et de dépannage.

Le projet Windows 2000 a vu son apogée en termes d'impact pour l'établissement le 18 mai avec la mise en production des nouveaux environnements Citrix. Ce nouvel environnement est en cours de stabilisation et prendra tout son sens au moment de la refonte des postes de travail. ■

Pour quelles améliorations ?

Les améliorations principales disponibles depuis le 18 mai sont les suivantes :

- ▶ **Refonte complète de tous les serveurs Citrix et augmentation de la puissance des serveurs :**
 - plus grande rapidité d'ouverture des applications ;
 - réduction des lenteurs d'exécution sur Crossway par la mise en place de 90 serveurs accueillant cette application (contre 28 avant) ;
 - harmonisation totale de tous les serveurs Citrix afin de ne plus avoir de comportement incohérent des applications selon le serveur Citrix sur lequel les utilisateurs sont connectés.
- ▶ **Mise en place de la nouvelle version d'Internet Explorer (IE 8.1) ainsi que de Firefox :**
 - simplification de l'accès à Web100T à partir de Crossway ;
 - compatibilité avec de nouvelles applications (agence de biomédecine, nouvelle version de Cyberlab...) ;
 - compatibilité avec les technologies actuellement utilisées sur la grande majorité des sites internet.
- ▶ **Mise en place de nouveaux outils utiles au quotidien tels que :**
 - nouvelle version d'Acrobat Reader ;
 - outil de génération de documents PDF à partir de Word.
- ▶ **Fiabilisation des serveurs d'impression par une refonte complète des serveurs et une reconfiguration des imprimantes :**
 - réduction des blocages d'impression ;
 - réduction des problèmes de bacs d'imprimantes sous Crossway ;
 - réduction du problème des documents incomplets.
- ▶ **Mise en place d'Office 2003 sous Citrix :**
 - apport de nouvelles fonctionnalités sous Word notamment ;
 - nouvelle version d'Outlook
 - convertisseur pour manipulation des fichiers issus d'Office 2007.



MIGRATION WINDOWS 2000 EN CHIFFRES...

100 serveurs à remplacer et à réinstaller
60 postes de travail à remplacer et réinstaller
3 000 postes de travail à mettre à jour



Chiffres clés 2009

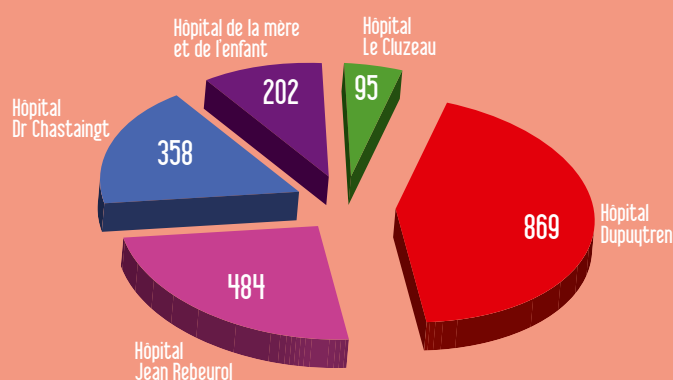
Soin

La référence sanitaire régionale

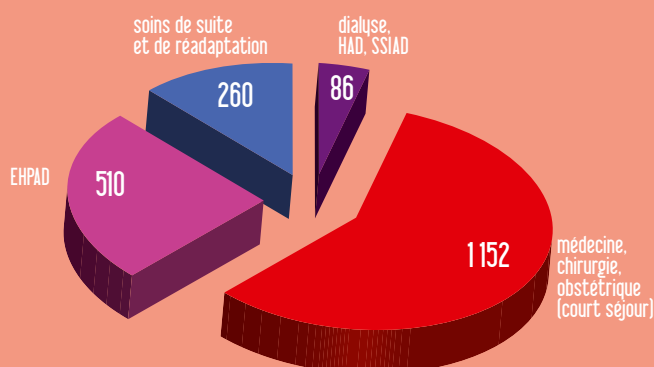
• La capacité d'accueil

2 008 lits et places installés au 31 décembre 2009

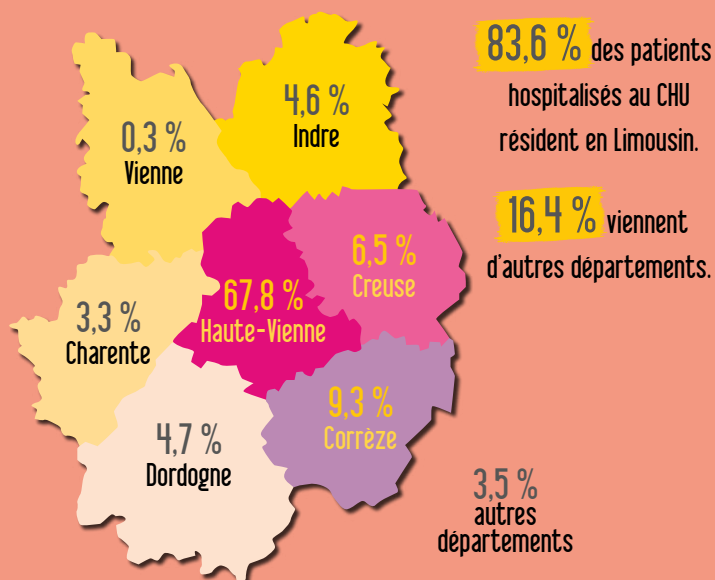
NOMBRE DE LITS ET PLACES PAR ÉTABLISSEMENT



REPARTITION DES LITS ET PLACES PAR NATURE D'HOSPITALISATION



• L'attractivité



• Un plateau technique de pointe

* Bloc opératoire

- 29 salles d'opération
- 7 bistouris à ultrasons
- 17 appareils de radioscopie
- 18 colonnes de coelochirurgie
- 1 lithotriteur
- 8 microscopes opératoires
- 1 neuronavigateur chirurgical
- 2 appareils de circulation extra-corporelle
- 10 lasers dont 4 d'ophtalmologie
- 1 robot chirurgical

* Imagerie

- 2 IRM
- 2 scanners corps entier
- 4 appareils d'angiographie numérisée dont 2 appareils de coronarographie et 1 système d'angiographie biplan
- 17 salles de radiologie
- 1 mammographie
- 1 appareil de biopsie interventionnelle
- 1 Petscan (tomographe à émission de positons couplé à 1 scanner)
- 3 caméras à scintillation
- 9 échocardiographes
- 34 échographes

- 2 échoendoscopes
- 9 colonnes de vidéoendoscopie
- 1 système d'endoscopie par capsule
- 1 système d'imagerie peropératoire 3D

* Thérapie

- 3 accélérateurs linéaires de particules
- 1 système de traitement des cancers localisés de la prostate par faisceaux d'ultrasons
- 1 projecteur de source (curithérapie haut débit)
- 1 scanner de simulation
- 1 système de perfusion-circulation intra-péritonéale en hyperthermie

* Dialyse

- 31 appareils de dialyse

* Exploration fonctionnelle

- 1 ostéodensitomètre
- 1 tomographe en cohérence optique
- 1 équipement de quantification de la fibrose hépatique (Fibroscan)

* Biologie

- 9 laboratoires de biologie médicale et pharmaceutique

Une activité qui progresse

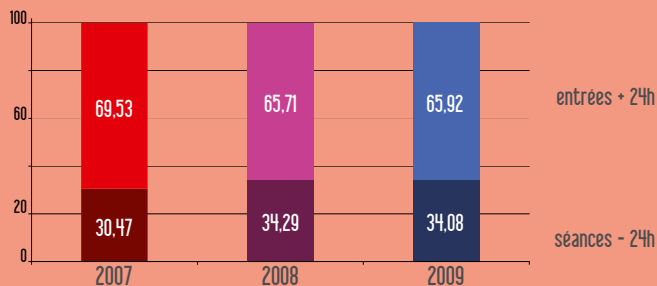
• Hospitalisations et consultations externes

* Les hospitalisations complètes

	total	par jour	evol. 2008/09
Entrées totales	59 682	164	↗
dont entrées en court séjour	55 378	152	↗
dont soins de suite et réadaptation	2 957	8	↗
dont entrées en EHPAD	373	-	=
dont entrées en HAD	940	-	↗
dont entrées en SSIAD	34	-	↗
Journées totales réalisées	584 864	1 602	↗
dont journées en court séjour	302 731	829	=
dont soins de suite et réadaptation	82 524	226	↗
dont journées en EHPAD	183 816	504	↘
dont journées en HAD	10 161	28	↗
dont journées en SSIAD	5 632	15	↗

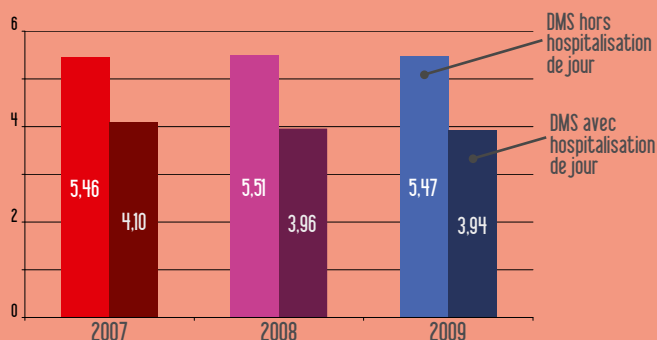
★ Les entrées de plus de 24h et les séances de moins de 24h en court séjour (MCO)

EVOLUTION SUR 3 ANNEES (EN %)

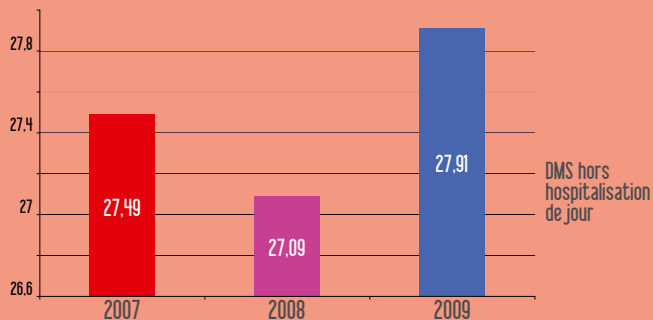


★ La Durée Moyenne de Séjour (DMS)

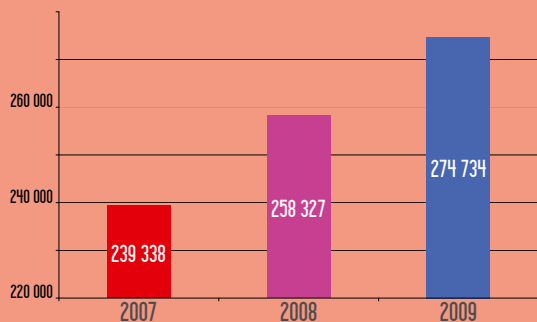
EVOLUTION DE LA DMS EN COURT SEJOUR (EN JOURS)



EVOLUTION DE LA DMS EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION (EN JOURS)



★ Les consultations



Soit plus de **1 000** consultations par jour ouvrable (hors week-end).

• Quelques chiffres

Activité médicale et chirurgicale

- 25 800 interventions chirurgicales dont 642 sous Circulation Extra-Corporelle (CEC)
- 17 300 séances de dialyse
- 21 031 séances de radiothérapie
- 78 697 actes d'explorations fonctionnelles

Greffes

- 155 greffes dont :
 - 40 greffes de rein
 - 5 greffes de cœur
 - 53 greffes de cornées
 - 46 autogreffes
 - 11 allogreffes

Imagerie médicale

- 231 680 actes de radiologie en ICR (hors radiothérapie) dont :
 - 21 767 examens de scanner
 - 14 174 examens d'IRM
 - 3 316 examens de Petscan

Laboratoires

- 3 544 125 actes de laboratoires

Obstétrique

- 2 791 naissances, soit plus de 7 par jour

Urgences - SAMU - SMUR - Centre 15

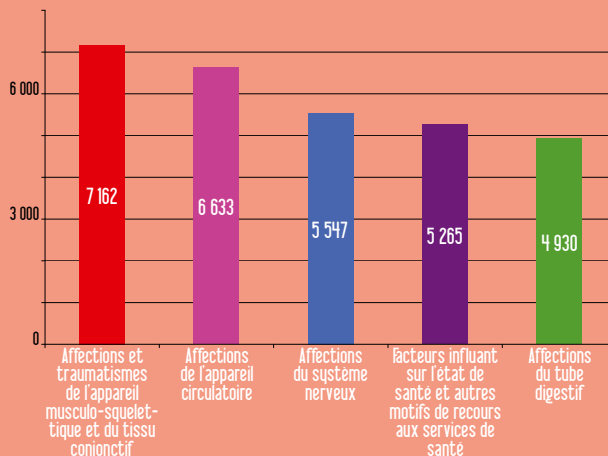
- 39 306 passages aux urgences adultes, soit 107 par jour
- 21 311 passages aux urgences pédiatriques, soit 58 par jour
- 119 200 appels au SAMU soit 326 par jour
- 3 524 sorties SMUR dont 557 interventions hélicoptère pour 4 765 h en temps d'intervention

Prélèvements

- 419 prélèvements dont :
 - 53 reins
 - 18 foies
 - 13 cœurs
 - 9 poumons
 - 1 pancréas
 - 208 cornées
 - 117 cellules souches périphériques et moelle osseuse

• Les Catégories Majeures de Diagnostic (CMD)

Les Catégories Majeures de Diagnostic (CMD) recouvrent la totalité des affections relatives à un système fonctionnel. Chaque patient hospitalisé est classé à partir de son diagnostic principal dans une catégorie majeure de diagnostic.



Il existe 28 catégories majeures de diagnostic, mais ces 5 principales CMD représentent près de **50 %** des séjours (hors séances de moins de 48h).

• Les Groupes Homogènes de Séjour (GHS)

Les séjours sont regroupés en Groupes Homogènes de Séjour (GHS) valorisés en euro. Exemple : 1 accouchement = 2 114 €

La valorisation totale des GHS en 100 % T2A

s'est élevée à **213 648 175 €**

(soit + 0,6 % par rapport à 2008)

pour **117 109** séjours

(soit + 0,96 % par rapport à 2008).

Recherche et innovation

Une véritable dynamique de la recherche clinique et de l'innovation

•Projet Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) national 2009

8 projets déposés, 3 retenus pour un montant total de 1 115 000 €

- Pr Clément : Facteurs de risque psychopathologiques de conversion en démence du trouble cognitif léger. (575 000 €)
- Pr Guigonis : Efficacité du rituximab au cours du syndrome néphrotique idiopathique ciclosporinodépendant en pédiatrie. (380 000 €)
- Dr Terrier : Techniques anesthésiques locoregionales et qualité de vie en soins palliatifs. (160 000 €)

•Projet Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) inter-régional 2009

2 projets déposés, 1 retenu pour un montant total de 138 100 €

- Dr Le Guyader : Etude du pronostic cardiovasculaire à un an des patients hospitalisés au stade d'ischémie chronique des membres inférieurs présentant une résistance à l'aspirine par le test VeriQNow®

•CORC (Comité d'Orientation de la Recherche sur le Cancer en Limousin)

4 projets déposés, 3 retenus pour un montant total de 179 800 €

- Pr Feuillard : Activation cellulaire, altérations génétiques et lymphomagenèse B du sujet âgé.
- Dr Descazeau : Marqueurs moléculaires pronostiques et de réponse aux traitements anti-angiogéniques dans le carcinome rénal chez les patients de plus de 65 ans.
- Pr Mathonnet : Implication des rétinoïdes dans la réponse thérapeutiques des cancers colorectaux du sujet âgé.

•Les équipes labellisées du site hospitalo-universitaire

- Centre d'Investigation Clinique pluri thématique (CIC-P) 0801
Inserm / DHOS - Dr François
- UMR CNRS 6101
PMRIL, Physiologie de la Réponse Immune et des Lymphoproliférations - Pr Cogné
- UMR INSERM S850
Pharmacologie des immunosuppresseurs en transplantation - Pr Marquet
- EA 3175 / Avenir INSERM
Biologie moléculaire et cellulaire des micro-organismes - Pr Ploy

•Projets promus par le CHU de Limoges

	PHRC national	PHRC régional et inter-régional	Appel d'offres local	Autres	Total
Projets en cours	10	14	14	20	58
Nouveaux projets 2009	3	1	0	5	9

•Projets promus par d'autres promoteurs

Projets en cours.....	397
Nouveaux projets 2009.....	116
dont industriels	56
dont autres promoteurs.....	60

Enseignement et formation

Formation du personnel soignant

7 écoles forment chaque année
700 professionnels

- *Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS)
- *Ecole d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (EIADE)
- *Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)
- *Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)
- *Ecole d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (EIBODE)
- *Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS)
- *Ecole de Sages-femmes (ESF)

Formation du personnel médical

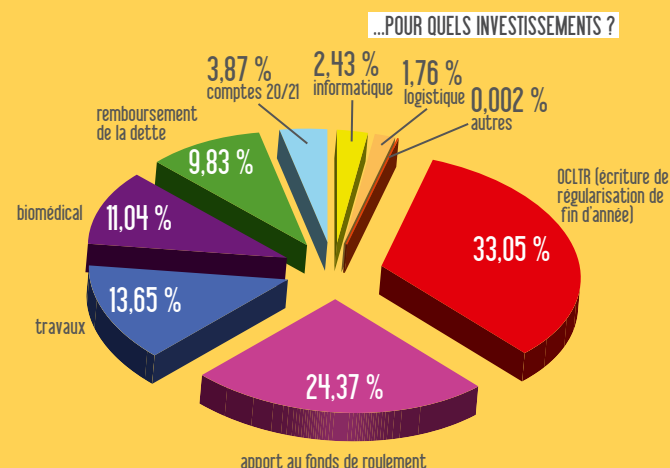
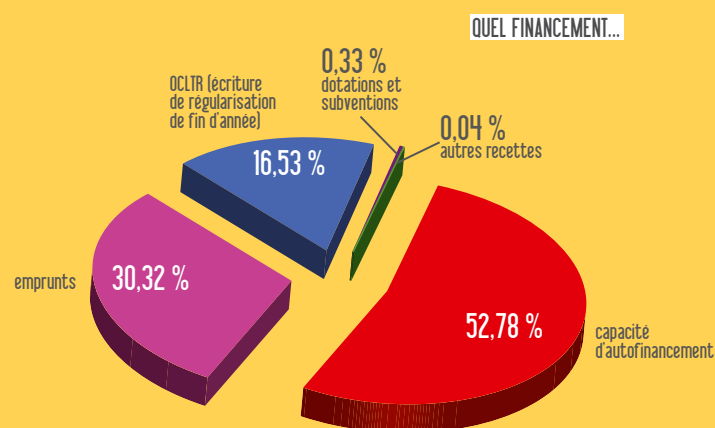
Le CHU a participé à la formation de 789 internes et étudiants en médecine et pharmacie.

Repères

Un acteur économique de premier plan

•Le budget

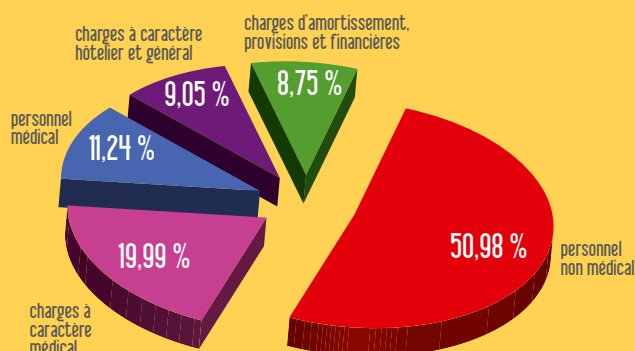
•Le financement des investissements



Montant des investissements
21 600 000 €

*L'exploitation courante

LES DÉPENSES D'EXPLOITATION



Dépenses d'exploitation : **449 000 000 €**
soit plus de **1,23 million €** par jour

•Le secteur logistique

*La restauration

1 589 499 repas servis,
soit **4 355** repas par jour



*La blanchisserie

3 365 tonnes de linge traité,
soit **13,3** tonnes par jour



Le 1^{er} employeur de la région

Avec 7 061 personnels exerçant dans plus de 100 métiers différents, le CHU de Limoges est le premier employeur du Limousin. Sa masse salariale annuelle représente plus de 279 millions d'euros.

personnes
rémunérées

Total général (hors étudiants) **7 061**

Personnel non médical

Soignants et éducatifs 4 278
Techniques et ouvriers 916
Administratifs 644
dont 295 secrétaires médicales et adjoints administratifs affectés
dans les services médicaux et médico-techniques
Médico-techniques 429

Total personnel non médical **6 267**

Personnel médical

Praticiens hospitaliers 237
Praticiens attachés 164
Professeurs des universités - Praticiens hospitaliers 72
Chefs de clinique et attachés hospitalo-universitaires 49
Maîtres de conférence des universités - Praticiens hospitaliers 18

Total personnel médical **540**

Internes (médecine et pharmacie) **254**

Etudiants **449**

Une politique sociale active

•L'accueil des enfants du personnel

180 enfants ont été accueillis dans
les crèches familiales et collectives.



•La promotion interne

101 agents ont bénéficié d'une action
de promotion professionnelle.



•La formation continue

*Personnel non médical

3 781 agents ont bénéficié
de **6 859** départs en formation.

*Personnel médical

368 praticiens ont bénéficié de formations
financées par l'établissement.



Le service néphrologie - hémodialyse - transplantations



Le service de néphrologie - hémodialyse - transplantations est situé au 4^{ème} étage de l'hôpital Dupuytren au niveau de l'aile C et comprend quatre unités fonctionnelles. Le pavillon qui accueille le centre d'hémodialyse (26 postes) et le service des consultations est quant à lui situé à l'entrée de l'hôpital Dupuytren.



Le service exerce une activité de prévention, de diagnostic et de soins de l'ensemble des maladies rénales. Cette activité gravite autour de 3 axes : les maladies rénales, la prise en charge des maladies rénales par traitement de suppléance et les complications secondaires à ces techniques. Les maladies rénales traitées par le service sont :

- les glomérulonéphrites qui accompagnent le plus souvent une maladie auto immunitaire,
- l'hypertension artérielle,
- les anomalies métaboliques (diabète surtout),
- les problèmes urologiques médicaux (lithiases, infections urinaires).

Les traitements de suppléance s'articulent autour de 3 techniques. Tout d'abord l'hémodialyse, dans le service de néphrologie : pour des patients présentant une Insuffisance Rénale Aigue (IRA), ayant une Insuffisance Rénale Chronique (IRC) hospitalisés dans le service ou dans un autre service de l'hôpital ou des patients ayant des complications. L'hémodialyse peut aussi être réalisée au sein du centre d'hémodialyse où sont pris en charge tous les patients présentant une IRC ; cette activité est partagée avec l'ALURAD. Ensuite la dialyse péritonéale avec l'initiation du traitement par dialyse péritonéale et la prise en charge de ses com-

plications. Enfin, la transplantation rénale (50 greffes rénales par an en moyenne). Le patient qui bénéficie d'une transplantation rénale est pris en charge par le service de néphrologie en pré et post opératoire dans l'UF de soins intensifs après un bref passage en salle de surveillance post interventionnelle.

L'activité hôpital de jour

Cette unité accueille des patients pour :

- surveillance annuelle des transplantés rénaux,
- explorations rénales : étude de la fonction rénale, du métabolisme phospho-calcique,
- bilan de l'HTA,
- chimiothérapie.

L'activité de consultation

L'activité de consultation représente quant à elle 6 500 à 7 000 consultations par an. Ce nombre peut s'expliquer par la situation de monopole, les seuls néphrologues de la région étant hospitaliers. Dans ce secteur une IDE coordinatrice de greffe prend en charge la préparation des dossiers pré-greffe et assure le suivi en post transplantation rénale.

La recherche

Concernant l'activité de recherche, le service développe 4 projets :

- protocoles de traitement des patients transplantés,
- centre de maladies rénales rares en partenariat avec le service de pédiatrie de l'hôpital de la mère et de l'enfant (Pr Vincent Guigonis),
- étude de la toxicité des agents immunosuppresseurs en collaboration avec l'unité INSERM

(Pr Marie Essig),
- protocole d'exploration et de traitement des néphropathies à dépôts mésango-IgA (Maladies de Berger)
(Pr Jean-Claude Aldigier) ■

COMPOSITION DU SERVICE

- Unité de soins intensifs
 - ▶ 5 lits
- Unité d'hospitalisation traditionnelle
 - ▶ 19 lits
- Unité de dialyse
 - ▶ 3 postes + 1 poste pour les échanges plasmatiques
- Hôpital de jour
 - ▶ 3 lits
- Centre d'hémodialyse
 - ▶ 26 postes
- Service des consultations

Les nouveautés du service

- ▶ L'utilisation de nouvelles molécules immunosuppresseurs dans la prise en charge des patients transplantés
- ▶ Le développement de l'activité d'hémaphérese : plasmaphérese actuellement - cascade filtration et plasma-adsorption
- ▶ Le développement des explorations rénales dans le cadre d'hôpital de jour
- ▶ Le développement du réseau NEPHROLIM

LA PHOTOTHÉRAPIE DYNAMIQUE TOPIQUE

en dermatologie aujourd'hui

par le Pr Christophe Bédane, service de dermatologie

Notre service de dermatologie est l'un des précurseurs dans le traitement par photothérapie dynamique. Une technique qui permet, grâce à la lumière artificielle de traiter les tumeurs cutanées superficielles.

L'utilisation de la Photothérapie Dynamique Topique (PDT) qui combine un photosensibilisateur et le rayonnement visible date de la plus haute antiquité. 10 siècles avant JC, les médecins Egyptiens savaient qu'en faisant absorber des décoctions d'ombellifères qui poussent abondamment sur les bords du Nil et sont riches en furocoumarines*, ils pouvaient "améliorer" la peau de leurs patients atteints de psoriasis en les exposant ensuite à la lumière solaire. Les médecins grecs de l'ère hippocratique utilisaient également des plantes photosensibilisantes en thérapeutique dermatologique. Après des siècles d'obscurantisme médical la PDT a été redécouverte par deux médecins norvégiens au début du 20^{ème} siècle. Jesionek et Von Tappeiner ont traité plusieurs patients atteints de kératoses actiniques et de carcinomes superficiels par application d'un colorant proche de l'éosine, le rouge de Magdala, puis exposition solaire quotidienne et progressive avec une disparition des lésions cutanées en quelques semaines.

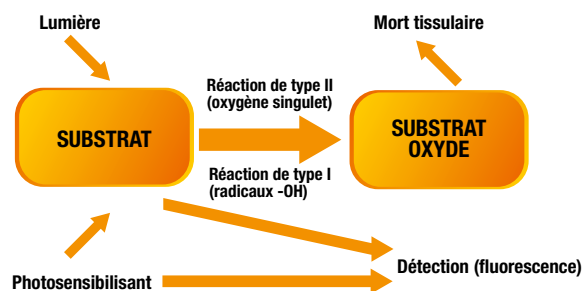
Avec le développement des sources de lumière artificielle et la mise à disposition des dermatologues de dérivés de l'acide delta aminolévulinique qui est un précurseur des porphyrines dans la peau, la PDT s'est beaucoup développée en Europe et aux Etats-Unis pour le traitement des formes superficielles des cancers de la peau. En France, le service de dermatologie du CHU de Limoges avec le CHU de Lille et un des services de dermatologie de l'hôpital St Louis à Paris ont été les précurseurs dans la mise en œuvre de cette technique de traitement dès la fin des années quatre vingt dix. Nous avons tout d'abord traité nos patients dans le cadre de protocoles de recherche clinique, puis dans le cadre de l'AMM depuis 2006. A ce jour environ 3 000 patients, originaires du grand sud-ouest pour la plupart, ont été traités à Limoges.

Principe et mode d'action de la photothérapie dynamique

Le principe thérapeutique de la photothérapie dynamique (PDT) est fondé sur l'activation et la fixation d'agents photosensibilisants (les porphyrines) sur le tissu tumoral suivie d'une irradiation par de la lumière visible d'une longueur appropriée permettant leur destruction sélective par un mécanisme d'oxydation irréversible. La photosensibilisation se focalise sélectivement dans des tissus tumoraux et provoque un effet phototoxique avec la for-

mation d'oxygène singulet, espèces réactives de l'oxygène, qui vont induire une destruction cellulaire par un mécanisme combiné de nécrose tumorale et d'apoptose après irradiation.

Mode d'action de la photothérapie dynamique



L'accumulation préférentielle du photosensibilisant dans les tissus en croissance rapide permet également de faire de la détection par fluorescence et de préciser l'extension infraclinique de certaines tumeurs. En dermatologie, l'utilisation de précurseurs des porphyrines comme l'acide aminolévulinique (ALA) permet la réalisation de PDT topique. L'ALA est le précurseur d'un élément endogène photo-actif : la protoporphyrine IX (PpIX). Sa proportion est plus importante dans les lésions tumorales en raison d'une plus grande pénétration d'ALA et de la modification de certains métabolismes. L'estérification de l'ALA permet d'obtenir des dérivés lipophiles stables d'utilisation facile. Le méthylester de l'ALA a fait l'objet de plusieurs études cliniques dans le traitement des kératoses actiniques et des carcinomes baso cellulaires. Il est commercialisé dans la plupart des pays européens.

Les sources lumineuses utilisent le pic d'absorption de la PpIX dans le rouge (630 nm) afin d'obtenir une bonne pénétration cutanée pour le traitement des carcinomes. Cependant, les lumières bleues et vertes sont utilisées pour le traitement des kératoses actiniques.

Le développement récent des lumières LED a permis d'homogénéiser le rayonnement et ainsi de réduire la durée d'illumination.

*Furocoumarines : Substances chimiques qui réagissent à la lumière solaire absorbant les UV-A.

Ces substances, présentes dans de nombreuses plantes et notamment dans les agrumes, le persil, les chrysanthèmes, peuvent provoquer des réactions cutanées de photo sensibilité, mais elles peuvent aussi être utilisées pour soigner certaines affections de la peau.

(source :

www.nancy.inra.fr)



Maladie de Bowen avant traitement



Guérison à 3 mois

Méthode de traitement

Le traitement est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation de jour et se déroule en deux temps : la première phase de traitement consiste en une préparation de la lésion qui est décapée, le méthyl ester d'ALA est ensuite appliqué en couche mince sur l'ensemble de la zone à traiter. Un pansement occlusif recouvert ensuite d'un pansement opaque est mis en place pour une durée de 3 heures. Une heure avant l'illumination un antalgique est administré. Après 3 heures de pose la lésion est nettoyée soigneusement et l'illumination peut débuter. Selon le type de pathologie à traiter le patient est exposé à une lumière bleue ou rouge pendant 10 à 20 minutes. Il peut ressentir une brûlure d'intensité variable en cours d'exposition qui sera calmée par des pulvérisations d'eau et d'air froid. Les suites sont simples et une fois les phénomènes douloureux gérés le patient regagne son domicile. Pendant quelques jours il devra éviter un contact avec des lumières intenses.

Les indications de la photothérapie dynamique

Il y a actuellement trois indications principales de la photothérapie dynamique topique qui font l'objet d'une AMM européenne puis française depuis 2006. Il s'agit du traitement des kératoses actiniques du visage et du cuir chevelu, des carcinomes basocellulaires superficiels et des maladies de Bowen.

Les kératoses actiniques sont des lésions précancéreuses très fréquentes développées sur les zones exposées ; leur potentiel de dégénérescence est de l'ordre de 0,1 % mais cette fréquence augmente considérablement chez les patients immu-

nodéprimés comme les transplantés d'organe par exemple. Les taux de rémissions complètes obtenus avec la PDT sur des lésions du visage et du cuir chevelu sont compris entre 71 et 100 %. Ces résultats sont légèrement supérieurs à la cryothérapie (destruction par le froid) qui est le traitement de référence mais permettent de traiter de plus grandes surfaces avec un résultat meilleur sur le plan cicatriciel.

Les kératoses du dos des mains et des avant bras répondent moins bien à cette technique.

Les Carcinomes basocellulaires superficiels sont la deuxième indication classique de la PDT avec des taux de réponse compris entre 80 et 90 %. Les taux de récurrence à 3 ans varient selon la taille de la lésion traitée entre 6 et 18 %. La PDT est particulièrement adaptée aux tumeurs de grande taille ou aux tumeurs multiples que l'on peut observer chez les patients souffrant de syndromes complexes avec altération des systèmes de réparation de l'ADN ou plus simplement chez les patients à peau claire qui ont abusé des expositions solaires au cours de leur vie. Là encore l'un des principaux avantages de la PDT est d'offrir une cicatrisation très rapide des tumeurs traitées avec des cicatrices quasi invisibles.

La maladie de Bowen correspond à un stade de dysplasie intermédiaire entre kératose actinique et carcinome épidermoïde cutané, il s'agit d'un carcinome localisé à l'épiderme mais dont le potentiel invasif est important et qui doit être détruit de manière définitive. Il s'agit d'une tumeur fréquente dans notre région et volontiers localisée sur les jambes des femmes âgées. L'exposition solaire chronique est

là encore un facteur de risque bien identifié. Deux séances espacées d'une semaine sont recommandées dans cette indication avec des taux de réponse complète de 85 % en moyenne et une cicatrisation généralement reconnue par les patients comme d'excellente qualité.

La PDT est donc un traitement particulièrement adapté aux lésions cancéreuses cutanées superficielles et ce d'autant plus que les tumeurs sont de grande taille ou multiples (photo).

À côté des indications carcinologiques, bien évaluées et reconnues, la PDT est employée avec succès pour le traitement de dermatoses inflammatoires ou infectieuses.

Les zones bastion du psoriasis peuvent en bénéficier de même que certains troubles de la kératinisation (maladie de Darier et pemphigus bénin familial de Hailey Hailey).

L'acné peut bénéficier de photothérapie avec ou sans adjonction de substance photosensibilisante dans la mesure où il existe une production endogène de protoporphyrine IX dans les glandes sébacées par le propionibactérium acnes.

La photothérapie dynamique a été utilisée avec succès pour le traitement de pathologies infectieuses verrues vulgaires et leishmanioses cutanées.

La photoréjuvenation très facilement réalisable sera certainement un des axes de développement futur de la PDT.

La photothérapie dynamique représente donc une avancée thérapeutique extrêmement utile pour le traitement des tumeurs cutanées superficielles dont l'apparition et le développement sont directement corrélés au grand âge et à l'exposition solaire chronique. ■

LE SERVICE COMMUNICATION



La communication est un métier. Ou plutôt « des métiers » : infographiste, concepteur-rédacteur, photographe, webmestre, chargé de projet... Avec ses filiales de formation, ses outils dédiés, son vocabulaire, elle est confiée à des professionnels dans tous les secteurs d'activité. Particulièrement ceux sensibles, stratégiques ou concurrentiels. Présentation du service communication de notre CHU.

communication en réaction. La presse sollicite donc souvent le CHU pour commenter « dès que possible » un sujet. Les équipes du CHU elles-mêmes ont souvent des besoins imprévus, souvent urgents pour infor-

mer leurs patients ou leurs confrères... Pour autant, de nombreux projets peuvent être programmés. Il existe un calendrier des « événements santé » listant toutes les journées ou semaines dédiées à une pathologie ou une problématique de santé publique. En presse, il y a aussi les « marronniers », sujets récurrents et prévisibles : le premier bébé de l'année, l'asthme (au printemps), la protection de la peau (en été)... Le CHU a enfin son propre agenda : nouvelles organisations, bilan financier, inauguration de bâtiment... A partir de ces éléments et des orientations stratégiques du CHU, un plan de communication est élaboré chaque fin d'année pour la suivante par la direction générale et la communication.

Créer et écrire en cohérence

La communication ne crée effectivement pas des outils de communication pour elle-même. Les codes d'expression de nos supports ne doivent pas plaire et parler à tout le monde. Ils doivent servir l'objectif de communication sur la ou les population(s) cible(s). Frédéric Coiffe : « *Les "j'aime / j'aime pas" de ceux qui créent ou émettent le message ne valent rien au regard de ce qui sert l'atteinte de l'objectif recherché.* » Les infographistes connaissent les couleurs complémentaires, les signifiants d'une forme ou d'une typographie. Leur formation continue aux nouveaux outils ou nouvelles versions des logiciels d'image et de mise en page (InDesign, Photoshop, Illustrator) et leur connaissance de la chaîne graphique légitiment aussi leurs propositions graphiques. « *En dehors de la charte graphique du CHU, il y a toujours place à la discussion pour faire évoluer les maquettes. Mais la création graphique reste quand même notre métier.* » précise Christophe Chamoulaud, infographiste.

Directement rattaché à la direction générale, notre service communication fonctionne comme une « agence intégrée » que peuvent solliciter gratuitement (précision donnée car certains services s'en étonnent parfois) tous les services de l'hôpital.

Ses différentes compétences, complémentaires, ont vocation à concevoir et réaliser les actions de communication de l'hôpital, qu'elles visent ses propres équipes ou ses publics (patients, proches) et partenaires (médecins de ville, autorités, associations...). Les CHU ont des besoins de communication sociale naturelle avec plus d'une centaine de métiers et des structures hiérarchiques historiques. Les exigences en termes d'information et de transparence appellent aussi à ouvrir nos portes. L'enseignement, la recherche, l'évolution des soins nécessitent publications et vulgarisation pour être connus, compris voir défendus. L'approche économique et concurrentielle a aussi rattrapé les CHU, et dicte une communication offensive. Notre gestion de situations d'urgence et de crise nécessite encore une information professionnalisée...

Prévoir et réagir

L'actualité commande des actions de

mer leurs patients ou leurs confrères...

Pour autant, de nombreux projets peuvent être programmés. Il existe un calendrier des « événements santé » listant toutes les journées ou semaines dédiées à une pathologie ou une problématique de santé publique. En presse, il y a aussi les « marronniers », sujets récurrents et prévisibles : le premier bébé de l'année, l'asthme (au printemps), la protection de la peau (en été)... Le CHU a enfin son propre agenda : nouvelles organisations, bilan financier, inauguration de bâtiment...

A partir de ces éléments et des orientations stratégiques du CHU, un plan de communication est élaboré chaque fin d'année pour la suivante par la direction générale et la communication.

En parallèle, des outils aident à répondre mieux et plus vite aux besoins d'informations : un fichier presse régulièrement mis à jour, le plan de communication en urgence (document recensant des données utiles pour communiquer lors d'événements indésirables mais prévisibles) sont de ceux-là.

Ecouter et conseiller

Il y a les projets initiés par la direction générale du CHU, et ceux impulsés par les services médicaux,

de gauche à droite :
Maïté Belacel (chargée de communication),
Frédéric Coiffe (infographiste),
Christophe Chamoulaud (infographiste),
Philippe Frugier (responsable du service),
Jacques Ragot (photographe-vidéaste),
Muriel Debernard (webmaster)



Philippe Frugier

Responsable du service communication

« Médiateurs et facilitateurs »

Quel est le rôle principal du service communication du CHU ?
Faciliter l'accès à l'information : celle du patient, celle de ses proches, de l'étudiant ou des professionnels de santé... Nous sommes médiateurs et facilitateurs.

Les services de communication s'étoffent dans les CH et CHU. Pourquoi ?
L'incitation à cette évolution du Ministère de la santé et de la FHF joue sans doute beaucoup. Plus un secteur est complexe, riche et sensible plus il a besoin d'informer et communiquer.

La professionnalisation de la communication dans les CHU était une évidence.

Quelles sont les grands enjeux de communication pour notre CHU ?
C'est extrêmement complexe eu égard à notre taille et à notre activité en 24h sur 24, mais il faut renforcer la communication interne, vers et entre tous ceux qui font l'hôpital public. Les réformes de santé vont nécessiter encore plus de dialogue. Pour poursuivre nos investissements et rester un établissement d'excellence

nous devons développer notre activité, donc notre attractivité. La communication a sur ce point aussi un énorme rôle à jouer.

On entend parfois dire que la communication « ça doit coûter cher, mais que l'on ne sait pas ce que ça rapporte » ?
Comme pour tout budget, il faut raisonner en investissement plutôt qu'en coût. Au regard des besoins et des enjeux, le solde coût/bénéfice est très en faveur de son essor. Sur tout quand elle est réalisée en interne.

Le service communication doit proposer de nouveaux outils et services en phase avec les besoins des services et les ambitions du CHU. Derniers créés :

- **Solution de diffusion** de nos documents de santé publique au sein des pharmacies de la région
- **Base de données** pour l'adressage de mailing aux médecins généralistes et spécialistes du Limousin
- **Lettre électronique**

► **Enquête** vers les médecins (hors CHU) de la région pour connaître leurs besoins d'information venant du CHU

► **Solution d'impression** de qualité supérieure plus économique pour certains documents

► **Extranet** : espaces web sécurisés à accès restreint ouverts pour les services demandeurs

Les règles typographiques de l'imprimerie nationale et les règles d'écriture journalistique sont deux autres références pour le service. Maïte Belacel, chargée de communication : « *Abréviations, majuscules, sigles... chacun a ses habitudes. Nous nous référons aux règles existantes. Idem pour les tailles de typographie. Même si nous conjuguons parfois avec une difficulté évidente la double attente des services qui veulent « des documents en format poche mais avec des textes écrits gros »* ».

Que l'on parle d'édition, de web ou de vidéo, chaque spécialité offre de plus en plus de possibilités. Il n'en existe pas moins des contraintes qui demandent à être connues. En les intégrant en amont de la réalisation de projets, elles peuvent faire saillir des opportunités et pousser à être plus imaginatif.

Mesurer l'efficacité

La question de l'utilité de communiquer ne se pose plus. Mesurer l'efficacité des actions conduites reste néanmoins nécessaire, même si la communication a d'abord une obligation de moyens à engager. Elle essaie donc d'évaluer leur impact chaque fois que cela est possible. Philippe Frugier : « *Cela a été le cas pour la campagne AVC (voir page 4) pour laquelle nous avons sondé le Centre 15 et l'unité neuro-vasculaire pour connaître la tendance d'activité avant/après la campagne conduite. Nous mesurons aussi les retombées médias (articles de presse, sur le web...) et prenons parfois comme indicateur (et inspiration d'action...) les mails entrants de patients ou partenaires sur des sujets précis. A ce titre, la communication sur le bouclier anti-agression (voir Chorus n°93) a généré un nombre de contacts très important tant auprès de notre service que de la société en charge de sa commercialisation.* » ■

Repères d'activité 2009

EDITION

► 400 documents : affiches, dépliants, magazines...

EVENEMENTIEL

► 35 événements culturels ou à visée préventive

WEB

► Refonte globale du site internet, référencement et analyse d'audience
► Mise en ligne de catalogues métiers
► Création de 15 bandeaux pubs
► Mise en ligne de dizaines de documents sur l'intranet

RELATIONS PRESSE

► Rédaction de dizaines de communiqués de presse et organisation d'autant de reportages (presse, radio, télé)

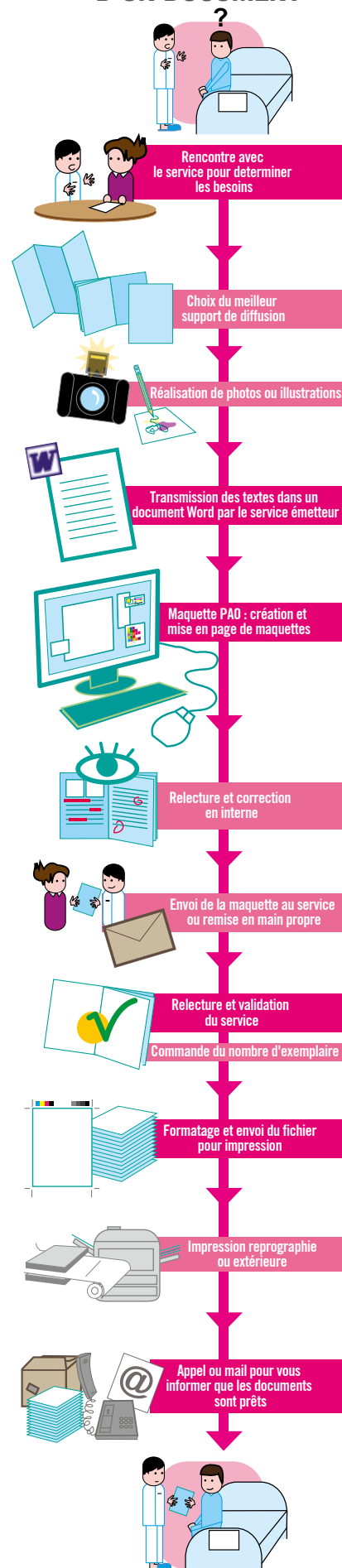
VIDEOS/PHOTOS

► 8 500 prises de vue
► 10 films réalisés ou reformatés
► organisation de 3 reportages photos d'agence photo professionnelle

DIVERS

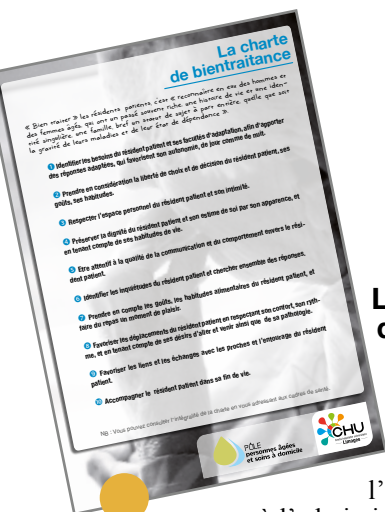
► Habillage graphiques de locaux
► Création et déclinaison de logos
► Animations d'écrans
► Inscriptions annuaires
► Signalétique
► Réalisation de papiers en-tête...

SCHEMA DE CREATION D'UN DOCUMENT



EHPAD DR CHASTAINGT : la mise en place de nouveaux outils au service des usagers

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



La mise en place des lits d'EHPAD sur le site de Chastaingt implique le respect d'un cadre juridique précis issu de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'entrée en institution s'appuie sur une contractualisation entre le résident et l'EHPAD. A cet effet, la remise obligatoire à l'admission de documents administratifs et tarifaires permet de garantir le respect des droits et libertés des personnes âgées accueillies.

Des dispositifs au service des usagers

Depuis le 1^{er} janvier 2010, le CHU a mis en place un contrat de séjour EHPAD. Document individuel de prise en charge, il est remis à chaque admission au résident et à sa famille. Il définit les objectifs et la nature de sa prise en charge au sein de l'EHPAD dans le respect du projet d'établissement du CHU. Il détaille la nature des prestations offertes ainsi que leur coût.

Autre document remis à l'admission : le règlement de fonctionnement EHPAD. Equivalent médico-social du règlement intérieur, il définit les règles de fonctionnement de l'hébergement, les conditions d'exercice des droits et libertés du résident, la sécurité des biens et des personnes, les règles de vie collective et les modalités de participation des familles et représentants légaux à la vie de l'EHPAD. Y sont annexées à titre informatif la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance et la **Charte de bientraitance en gérontologie**.

En outre, dans un souci légal d'information destinée au

résident et sa famille, il est également prévu la mise à jour du livret d'accueil. Il présentera l'EHPAD Dr Chastaingt, la vie quotidienne, l'équipe pluridisciplinaire, le projet de vie individualisé, la tarification des prestations, ainsi que les renseignements pratiques sur le fonctionnement général du CHU. Conformément à la loi de 2002, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie y sera annexée.

Enfin, et toujours dans le respect de la loi de 2002, le projet d'établissement 2012-2016 du CHU, après consultation du Conseil de la Vie Sociale (CVS), précisera les objectifs de l'EHPAD pour 5 ans et notamment sur la coordination, la coopération et l'évaluation des activités et la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Une tarification spécifique

Mais l'EHPAD c'est avant tout un statut qui définit des conditions de financement et de facturation particulières avec une triple tarification pour l'utilisateur : Hébergement-Soins-Dépendance. Le tarif Soins est entièrement pris en charge par l'assurance maladie alors que le tarif Dépendance est à la charge de la personne âgée et/ou de sa famille, éventuellement aidées par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie du Conseil Général. Enfin, le tarif Hébergement est à la charge du résident, sa famille avec éventuellement l'aide sociale du Conseil Général. ■



TARIFS 2010 - EHPAD DR CHASTAINGT

Soins	• GIR 1 - GIR 2 : 73,01 € • GIR 3 - GIR 4 : 62,39 € • GIR 5 - GIR 6 : 51,77 € Tarif pour les moins de 60 ans = 71,65 €
Hébergement	Montant journalier : 52,69 € Tarif pour les moins de 60 ans = 71,99 €
Dépendance	• GIR 1 - GIR 2 : 22,21 € • GIR 3 - GIR 4 : 14,12 € • GIR 5 - GIR 6 : 5,97 € Ticket modérateur à la charge du résident : 5,97 € par jour.

DR ILEANA DESORMAIS

« Un challenge à relever à chaque fois... »

D'abord peu enclin à être interviewée pour Chorus, pensant que d'autres « plus anciens » étaient plus légitimes pour s'y exprimer, le Dr Désormais a heureusement cédé face à notre insistance. Il eût été dommage que ce ne soit pas le cas, car son parcours est riche et son regard sur la gériatrie s'en nourrit.



“ C’est à mon avis une des spécialités les plus complètes, celles où la richesse des pathologies est la plus grande. ”

Vous avez choisi la gériatrie : pourquoi ?

Un maître m’a donné goût à cette spécialité. Une succession d’événements familiaux m’a amenée à Limoges et m’a fait découvrir la gériatrie. C’est à mon avis une des spécialités les plus complètes, celle où la richesse des pathologies est la plus grande.

Qu’aimez-vous le plus dans votre métier ?

Les personnes âgées. La complexité sociale, médicale, psychologique, sociologique... de ces personnes m’intéresse. Sur le plan médical c’est aussi un challenge à relever à chaque fois avec une polypathologie fréquente. J’aime les aider, les accompagner pour un projet à long terme : 5 ans, 10 ans... ce n’est pas juste soigner pour aujourd’hui, mais pour favoriser leur qualité de vie par la suite.

Qu’est-ce qui peut parfois vous agacer ou vous démotiver ?

L’inertie. J’aimerais que l’on arrive à suivre et accepter les changements (administratifs et médicaux...) sans faire toujours référence à ce qui était « avant », comme si ce qui était nouveau était toujours moins bien. Ce serait plus simple et bénéfique pour tous : les personnels et les patients. Peut-être faut-il plus de formations et d’informations pour comprendre la nécessité de ces avancées : on n’aime pas

quand on ne connaît pas.

Quel a été votre parcours professionnel ?

J’ai été médecin thésée en Roumanie (6 années d’études) à Bucarest en 1999. J’ai repris mes études de médecine à Lyon en PCEM1 après avoir travaillé dans le service du Pr Dubernard en néphrologie et transplantations d’organes à Lyon. J’ai déménagé sur Limoges où j’ai poursuivi mon externat avec le Dr Charmes et le Pr Dantoine qui m’ont appris et fait aimer la gériatrie. J’ai été médecin coordonnateur de deux Ehpad du département, j’ai une double expérience médicale en CH et CHU (CH de Brive et Limoges), et j’ai exercé une activité libérale (remplacement en rural et urbain). J’ai une activité d’enseignement (cours à la faculté de médecine + encadrement interne/externe), et de recherche (protocoles de recherche clinique en cours - formation de master recherche). Je suis médecin gériatre conseil au Régime Social des Indépendants (RSI), médecin expert auprès du tribunal pour la protection des majeurs et médecin angiologue, formée par l’équipe du Pr Lacroix.

Je crois qu’on ne peut pas grandir en restant dans le même jardin : il faut aussi aller voir ailleurs. C’est ce que j’ai fait.

Justement : qu’est-ce qui a alors motivé votre retour au CHU ?

J’ai grandi au CHU, mais j’avais besoin d’aller voir comment cela se passait ailleurs, et d’apprendre d’autres approches. Le côté universitaire, avec l’enseignement et la recherche clinique, me manquait beaucoup. On reconnaît aussi mieux les qualités de ceux avec qui l’on travaillait quand on est parti... je suis donc revenue.

La gériatrie attire-t-elle les jeunes médecins ?

Ceux qui apprennent à la connaître, oui. C’est comme tout : on ne peut aimer que ce que l’on connaît. Les internes avec qui je travaille aiment cette spécialité...

Comment avez-vous vu et voyez-vous évoluer cette spécialité ?

Je l’ai vu grandir et prendre des orientations qui la font progresser. Je pense à la recherche clinique, notamment. Mais si on veut qu’elle progresse encore, il faut être conscient qu’« on ne peut pas continuer à manger un gâteau qui n’existe plus » : il faut trouver des solutions pour avancer différemment.

Vous avez d’autres passions que la gériatrie ?

La peinture. Mon style change avec mes états d’âme. Mais depuis trois ans, je n’ai plus assez de temps... ■

« Je disais que je serai " médecin ou rien " »

Le Dr Nadira Saïdi porte souvent un grand sourire. Notre CHU peut s'en réjouir. Le recrutement du Dr Saïdi et son épanouissement dans notre service de radiothérapie est une excellente nouvelle pour les patients et notre CHU.



“ Les accidents de radiothérapie sont fort heureusement rares. ”

Pourquoi avoir choisi la radiothérapie ?

Très tôt, je disais que je serai « médecin ou rien ». A la fin de mes études de médecine à Alger, je voulais m'orienter vers une spécialité permettant d'exploiter pleinement ma formation antérieure en mathématique et physique et d'autre part mon intérêt pour la clinique, à l'écoute de la souffrance humaine : la radiothérapie semblait un choix logique. Le CHU de Limoges, sous la direction de feu le Pr Olivier, m'a reçu pour réaliser ce rêve.

Vous avez choisi le CHU de Limoges.

De nombreuses portes devaient vous être ouvertes en d'autres endroits, publics et privés...

Après six années d'exercices au CHU de Fort de France, j'ai été contactée par le CHU de Limoges afin de renforcer l'équipe médicale qui était en difficulté d'effectif. La profession est très sollicitée, mais je suis restée sensible à l'appel du CHU connaissant la compétence et le sérieux de l'équipe de radiothérapie.

Quelles sont vos premières impressions après 5 mois de présence parmi nous ?

Mes impressions sont on ne peut plus positives, surtout vis-à-vis de l'équipe soudée, avenante et professionnelle qui m'a accueillie chaleureusement.

Quels sont les enjeux de la radiothérapie

au CHU ?

Au-delà des progrès médicamenteux, la recherche contre le cancer progresse dans bien des domaines. Parmi eux, la radiothérapie a récemment vécu une petite révolution grâce notamment aux progrès de l'imagerie médicale, de l'informatique et des équipements. Moins toxique et plus précise, c'est la radiothérapie du 21^{ème} siècle. Le CHU de Limoges s'inscrit dans cette optique avec la finalisation en fin d'année du projet de modernisation du plateau technique et l'acquisition de deux appareils de radiothérapie rotationnelle qui s'appuient désormais sur plusieurs faisceaux d'irradiation distincts (4 à 6) tournant autour du patient, délivrant tour à tour une partie de l'irradiation selon l'angle le plus adéquat. L'ordinateur permet de déterminer l'énergie et l'orientation de ces faisceaux pour que leur action soit limitée à la seule tumeur : c'est un gain en précision et en temps de traitement.

Redoutez-vous l'accident de radiothérapie ?

Les accidents de radiothérapie sont fort heureusement rares. Pour rares qu'ils soient, ces accidents ont parfois des conséquences dévastatrices : pour la santé des victimes impliquées, mais aussi pour la confiance des patients. La Commission internationale de protection radiologique a tiré les enseignements de

ces accidents et insiste sur des recommandations génériques : nécessité d'un personnel adéquat et en nombre suffisant, importance de la formation (initiale et continue) de ce personnel, optimisation de la communication entre les professionnels impliqués, et mise en place d'un programme exigeant d'assurance qualité. Tout centre de radiothérapie, aussi performant soit-il, reste cependant exposé à un risque d'erreurs. Il est capital de mettre en place des procédures empêchant de telles erreurs de se transformer en accidents. Le signalement immédiat, détaillé et complet de la moindre anomalie ou erreur doit résolument être encouragé à l'image d'autres secteurs comme l'aviation ou les centrales nucléaires qui ont su mettre en place une véritable « culture » du rapport systématique sur la moindre anomalie de fonctionnement ou la moindre erreur humaine, aussi minime soit-elle. La radiothérapie doit s'approprier cette culture de confiance mutuelle impliquant le signalement systématique et immédiat de la moindre situation.

Avez-vous une ou des passions extra-professionnelles ?

La culture étant tout ce que l'homme a rajouté à la nature, ma passion va à la culture en général et au cinéma d'auteur tout particulièrement. ■

PATRICIA ROBY

« Je n'ai pas trouvé ça ailleurs ! »

Patricia Roby est infirmière en réanimation polyvalente depuis 1979. Elle occupe un poste un peu particulier : 50 % dans les soins et 50 % en tant qu'infirmière référente. Pure technicienne, l'humain a pourtant un rôle primordial dans son quotidien...



Pourquoi avoir choisi la réanimation ?

Parce que c'est très varié, j'aime la notion d'urgence et le fait d'avoir un petit nombre de patients. Je préfère m'occuper de 4 patients, mais qui ont des pathologies graves. C'est un choix. Voir différentes pathologies, avoir un travail qui évolue... je n'ai pas trouvé ça ailleurs !

C'est des responsabilités ?

Oui ! Car nous faisons de la réanimation polyvalente. Il faut être capable de s'occuper de patients qui ont des pathologies diverses et variées. On doit avoir toutes les connaissances et compétences infirmières de toutes les spécialités du CHU, y compris des enfants. C'est pour cela que toute nouvelle infirmière en réanimation travaille en binôme pendant 2 mois avant d'être complètement autonome. Le matériel est en perpétuelle évolution, il faut sans cesse se remettre en question. La surveillance des patients en sachant qu'ils sont très fragiles, ça majore l'importance de nos actes. Il peut y avoir une complication d'une minute à l'autre. Il faut toujours être sur le qui-vive. Tout cela fait l'intérêt et la difficulté du métier.

Tous vos patients sont inconscients ?

Les patients qui arrivent en réanimation sont en phase critique. Ils ont besoin de beaucoup de surveillance. Ils peuvent avoir des pathologies associées, souvent

des troubles respiratoires. Mais 50 % de nos patients sont conscients !

Où est l'humain dans votre travail... ?

La communication est très importante et... différente. Il n'y a pas que la parole, tous les moyens sont bons ! Les gestes, une ardoise, des panneaux avec des lettres, lire sur les lèvres... Mais c'est plus difficile... Il faut être capable de parler, expliquer, rassurer le patient, sans qu'il puisse nous répondre. On doit voir s'il a mal, si on le soulage. Il y a beaucoup d'observation pour chercher les signes de douleur : s'il se tord, respire plus vite, grimace aux soins... On est très attentionné, on va au devant de leur désir avant qu'ils ne le demandent. Il suffit qu'ils bougent le petit doigt et hop, on est là ! On a tendance à les cocooner un peu trop (sourire), par rapport à leur autonomie...

Et la mort... ?

Nos patients sont dans un état critique, le pronostic vital est toujours en jeu. En réanimation, la mort est plus présente que dans d'autres services. Mais ça fait partie de notre fonction, c'est notre rôle... Quand ce sont des enfants, c'est plus difficile, car on a moins l'habitude, on trouve que c'est injuste. Et aussi parce que ça nous ramène à nous, aux nôtres... Pour ce qui est de la mort encéphalique, c'est particulier... Mais on sait qu'à terme on peut

refaire vivre 4 ou 5 personnes différentes grâce au don d'organes.

L'approche des familles ?

L'accueil des familles est important et spécifique. On a suivi une formation particulière pour ça. Il faut les aider à communiquer avec leur proche, leur dire de lui parler, de lui raconter des nouvelles et qu'ils peuvent le toucher, l'embrasser... Il faut essayer de ne pas couper la communication familiale. Pour certains c'est naturel, pour d'autres, il faut les aider. C'est la complexité du métier d'infirmière en réanimation : d'un côté on doit être capable de faire des soins très techniques, comme la dialyse ou la plasmaphérèse et d'un autre, de rassurer un proche.

Votre rôle d'infirmière référente, cela consiste en quoi ?

En priorité, c'est la formation des nouvelles infirmières et de celles déjà en poste. Créer des supports pour les aider au mieux dans la surveillance spécifique des patients, en lien avec leurs pathologies. Je participe à l'encadrement des étudiants infirmiers dans le service et je donne des cours à l'IFSI sur le rôle de l'infirmière de réanimation. Je m'occupe aussi de toute la gestion du matériel, notamment les commandes, qui vont de la savonnette au matériel de dialyse ! Je sers aussi de « tampon », si il y a une grosse urgence...■

« Nous sommes sur place environ 3 minutes après réception de l'appel »

Après une carrière en tant que pompier professionnel, David Zegadi a rejoint notre CHU en qualité d'agent de sécurité incendie. Désormais chef de service, il est aussi référent sécurité sur Dupuytren.



Quel parcours vous a amené à cette fonction ?

J'ai d'abord été sapeur pompier pendant 7 ans : 2 à St Junien et 5 à Paris. La connaissance des risques liés aux établissements de soins m'a amené à solliciter le CHU, que j'ai rejoint en avril 1996 comme agent de sécurité incendie. J'ai ensuite suivi une formation de chef d'équipe, et obtenu le concours donnant accès à la qualification de chef de service en sécurité incendie.

L'adrénaline des interventions que vous connaissiez en qualité de pompier ne vous manque pas ?

Non. Pompier, je m'entraînais en caserne toute la journée en attendant la mise en application de ces exercices. Aujourd'hui, l'aspect intervention existe toujours : sur Dupuytren, on réalise quand même 6 000 interventions par an (pour 9 000 appels reçus) dont une dizaine pour des signalements de feu. Mais j'apprécie surtout ce travail de prévention que je ne pratiquais pas avant.

En quoi consiste-t-il ?

C'est varié. Je forme* et sensibilise les personnels hospitaliers pour qu'ils adoptent la bonne conduite en cas de départ de feu et qu'à leur tour, ils transmettent les informations acquises. On veille aussi à ce que les entreprises qui conduisent des travaux aient des pratiques conformes pour éviter des incendies ; leurs ouvriers connaissent parfaitement leur métier mais pas les risques inhérents à une activité

hospitalière. Notre connaissance des évolutions de normes et de l'actualité des services (travaux...) font aussi partie de ce travail de prévention du risque.

Quand un hospitalier parle des équipes de « sécurité incendie », il a tendance à oublié le dernier mot... ça vous énerve ?
Oui et non. Oui, car la prévention et la lutte contre l'incendie c'est mon cœur de métier. Moi, je suis là pour prévenir et faire face en cas de feu. Maintenant, c'est vrai que l'on a une trentaine de situations sur lesquelles on intervient : problème électrique, de fluide, alarmes techniques, gestion des caméras de surveillance... Quelles que soient ces missions, je suis surtout content que les personnels de l'hôpital, à force de nous solliciter, nous connaissent et nous estiment mieux.

Vous êtes aussi appelés pour des situations où des patients ou proches font preuve d'agressivité.

Oui, on pense souvent à nous dans ce genre de situation. Nous intervenons le plus souvent aux urgences, en secteur adolescent, ou en hépato-gastro-entérologie... Nous sommes habitués à parler aux gens. Dans 99 % des cas, notre présence et la discussion permettent de calmer les gens et de désamorcer des situations de conflit.

Quel avantage un établissement a de posséder une équipe sécurité incendie ?
Un établissement qui n'en a pas attend environ 15 minutes entre le moment où

il appelle les pompiers et celui où ils arrivent... ça peut paraître long à l'équipe soignante qui reste seule dans cet intervalle. Nous, quel que soit le site du CHU d'où l'on nous appelle, nous sommes sur place environ 3 minutes après réception de l'appel ! En attendant le renfort des pompiers ou d'autres intervenants si nécessaire.

On imagine qu'il faut avoir une bonne condition physique...

Evidemment. Nous marchons déjà 12 à 15 km par journée, un peu moins la nuit (ndlr : chaque agent de la sécurité incendie travaille 3 journées de 12h une semaine, puis 3 nuits de 12h la suivante). Mais surtout au-delà des activités physiques personnelles de chacun, nous réalisons des manœuvres pour nous auto-évaluer. Les agents de la sécurité incendie doivent pouvoir monter à allure soutenue plusieurs niveaux avec l'appareil respiratoire isolant d'environ 12 kg sur le dos, et garder en arrivant la lucidité nécessaire pour intervenir.

Vous avez des souvenirs marquants de vos 14 années d'expérience au CHU ?

Avant de venir au CHU de Limoges, je suis intervenu sur l'incendie de l'hôpital Paul Brousse à Paris, et d'autres événements parisiens plus impressionnants que ceux vécus ici... mais je me souviens quand même de cette personne qui s'était immobilisée devant les urgences et y était entrée en torche humaine. ■

** chaque année, 1 200 agents du CHU suivent une formation incendie*

CHU DE POITIERS :



le développement réussi de la chirurgie ambulatoire

Inaugurée en novembre 2007, l'unité de chirurgie ambulatoire du Centre hospitalier universitaire de Poitiers comptait jusqu'à début mai une quinzaine de places. Fort de sa récente extension à 30 lits, son activité représentera d'ici deux ans 40 % de l'activité opératoire totale de l'établissement. Cette nouvelle capacité d'accueil de 60 patients par jour (deux patients peuvent être pris en charge sur une même place dans la journée) pour 100 patients opérés quotidiennement au CHU, en fait une des plus grosses unités de chirurgie ambulatoire de France.

Après avoir accueilli 3 311 patients en 2008 et 3 675 en 2009, l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Poitiers vient de doubler sa capacité d'accueil lui permettant de poursuivre une croissance à 2 chiffres de son activité.

Bien sûr, la mise en place et le succès de l'unité ne se sont pas construits du jour au lendemain. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette mutation des pratiques : l'évolution des progrès techniques dans le domaine de la chirurgie, la mise en oeuvre d'anesthésie de courte durée et de la chirurgie moins invasive ou encore l'organisation des plateaux techniques réduisant les délais de prise en charge. A ces avancées thérapeutiques se sont ajoutés, le souhait des patients de rester le moins possible à l'hôpital, la nécessité de réaliser des économies et la pression des pouvoirs publics pour développer des actes devant être obligatoirement réalisés en ambulatoire. Le Pr Debaene, responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire explique : « A l'heure actuelle, dix-huit actes traceurs ont été définis. Pour certains d'entre eux, une entente préalable est désormais exigée par la Sécurité sociale si ces actes ne sont pas réalisés en ambulatoire. C'est le cas par exemple des opérations de la cataracte ou des varices. Nos praticiens ont très vite compris l'intérêt de l'ambulatoire pour éviter aussi ces tracasseries administratives. »

Pour autant, quelques réticences persistaient. Notamment en raison du poids des habitudes, et de la rigueur indispensable des plannings et temps opératoires. Beaucoup d'écoute, de formation, d'échanges avec les chirurgiens, les anesthésistes et les soignants des principales disciplines concernées ont pourtant permis de relever le pari. Le Pr Debaene précise : « Les techniques ont changé et les habitudes devaient évoluer. Tout le monde l'a compris. « Même les anesthésistes » - et j'en suis un, qui étaient un temps réticents à laisser rentrer un patient chez lui le jour de son opération ; pourtant, si il a été opéré en début de matinée... »

Constatant après quelques mois d'ouverture que quelques services conservaient des patients d'ambulatoires dans les lits de leurs services plutôt que de les orienter vers l'unité nouvellement créée, la direction du CHU a aussi parfois pris des mesures adaptées : ainsi, des lits d'hospitalisation conventionnelle de certains services qui ne jouaient pas le jeu ont été fermés. Un de ces ser-

vices a même vu le nombre de ses lits divisé par deux...

Une organisation rigoureuse... mais souple

Cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle est proposée au patient lors des consultations avec le chirurgien de la spécialité et l'anesthésiste, qui valident l'adéquation de son profil avec ce type de prise en charge. L'unité du CHU de Poitiers regroupe toute l'activité chirurgicale inférieure à douze heures de tous les pôles. Les actes les plus utilisateurs sont la cataracte, le canal carpien, la chirurgie périphérique en orthopédie, les biopsies de prostate, les changements de sonde, la cystoscopie, les dents de sagesse, la chirurgie de l'oreille chez l'enfant, les varices, la chirurgie du sein et la PMA. Les chirurgies de l'hernie, de la vésicule et de la stérilité, la chirurgie urologique et viscérale chez l'enfant ainsi que la radiologie interventionnelle, bénéficient aussi de cette unité depuis son doublement de capacité. « Seuls quelques actes frontières ambulatoire/conventionnelle d'urologie font débat entre nous et les caisses. Et nous ne recevons pas de patients gastro-entérologie médicale » ajoute le Pr Debaene.

L'unité ne propose pas de bloc opératoire dédié, mais est positionnée sur l'étage des blocs et de la salle de réveil. Elle est accessible sans réservation fixe mais dans des plages définies et propose une zone de 5 postes prioritairement dédiée et équipée pour la chirurgie pédiatrique. « Cette souplesse d'utilisation demande néanmoins une organisation rigoureuse. Nous avons établi, en fonction des demandes des services, des créneaux et des jours pour un nombre de lits définis pour chacun.

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

"Réservée aux actes de chirurgie courts, non hémorragiques et peu douloureux" selon la définition française, cette unité favorise une organisation, centrée sur le patient et privilégiant la gestion des flux, permet de développer et de dynamiser la chirurgie de l'hôpital public, tout en libérant des lits pour les personnes nécessitant une hospitalisation conventionnelle. L'objectif est ainsi d'utiliser en priorité le rôle médical et la technologie de pointe de l'hôpital et de réduire au minimum le rôle d'hébergement.



Les 10 % de patients programmés en ambulatoire qui décommandent au dernier moment nous permettent de pratiquer une sorte de « surbooking » pour optimiser nos places. Et notre capacité totale d'accueil nous permet de faire face en cas de besoin. »

Un suivi précis pour progresser

Le Département d'Information Médicale et d'Évaluation (DIME) du CHU de Poitiers réalise de précieux tableaux de bord, présentant les hospitalisations de moins de 24h et de plus de 24h, et l'évolution du GHS moins de 24h avec un distinguo entre ce qui a été réalisé en unité ambulatoire ou non.

Tous les 6 mois, ces tableaux sont partagés et commentés lors d'une réunion associant les responsables médicaux et soignants de l'unité de chirurgie ambulatoire et tous les chirurgiens qui pratiquent des actes relevant de l'ambulatoire. « Ces réunions permettent d'effectuer des bilans. Nous regardons avec les chirurgiens si l'activité ambulatoire de chaque acte correspond aux objectifs que l'on avait définis ensemble, et si elle est en phase avec les objectifs cibles de la Cnam. Nous envisageons alors les actions correctives à mettre en place quand c'est nécessaire. » ■



Un fauteuil est dédié aux parents à côté de chaque lit de pédiatrie

« La chirurgie ambulatoire est un accélérateur de bonnes pratiques »

Pr Bertrand Debaene

Chef du service d'anesthésie réanimation - Coordonateur médical des blocs opératoires - Responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire



Quels sont les bénéfices d'une mise en place de cette chirurgie ambulatoire pour le patient ?

Il est justement au centre du dispositif. C'est moins de contrainte pour lui, et un retour à son domicile et auprès des siens le jour même. Nous le contactons aussi toujours 24h après son retour à domicile pour vérifier que tout se passe bien. En cas de complication, il nous arrive de garder un patient la 1^{ère} nuit : mais cela arrive dans moins de 2 % des cas. Nous n'avons d'ailleurs jamais eu besoin de re-hospitaliser un patient après son retour à domicile. L'enquête de satisfaction que nous avons menée auprès de nos patients d'ambulatoire révèle d'ailleurs que 90 % d'entre eux sont satisfaits de leur prise en charge.

Et d'un point de vue organisationnel, quel est le bénéfice pour l'hôpital ?

L'essor de l'ambulatoire oblige les professionnels que nous sommes à réfléchir sur nos techniques et protocoles. C'est un accélérateur de bonnes pratiques qui nous oblige à structurer les temps et les actes opératoires.

Quels sont pour vous les points clés pour réussir le développement d'une chirurgie ambulatoire ?

D'abord expliquer, expliquer et encore expliquer pour convaincre les acteurs du bien-fondé de cette organisation. Il faut aussi ensuite une organisation extrêmement précise et respectée. A ce titre, le rôle de notre cadre de santé, Agnès Cheveste, a été essentiel dans notre réussite. Elle connaît tous les enjeux, sait lire les tableaux de bords et faire respecter les plannings. Au besoin en acceptant à la marge quelques actes à la limite de l'ambulatoire si nous pouvons dépanner un service.

Justement, comment est composée l'équipe non médicale ?

L'unité a une cadre de soins, 3 secrétaires, 8 infirmières et 6 aides-soignantes.

Cette organisation a-t-elle eu une incidence sur le dossier patient ?

Nous avons un dossier ambulatoire unique pour tout l'établissement. Il est ouvert dès la consultation de chirurgie et suit le patient jusqu'à sa sortie.



Les enfants ont un coin détente-jeux

Concours

Educateur de jeunes enfants

23 février 2010

- Sandrine Jouve

Assistant socio-éducatif

23 février 2010

Liste principale

- Cécile Bastier
- Sylvie Frachet

Liste complémentaire

- Bénédicte Richon

Orthophoniste

18 mars 2010

- Elise Durin

Puéricultrice diplômée d'état

18 mars 2010

- Amélie Brien
- Sidonie Defaye

Technicien supérieur hospitalier

24 mars 2010

Domaine produit et exploitation informatique

- Pierre Drouet

Domaines mécanique et automatisme industriel

- Thomas Scalabre

Domaine radioprotection

- Nathanaël Gombert

Mouvement du personnel médical

Retraite

1^{er} avril 2010

- Dr Jean-Léon Pascaud, radiologie

Promotions

Sage-femme cadre

1^{er} juillet 2010

- Valérie Gagneraud, école de sage-femme

Sage-femme classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Anabelle Marty, salle de naissance
- Stéphanie Parvaud, AMP

Infirmier anesthésiste diplômé d'état de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Sébastien Durand, salle de réveil
- Myriam Vion, anesthésiologie

Puéricultrice diplômée d'état de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Sandrine Marinault, réanimation

néonatale

- Sonia Marionneau, réanimation néonatale
- Hélène Nomme, hémato-onco pédiatrie
- Stéphanie Versavaud, détachée

Puéricultrice diplômée d'état

4 janvier 2010

- Aube Berger, chirurgie pédiatrique
- Audrey Savignac, réanimation néonatale
- 8 mars 2010
- Séverine Pernin, réanimation néonatale

Technicien de laboratoire de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Chantal Duroux, laboratoire hématologie
- Pierre Innocenti, toxicologie-biologie, médecine légale
- Pierre Pignolet, biochimie clinique
- Danielle Roussy, laboratoire hématologie

Manipulateur d'électroradiologie médicale diplômé d'état de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Cécile Bordenave, IRM
- Gwenaelle Rouaud, radiologie

Infirmier diplômé d'état de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Catherine Boyer, oncologie médicale
- Sandrine Guillot, chirurgie viscérale
- Géraldine Lagrange, néphrologie
- Sandrine Prevot, CTCV
- Marie-Claire Fontenit, explorations fonctionnelles neurologiques
- Sylvie Aumaitre, salles de réveil HME
- Mireille Guillon, EMSP
- Marie-Christine Do Esperito Santo, gynécologie obstétrique
- Xavier Bouchon, USLD Chastaingt
- Sabine Chaput, HAD
- Zahra Nouhaud, orthopédie traumatologie
- Josiane Angleraud, médecine de suite d'aigu
- Jean-Luc Pouyadon, USLD Chastaingt
- Dominique David, bloc chirurgie pédiatrique
- Véronique Pors, médecine physique et réadaptation
- Chantal Tharet, oncologie

médicale

- Brigitte Traumat, dermatologie
- Marie-Pierre Raynaud, hémodialyse
- Liliane Corbel, orthopédie traumatologie
- Bruno Delhomme, chirurgie viscérale
- Eliane Brajeul, détachée
- Sophie Bourdin, AMP
- Dominique Viau-Filippi, hématologie clinique
- Muriel Jouanny, médecine de suite d'aigu
- Sandrine Barriere, oncologie médicale
- Patricia Besse, chirurgie urologique
- Nathalie Borderie, SSRG Rebeyrol
- Katia Girardye, orthopédie traumatologie
- Catherine Jude, HAD
- Delphine Kirchhoffer, hépato-gastro-entérologie
- Annie Mondary, pathologie respiratoire
- Aude Haussener, médecine interne B
- Martine Boulesteix, rééducation neuro-vasculaire
- Catherine Brunaud, hépato-gastro-entérologie
- Pascal Pironneau, oncologie médicale
- Sylvie Thomas, dermatologie
- Christophe Laban, maladies infectieuses

Préparateur en pharmacie de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Sébastien Ranty, pharmacie centrale

Masseur kinésithérapeute diplômé d'état de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Véronique Faure, USLD Chastaingt
- Fabrice Jacquet, plateau technique médecine physique et réadaptation
- Philippe Faurel, plateau technique SSRG Rebeyrol
- Marie-France Bazzo, USLD Chastaingt

Educateur de jeunes enfants de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Isabelle Bescos, pédiatrie nourrissons

Aide-soignant de classe exceptionnelle

1^{er} juillet 2010

- Sylvie Migan, médecine interne B
- Christiane Coudert, CTCV
- Odile Lasserre, chirurgie viscérale
- Evelyne Longequeue, médecine interne B
- Jacqueline Nouhaud, SSRG Rebeyrol
- Françoise Reix, EHPAD soins Rebeyrol
- Brigitte Simonneau, EHPAD Chastaingt
- Sylvie Francois, réanimation polyvalente
- Marie-Christine Faucher, oncologie médicale
- Viviane Gorce, polyclinique
- Michelle Pioffret, MPR
- Mireille Grandcoin, obstétrique
- Loïc Piveteau, MPR
- Nicole Roudier, médecine interne B
- Bernard Berthaud, bloc gynécologie

Aide-soignant de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Emmanuelle Planas-Boijoux, promotion professionnelle
- Bernadette Roux, hépato-gastro-entérologie
- Karine Joyeux, hémato-onco-pédiatrie
- Béatrice Bregeon, USLD Chastaingt
- Brigitte Boulestin, hépato-gastro-entérologie
- Jean-François Fayemendy, urgences
- Christelle Fetter, hématologie clinique
- Dominique Fontaine, médecine physique et réadaptation
- Isabelle Chevalier, urgences
- Muriel Chavagne, CTCV
- Christian Granet, urgences
- Didier Cherrier, USLD Chastaingt
- Marie-Ange Bacle, neurochirurgie
- Marie-Christine Boulegue, ophtalmologie
- Marie-Christine Conte, EHPAD Chastaingt
- Josiane Pidoux, EHPAD Rebeyrol
- Sophie Detosse, hémato-onco-pédiatrie
- Krystyna Le Bleis, médecine physique et réadaptation
- Marlène Negraud, gynécologie
- Carmen Montrichard, néphrologie
- Nathalie Detilleul, orthopédie traumatologie
- Fabrice Alamome, coordination générale des soins
- Marie-Christine Barbier, EHPAD Chastaingt

- Jean-Michel Château, ophtalmologie
- Chantal Marsaudon, neurologie
- Didier Rondet, ressources communes HME
- Alain Kervian, orthopédie traumatologie
- Karine Labregere, grossesses pathologiques
- Bernadette Pralus, EHPAD Rebeyrol
- Janine Huzer, USLD soins Rebeyrol
- Nadine Gabiache, médecine gériatrique
- Patricia Coussit, orthopédie traumatologie
- Claudine Chollet, USLD Rebeyrol
- Michel Arnaud, ophtalmologie

Aide de pharmacie de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Ludovic Luneau, pharmacie à usage intérieur

Ingénieur hospitalier principal

1^{er} juillet 2010

- Laurent Boulesteix, achats, logistiques et biomédical
- Pierre Guizier, biomédical

Technicien supérieur hospitalier chef

1^{er} juillet 2010

- Christophe Bouyssou, sécurité Dupuytren

Technicien supérieur hospitalier principal

1^{er} juillet 2010

- Patrick Chabrol, magasins HUD
- Alain Clamadieu, biomédical
- William July, génie civil
- Michel Mouret, DSI exploitation réseaux
- Pascal Peyronnet, Cuisine Chastaingt

Agent chef 1^{ère} catégorie

1^{er} juillet 2010

- Laurent Lupin, maintenance bâtiment agencement intérieur

Agent de maîtrise principal

1^{er} juillet 2010

- Thierry Frugier, entretien HME

Maître-ouvrier principal

1^{er} juillet 2010

- Didier Brejaude, syndicats
- Alain Lavergne, maintenance installation électrique
- Maryse Goudour, achats
- Bruno Grotti, cuisine Rebeyrol
- Alain Herben, cuisine Dupuytren

- Pierre Moulinard, EHPAD sécurité

Maître-ouvrier

1^{er} juillet 2010

- Félicien Popotte, cuisine Rebeyrol
- Benoîte Cariat, cuisine Dupuytren
- Philippe Rosinet, transport sanitaire
- Jean-Luc Javelaud, service intérieur Dupuytren
- Gérard Chapelot, service intérieur Dupuytren
- Hélène Malabard, vagemestre
- Huguette Nicaise, blanchisserie
- Richard Gauthier, blanchisserie
- Olivier Massaloux, blanchisserie
- Franck Lego, transport logistique
- Claudine Celerier, entretien Chastaingt
- Paul Lafarge, entretien Dupuytren
- Gérard Dutheil, magasins Dupuytren
- Stéphane Tortet, maintenance parc automobile
- Laurent Riffaud, maintenance bâtiment agencement intérieur
- Laurent Lachaise, maintenance fluides médicaux
- Sébastien Celle, maintenance équipement plomberie
- Eric Michel, maintenance télécommunication
- François Jubertie, maintenance télécommunication
- Delphine Boulesteix, sécurité Dupuytren
- Stéphane Goudard, sécurité HME
- Marie-José Laurent, restaurant du personnel

Ouvrier professionnel qualifié

1^{er} juillet 2010

- Nicole Mercier, pool de brancardage
- Françoise Ageorges, crèche

Conducteur ambulancier hors catégorie

1^{er} juillet 2010

- Michel Frugier, SMUR terrestre

Conducteur ambulancier 1^{ère} catégorie

1^{er} juillet 2010

- Jean-Claude Maugis, transport sanitaire

Attachée d'administration hospitalière principale

1^{er} juillet 2010

- Danielle Gaillard, cellule administrative investissement fonctions supports

Adjoint des cadres hospitaliers de classe exceptionnelle

1^{er} juillet 2010

- Dominique Nourrin, chirurgie digestive

Adjoint des cadres de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Anne-Marie Carité, ressources humaines non médicales

Secrétaire médicale de classe exceptionnelle

1^{er} juillet 2010

- Jeannine Verger, néphrologie
- Annie Pages, explorations fonctionnelles physiologiques

Secrétaire médicale de classe supérieure

1^{er} juillet 2010

- Nadine Sabourdy, anatomie pathologie générale
- Nathalie Iglesias, scanner
- Florence Bayle, urgences réanimation

Adjoint des cadres hospitaliers de classe normale

1^{er} juillet 2010

- Sylviane Guillou, recherche et innovation

Secrétaire médicale de classe normale

1^{er} juillet 2010

- Sylvie Poïfol, radiologie
- Valérie Cœur Soulat, radiologie
- Dominique Dufour, IFSI
- Valérie Ricard, pharmacologie

Adjoint administratif hospitalier principal 2^{ème} classe

1^{er} juillet 2010

- Christine Sillonnet, ressources humaines médicales
- Jeannine Desbordes, ressources humaines non médicales
- Paulette Aladenyse, ressources humaines non médicales
- Marie-Christine Reix, achats

Adjoint administratif hospitalier 1^{ère} classe

1^{er} juillet 2010

- Martine Jouhannet, standard
- Serge Burtin, standard
- Catherine Concaud, standard
- Brigitte Valade, standard
- Corinne Licari-Tourney, standard
- Christine Jadaud, administration Rebeyrol

Carnet

Mariages

janvier 2010

09 : Delphine Chainier, technicien de laboratoire, bactériologie avec Grégory Boukera, technicien de labo, tumorotheque

février 2010

06 : Martine Da Conceicao Dias, aide-soignante, rhumatologie avec Chabane Bellat

mars 2010

13 : Sabrina Auchatraire, IDE, cardiologie avec Boubacar Diallo
13 : Marilyn Brancart, aide-soignante, USLD Rebeyrol, avec Kami Rahmani, aide-soignant, urgences

avril 2010

10 : Marie-Chantal Chassaing, adjoint administratif, pôle activité, finances et contractualisation avec François Tailleur, agent chef, pôle investissement et fonctions supports

Naissances

avril 2009

17 : Julie de Sylvie Balabaud, IDE, EHPAD Chastaingt

août 2009

09 : Timéo Descharles de Céline Labonne, puéricultrice, hémat-onco pédiatrique

novembre 2009

01 : Garance de Elodie Fouquart, aide-soignante, SSRG Rebeyrol
01 : Axel de Catherine Richard, IDE, USLD Rebeyrol
17 : Léo de Blandine Reymondiere, aide-soignante, EHPAD Chastaingt
29 : Paola de Catherine Boislaigue, aide-soignante, radiologie

décembre 2009

21 : Emmy de Rachel Bougaut, ASHQ, bloc opératoire central
22 : Florian de Carole Rolin, adjoint administratif, pharmacie

janvier 2010

04 : Lilou de Angélique Bazin, adjoint administratif, administration Rebeyrol
13 : Maxence de Sébastien Jambart, aide-soignant, SHS neurochirurgie

13 : Erwan de Sandrine Chatard, secrétaire médicale, médecine interne A
19 : Mathias de Séverine Gaulard, psychomotricienne, USLD Rebeyrol
20 : Salomé de Julie Russeil, sage-femme, salles de naissances
21 : Luca de Marlène Colombier, aide-soignante, urgences
21 : Julia de Christine Beloungne, adjoint administratif, sénologie
21 : Lilian de Anne-Lise Paradox, aide-soignante, URSG Rebeyrol V80
30 : Matis de Mylène Montels, IDE, SSRG Rebeyrol V80
30 : Lohan de Christine Rault, IDE, chirurgie viscérale aile B
31 : Thomas de Agnès Vignaud, IDE, réanimation polyvalente

février 2010

01 : Margaux de Séverine Mezeguer, puéricultrice, néonatalogie
01 : Sacha de Sabrina Villard, aide-soignante, USLD Chastaingt
06 : Maxime de Christelle Regnat, manipulateur en électroradiologie, radiothérapie et de Guillaume Regnat, manipulateur en électroradiologie, IRM
08 : Chloé de Emilie Mandavy, aide-soignante, hépato-gastro-entérologie
09 : Eryn de Olivier Geoffrion, OPQ, pôle investissement et fonctions supports
10 : Lyà de Stéphanie Gritte, aide-soignante, CTCV et de Clément Raynaud, ASHQ, promotion professionnelle
10 : Anna de Lydie Jayat-Roth, IDE, CTCV
11 : Sara de Nathalie Coupet, aide-soignante, CTCV
11 : Thomas de Virginie Galesne, aide-soignante, HAD
11 : Tom de Julie Glandus, IDE, urgences pédiatrique HME
16 : Ana Estelle Joffe Castillo, IDE, néonatalogie
18 : Baptiste de Sophie Trarieux-Signol, ingénieur, hématologie clinique
19 : Louise de Aurélie Bonnaud, IDE, pathologie respiratoire
19 : Margot de Gaëlle Chanier, IDE, bloc gynécologique
19 : Ava de Nadège Calvo, technicien, bactériologie et de Sylvain Pradeau OPQ, sécurité Dupuytren
22 : Ethan de Méline Genet, aide-soignante, médecine de suite d'aigu
24 : Mathéo de Karine Mutel,

attachée d'administration, pilotage pôle AFC et de Fabrice Bernard OPQ, sécurité HME
24 : Sam de Mireille Lussat, aide-soignante, médecine physique
26 : Gabriel de Stéphanie Chanut, ASHQ, stérilisation
26 : Morgane de Nathalie Foulquier, technicien de laboratoire, toxico analytique environnementale santé travail
26 : Mathéo de Céline Gayot, aide-soignante, SSRG Rebeyrol
26 : Lola de Julie Tezard, IDE, HAD et de Joël Juis, IDE, endoscopie urologique
28 : Anaëlle de Marie-Pierre Boucounaud, aide-soignante, pédiatrie

mars 2010

03 : Oscar de Mathieu Saule, IDE, médecine interne A
04 : Eloïse de Corinne Veillon, IBODE, bloc gynécologique
05 : Telia de Annabelle Audevard, technicien de laboratoire, parasitologie mycologie
07 : Mattéo de Virginie Chapelot, ASHQ, EHPAD Chastaingt
07 : Camille de Murielle Deraed, adjoint administratif, service économique
12 : Lou de Bérengère Fouetilloux, aide-soignante, Rebeyrol V80 et de Thomas Manuch, agent d'entretien qualifié, transport sanitaire
13 : Emma de Angélique Debonnaire, sage-femme, gynécologie obstétrique
13 : Romain de Camille Quilici, IDE, bloc chirurgie pédiatrique
16 : Jeanne de Séverine Bachellerie, IDE, chirurgie pédiatrique
16 : Safâ de Fatiha Nouya, ASHQ, oncologie médicale
23 : Nathan et Mathéo de Valérie Barelaud, aide-soignante, USLD Chastaingt
23 : Romain de Carole Laroche IDE, urgence pédiatrique HME
24 : Robin de Sandra Lauriere, aide-soignante, réanimation polyvalente
24 : Priam de Stéphanie Buisson, technicien de laboratoire, anatomie pathologique et de Stéphane Desvilles, technicien de laboratoire, labo hématologie
25 : Bérénice de Jérémy Adam, technicien supérieur, affaires économiques
25 : Noémie de Valérie Desproges, IDE, SSRG Rebeyrol
27 : Erwan de Catherine Bely-Le

Sech, ASHQ, USLD Chastaingt
28 : Garance de Elodie Fouquart, aide-soignante, SSRG Rebeyrol
28 : Sovann de Vanny Chay, aide-soignante

avril 2010

03 : Nolan de Séverine Mariaud, puéricultrice, réanimation néonatale
04 : Aloïs de Aurélie Saumon, IDE, médecine physique et réadaptation
07 : Corentin de Jennifer Doudet, IDE, néonatalogie
08 : Maïa de Sophie Beaulieu, IDE, néonatalogie
09 : Elona de Magalie Destieux, aide-soignante, EHPAD Chastaingt
09 : Jordan de Jennifer Marcoux, aide-soignante, ortho-traumatologie
12 : Loïc de Robin Céline, IDE, réanimation polyvalente
13 : Romain de Camille Quilici, IDE, bloc chirurgie pédiatrique
22 : Martin de Violaine Ratinaud, IDE, dermatologie
22 : Théo de Aurore Fleuret, IDE, pathologie respiratoire
22 : Nora de Agnès Tigoulet, IDE, médecine interne B
25 : Mohamed de Driss Ben Ghalem, kinésithérapeute, oncologie médicale
25 : Valentin de Guylene Malroux, puéricultrice, néonatalogie
26 : Killian et Nolan de Myriam Dubois, adjoint administratif, ressources humaines
26 : Raphaël de Delphine Cluzan, technicien de laboratoire, immuno cellulaire et transplantation
28 : Clara de Michel Denizou, aide-soignante, promotion professionnelle
29 : Candice de Nathalie Courtois, adjoint administratif, consultations externes

avril 2010

06 : Nora de Emilie Voudon, aide-soignante, hémodialyse
06 : Lèxane de Sabrina Plas, aide-soignante, EHPAD Chastaingt
08 : Manon de Christelle Aubrun, IDE, hépato-gastro-entérologie
09 : Emma de Florence Schwartz, IDE, chirurgie viscérale
19 : Noémie de Violette Bourdolle, aide-soignante, SSIAD

Retraites

• Françoise Benoist-Busnel, IDE, chirurgie digestive

• Huguette Bilbeau, attachée d'administration, direction générale
• Yvette Boutet, aide-soignante, neurochirurgie
• Martine Carriat, technicien de laboratoire, biochimie clinique
• Bernadette Ceyrat, aide-soignante, crèche collective
• Michel Chalard, maître ouvrier, fluides médicaux
• Joëlle Coucaud, aide-soignante, hépato-gastro-entérologie
• Georgette Cousinard, aide-soignante, neurologie
• Michel Cremoux, aide-soignant, dermatologie
• Annette de Oliveira, aide-soignante, bloc opératoire
• Marie-Françoise Desserre, secrétaire médicale, chirurgie digestive
• Christiane Gauffier, infirmier anesthésiste, anesthésiologie
• Christiane Gery, aide-soignante, médecine interne A
• Madeleine Guillet, adjoint administratif, facturation Dupuytren
• Patrick Hilaire, ASHQ, USLD Chastaingt
• Pierrette Le Sech, attachée d'administration, direction générale
• Claire Machet, IDE cadre supérieur de santé, coordination générale des soins
• Colette Merigaud, technicien de laboratoire, anatomie pathologie
• Nelly Paillot, IDE, oncologie médicale
• Monique Pepion, IDE cadre de sante, oncologie médicale
• Françoise Plas, IDE, orthopédie traumatologie
• Marie-Michèle Renon, OPQ, blanchisserie
• Joëlle Ribelles, IDE, cardiologie
• Martine Sadry, IDE, centre de référence hémophilie enfant

Décès

avril 2010

30 : Christelle Michelet, OPQ, blanchisserie

Si vous ne souhaitez pas voir votre nom mentionné dans la rubrique « ressources humaines », vous pouvez le signaler au CGOS, poste 56006 (pour les mariages et naissances) ou au secrétariat du département recrutement-carrière de la direction des ressources humaines, poste 50987 (pour les autres rubriques).



1^{er} prix
Florence Sauveron



3^{ème} prix
Béatrice Cathelineau



2^{ème} prix
Pauline Belmonte

Concours photo

