



Edito →



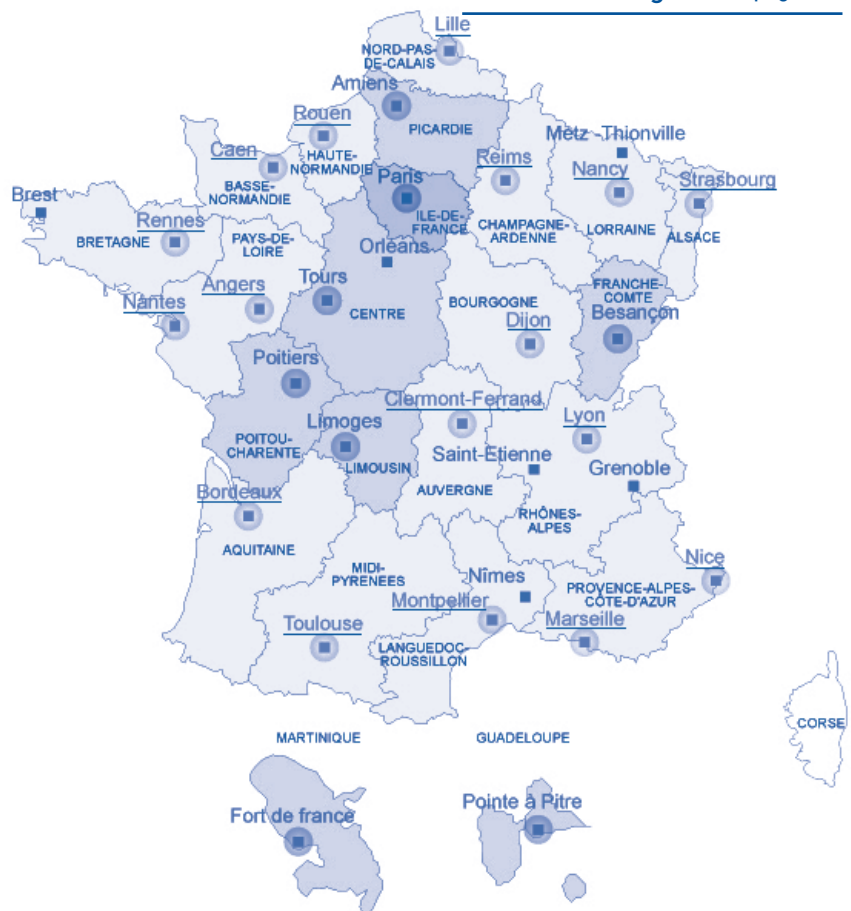
Les CHRU contre le cancer

Les CHRU donnent une impulsion déterminante au plan anti-cancer en conduisant sur le terrain des actions exemplaires et des alliances nouvelles : signature de l'accord cadre associant CHU et CRLCC, constitution de cancéropôles, création de l'Institut de Cancérologie Angevin, ouverture prochaine de l'Institut de Cancérologie de la Loire, présentation du futur pôle régional Poitou-Charentes, acquisition par le CHU de Lille du second Gamma Unit de France, partage entre quatre CHU du Nord de la France de la toute dernière innovation technologique pour le traitement du cancer de la prostate : l'Ablatherm, inauguration d'une nouvelle unité de thérapie cellulaire et génique au CHU de Montpellier, d'un centre de sénologie au CHR d'Orléans et de l'institut de radiothérapie de hautes énergies à l'hôpital Avicenne, expérimentation d'une consultation d'annonce d'un cancer au CHU de Rouen, nouvelles stratégies de recherche au CHU de Nice... Engagements qui témoignent de la mobilisation des CHRU dans la lutte contre le cancer et de leur volonté de fédérer leurs efforts avec l'ensemble des partenaires hospitaliers, universitaires, les organismes de recherche et les acteurs associatifs et territoriaux.

Marie-Georges Fayn
Directrice de la publication
Domaine de Bellevue
36290 Saint-Michel-Brenne
Tél : 02.54.38.06.59
Fax : 02.54.38.19.82
Mel : resochu@club-internet.fr
www.reseau-chu.org



les regroupements de coopération sanitaire de cancérologie (voir page 3)



- 15 régions disposeront de groupements de coopération sanitaire de cancérologie – les 17 villes où sont implantés un CRLCC et un CHRU sont soulignées.
- l'île de France bénéficiera d'un schéma spécifique.
- Dans 5 régions et dans 2 départements d'outre-mer, les CHRU deviennent les pôles régionaux de cancérologie du fait de l'absence de CRLCC.

Comité de rédaction

Président

Guy Vallet, Directeur Général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

Membres

Anne Boiteux, directeur des rédactions internes des revues Masson
Nicolas Brun, Chargé de mission à l'Union Nationale des Associations Familiales
Dr Stefan Darmoni, Webmaster du CHU de Rouen
Alain Hériaud, Directeur Général du CHU de Bordeaux
Hélène Quancard Miel, Déléguée à la Communication du CHU de Bordeaux
Marie-Claude Sudre, Déléguée à la Communication du CHU de Toulouse.



Conférence des Directeurs Généraux de CHRU

3

Unis contre le cancer

→ Société

Information santé

HTV, pour faire vivre le devoir d'information
Matinées médicales
Pédagogie et humour contre les incivilités aux urgences
Télé TAM TAM - tu fais ta télé à l'hôpital

p. 4 - 5

Nancy
Paris
Rouen
Toulouse

Personnes handicapées

Le CHU partenaire du site pour la vie autonomie

p. 6

Caen

Histoire des CHRU

800 ans au service de la vie
Les 20 ans d'un CHU particulièrement dynamique

p. 6 - 7

Dijon
Fort-de-France

→ Médecine et progrès

Innovation

Intervenir sur le cerveau d'un patient éveillé
1^{er} centre de formation NIDCAP francophone
Stimulation cérébrale profonde à haute fréquence

p. 8 - 9

Bordeaux
Brest
Grenoble

Recherche

Du nouveau dans la recherche sur les artères de résistance
Progéria : l'AP-HM précurseur
Nouvelle unité de thérapie cellulaire et génique
Le CHU, acteur clé de la recherche médicale en Lorraine

p. 9 - 11

Angers
Marseille
Montpellier
Nancy

Cancer

Gros plan sur le cancéropôle Nord-Ouest
L'Institut Angevin du Cancer
Inauguration du 2^{ème} Gamma Unit de France
Détruire les métastases du cancer du colon
Un centre pour les maladies du sein
Pour mieux traiter le cancer
Pôle régional de cancérologie : le projet prend forme
Annonce d'un cancer à un patient
Un Ablatherm partagé dans le nord de la France

p. 11 - 16

Amiens
Angers
Lille
Nice
Orléans
Paris
Poitiers
Rouen
Amiens

Maladie d'Alzheimer

Méotis, le réseau régional de la mémoire Nord-Pas-de-Calais
Un institut pour lutter contre le vieillissement

p. 16 - 17

Lille
Nice

Chronique médicale

L'Unité de neuromyologie du CHU fête ses 10 ans
Un centre de pointe pour le cathétérisme cardiaque pédiatrique

p. 17 - 20

Fort-de-France
Marseille

La greffe rénale enfin possible aux Antilles-Guyane
Alimentation, image du corps et psychiatrie
L'espace naissance
La capsule vidéo-endoscopique

Pointe-à-Pitre
Saint-Etienne
Strasbourg
Toulouse

Prévention

Surdité : 8 000 nouveau-nés dépistés en Champagne-Ardenne
La Radioprotection s'expose en interne

p. 21 - 22

Reims
Caen

Qualité

Descente d'organes :
diffusion sécurisée de l'innovation
Service d'hématologie, 1^{er} service accrédité " JACIE " en France
Des bâtiments neufs pour une psychiatrie moderne

p. 22 - 23

Clermont-Ferrand
Lyon
Saint-Etienne

Réseaux

NTIC et réseaux de soins : les premières réalisations du CHU
Un réseau pour les insuffisants cardiaques

p. 23 - 24

Grenoble
Poitiers

→ Management

Nouvel hôpital

Naissance du Nouvel Hôpital Mère et Enfant
Suivi rigoureux du plus gros chantier hospitalier de France

p. 25

Nantes
Strasbourg

Nouvelles structures

Création de l'institut du Thorax

p. 25 - 26

Nantes

Restructurations

Restructuration de Gabriel Montpied

p. 26

Clermont-Ferrand

Réforme de la gouvernance

Le défi de la modernité
Pôle médico-administratif des Systèmes d'information et de pilotage

p. 26 - 28

Pointe-à-Pitre
Rennes

Dossier patient

Im@ges.net, le CHU opte pour le 0 film

p. 28 - 29

Montpellier

Ressources humaines

Le e-learning emporte l'adhésion du personnel

p. 29

Lyon

Qualité-Accréditation

Vous soigner et plus encore
Le CHU accrédité
Le CHU accrédité

p. 29 - 31

Bordeaux
Dijon
Rennes

International

Le CHU, phare hospitalier

p. 31

Brest



Unis contre le cancer

Le 2 septembre 2004, la signature de l'accord cadre relatif à la constitution des Groupements de coopération sanitaire (GCS) ouvre une ère nouvelle de coopération entre Hôpitaux universitaires (CHRU) et Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC). Alliances que le Président de la République avait appelées de ses vœux lors de la présentation du " Plan contre le cancer ", le 24 mars 2002.

Les " cloisonnements artificiels " laissent place à une organisation collective dont les maîtres mots sont : projet médical commun, dossier médical communiquant, harmonisation des pratiques, optimisation du plateau technique et des équipements, mutualisation de la formation et de la recherche. Un atout pour le patient à qui le groupement de coopération sanitaire garantit la même qualité des soins, quelle que soit sa porte d'entrée dans le système de soins. Ces groupements constitueront les noyaux durs des nouveaux pôles de référence et de recours régionaux en cancérologie.

Parité dans les instances de gouvernance

A la tête du groupement : une Assemblée générale où siègent à parité les représentants des deux partenaires institutionnels. Le groupement peut assurer la gestion directe de moyens ou d'activités par le biais d'un Conseil de gestion spécifique. La représentation des membres au sein de ce conseil est proportionnelle à leur apport.

15 régions concernées

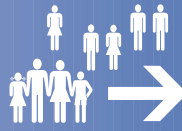
Les CRLCC et CHRU vont créer 17 groupements de coopération sanitaire de cancérologie dans 15 régions. Sont concernés les CRLCC et CHRU d'Angers, de Bordeaux, de Caen, de Clermont-Ferrand, de Dijon, de Lille, de Lyon, de Marseille, de Montpellier, de Nancy, de Nantes, de Nice, de Reims, de Rennes, de Rouen, de Strasbourg, de Toulouse. Deux régions disposeront de deux groupements de coopération sanitaire de cancérologie : les Pays-de-la-Loire avec Angers et Nantes et la Provence-Alpes-Côte-d'Azur avec Marseille et Nice.

Les CHU de Brest, de Nîmes, de Saint-Etienne et de Grenoble, qui constituent un bassin hospitalo-universitaire, créeront un pôle de cancérologie et les CHR de Metz-Thionville et d'Orléans seront associés aux pôles de cancérologie de leurs régions.

En Ile-de-France, un schéma spécifique est mis en place pour coordonner les 3 Centres de lutte contre le cancer (Institut Curie - Paris, Institut Gustave-Roussy - Villejuif, Centre René-Huguenin - Saint-Cloud) et l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris qui regroupe 42 établissements universitaires.

Dans les territoires de santé où il existe un CHRU mais pas de CRLCC, le CHRU constitue de fait le socle du pôle régional de référence. Sont concernés 7 CHRU : Amiens, Besançon, Limoges, Poitiers, Tours et pour les départements d'Outre-Mer : Fort-de-France et Pointe-à-Pitre.

L'accord cadre associant CHRU et CRLCC a été signé par Monsieur le professeur Jean Faivre, président de la Fédération nationale de cancérologie des centres hospitaliers régionaux et universitaires (FNCHRU) et Monsieur le professeur Thomas Tursz, président de la Fédération nationale des centres régionaux de lutte contre le cancer (FNCLCC), sous la présidence de Monsieur Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et en présence de Monsieur Evin, président de la Fédération hospitalière de France, de Monsieur Castel, président de la Conférence des directeurs généraux de CHRU, de Monsieur le professeur Fuentes, président de la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de CHRU, de Monsieur le professeur Charpentier, président de la Conférence des doyens de faculté de médecine, de Monsieur le professeur Maraninchi, past-président de la FNCLCC, de Monsieur le Professeur Philip, président délégué à l'Europe pour la FNCLCC, de Monsieur Maigne, délégué général de la FNCLCC et des membres du Bureau fédéral, de Messieurs les professeurs Daly-Schweitzer, Bey, Leclercq et Dauplat ou de leurs représentants.



Information santé [p. 4- 5]

HTV, le devoir d'information **Nancy**
 Matinées médicales **Paris**
 Pédagogie et humour contre
 les incivilités aux urgences **Rouen**
 Télé TAM TAM **Toulouse**

Personnes handicapées [p. 6]

Le CHU partenaire du site
 pour la vie autonomie **Caen**

Histoire des CHRU [p. 6 - 7]

800 ans au service de la vie **Dijon**
 Les 20 ans d'un CHU particulièrement
 dynamique **Fort-de-France**

Information santé

Nancy

HTV : Pour faire vivre le devoir d'information

Une nouvelle chaîne d'information, née du mariage d'internet et de la télévision offre le support qui faisait jusqu'alors défaut : modulable, simple, facilement actualisé et peu coûteux. Obligation légale, la diffusion d'une information validée et adaptée au patient est le casse-tête des médecins, des équipes de soins et bien sûr... des services de communication. Difficile également pour l'hôpital d'évaluer en temps réel la satisfaction des patients ou de remplir ses missions de santé publique de prévention et d'éducation à grande échelle sans le support multimédia. Impossible enfin de respecter les recommandations de l'ANAES qui, par exemple, encourage la traduction du livret d'accueil dans la langue du patient, sans un média souple et interactif.

Au programme : présentation personnalisée de l'hôpital, guide des examens médicaux, infos pratiques, conseils de prévention et d'éducation du patient.

Genèse d'une innovation

Côté technique : des outils de production simples et peu coûteux

Le moteur appelé - HBOX mis au point et adapté à l'hôpital par la société CUBE systèmes - se présente comme un ordinateur doté de logiciels de supervision et de diffusion. L'administration des contenus se fait par internet et intranet, depuis n'importe quel PC. Avec le soutien de l'ANVAR, CUBE systèmes a développé d'autres logiciels pour permettre une utilisation souple et facile de l'image et du film : Réseau ADSL + Télévision = Hôpital télévision (ADSL+TV = HTV).

Côté contenu : des informations propres à l'établissement alternent avec des émissions génériques

A l'hôpital, l'information existe mais elle est plutôt délivrée sous forme de livret, plaquette voire en réunion que sous forme multimédia. Pourtant la plupart des hôpitaux sont équipés de réseaux internes mais ceux-ci sont sous-exploités. Rares en effet sont les établissements qui proposent des contenus attrayants sur leur réseau interne de TV... Le film institutionnel n'a plus la cote et de toute manière est loin de ce qu'attendent les patients.

Selon Bertrand Demangeon, directeur du service communication du CHU de Nancy " l'information fait partie intégrante de la qualité des soins. Or 80 % des informations attendues par les patients n'ont rien de spécifique. Expliquer ce qu'est un Pet Scan, le taux d'hématocrite ou un sucre lent, est identique à Bordeaux, Nevers ou Forbach... Mais comment reconnaître le personnel à la couleur de sa tenue, comment lire sa facture, où acheter le journal, comment prendre contact avec la commission de conciliation sont des informations qui varient dans chaque établissement... "

Les applications au CHU de Nancy

A Nancy, les patients apprécient les premiers développements sur les écrans et les bornes interactives du CHU :

- Une chaîne enfant,
- Une chaîne adultes, distribuée sur deux sites différents.
- Une chaîne pour l'unité de soins de longue durée,
- Une chaîne et des outils interactifs pour le SAU (service d'accueil et d'urgence),
- La TV est couplée à deux bornes d'enquête qui analysent en direct les paramètres de satisfaction.

Dans deux ans, l'interactivité à portée de télécommande

Mais l'avenir attendu est la personnalisation extrême, et l'interactivité. Avec la Télévision interactive sous protocole Internet (IPTV), chaque patient pourra choisir le programme qu'il souhaite, quand il le souhaite. Par exemple sélectionner "Qu'est-ce qu'une IRM..." juste avant d'en passer une. Chaque patient verra donc une chaîne unique : la sienne. Enfin, l'IPTV rendra l'hôpital plus accessible aux personnes handicapées et notamment aux personnes malentendantes grâce à un traducteur virtuel automatique, couplé à un programme d'intelligence artificielle, dont le développement est presque achevé.

Paris

Matinées médicales de l'APHP

Initiées en avril 2004, les matinées de l'AP-HP réunissent professionnels de la santé et journalistes autour d'un sujet médical d'actualité. "

L'objectif de ces entretiens est d'éclairer un univers souvent obscur aux yeux des citoyens explique Rose-Marie Van-Lerberghe, Directrice Générale pour qui la santé ne peut plus se traiter indépendamment du devoir d'informer. Dans une démocratie qui place la notion de service public au coeur de son action, il importe que chacun soit en mesure de comprendre l'organisation de l'action sanitaire ; or le jugement porté sur le système de santé résulte en grande partie des informations reçues. Aussi, pour conforter la confiance que les patients accordent à l'hôpital, l'institution doit se rendre plus transparente.

" Trop souvent les patients ne comprennent pas les cloisonnements qui régissent les services hospitaliers et le monde médical en général. " Le rôle des médias est alors primordial. En tant que relais d'information, il leur revient de clarifier ce qui risque, par ignorance ou par incompréhension, de devenir source d'angoisse.

Les matinées médicales s'inscrivent dans une démarche d'ouverture et de pédagogie. Il s'agit de mieux informer le public, de rendre accessibles, et lisibles, l'action de l'hôpital, ses progrès et ses efforts pour répondre à la demande légitime des usagers en matière de sécurité, d'efficacité, de respect et d'information. Différents sujets ont déjà été abordés : de l'anesthésie d'hier à celle de demain, urgences quotidiennes et risques exceptionnels, la gériatrie: une conception moderne du soin, les pathologies hivernales chez l'enfant. Prochain rendez-vous le 25 novembre 2004 : la médecine du sport

Ces entretiens sont suivis par les journalistes de la presse écrite grand public, médicale et spécialisés, de la télévision et de la radio.

Rouen

Pédagogie et humour contre les incivilités aux urgences

Aux urgences, le manque d'information ou la mauvaise compréhension sont souvent à l'origine de mécontentements, de tensions risquant dégénérer en incivilités ou pire en violences. Pour lutter contre ces agressions quotidiennes qui rendent le travail aux urgences de nuit particulièrement éprouvant, **le CHU de Rouen mise sur la pédagogie et l'humour. Il a produit un film-reportage de 20 minutes " Urgences de nuit "** afin de faire partager aux téléspectateurs le difficile travail des personnels soignants et médicaux. 3 scènes "d'agression" verbales sont jouées par des comédiens professionnels et des soignants. Cette initiative semble répondre aux attentes des usagers en matière d'information : diffusé en boucle dans la salle d'attente des Urgences adultes depuis le 15 août dernier, le film a été bien accueilli par le public qui peut, sans difficulté, s'identifier aux personnages irritants et coléreux.

Une initiative saluée par les professionnels de la santé

Réalisé grâce aux subventions obtenues dans le cadre du Protocole Aubry ,"

Urgences la nuit " vient de recevoir le 1^{er} Prix du Festival international du film et du multimédia médical FILMED, catégorie "Médecine d'urgence" qui s'est déroulé le 17 septembre 2004 à Amiens. FILMED, organisé pour la neuvième année par la Faculté de Médecine d'Amiens a regroupé 133 productions dans 22 catégories différentes.

Toulouse

Télé TAM TAM : Tu fais ta télé à l'hôpital

Pour rompre l'isolement des enfants hospitalisés, le CHU de Toulouse lance la Chaîne " Télé TAM-TAM ". Conçue par et pour les jeunes malades de moins de 15 ans la nouvelle chaîne jeunesse s'adresse également à leurs familles. Au programme des émissions évasion : loisirs, lecture, cinéma, musique commentée par les enfants, gros plan sur la passion de l'un d'entre eux, des séquences artistiques avec le Musée d'Art Moderne de Toulouse mises à la portée du jeune public mais aussi des informations sur les animations hebdomadaires proposées par le CHU, présentation d'une association intervenant dans l'établissement et enfin QUEZACO : mes questions sur la santé où alternent les explications des prises en charge et les conseils de prévention : Je vais me faire opérer. Comment ça se passe ? A quoi ça sert de faire du sport ? Manger équilibré, qu'est-ce que ça veut dire ? Le tabac, pourquoi c'est mauvais pour la santé ? Pour les enfants présentant une pathologie chronique et donc appelés à séjourner régulièrement à l'hôpital, cette chaîne sera vécue comme un repère sympathique. L'acteur Marc Lavoine parraine cette initiative.

" Chaque enfant hospitalisé doit avoir le sentiment que les programmes de la chaîne " Télé TAM-TAM " ont été conçus spécifiquement à son attention et qu'il peut prendre une part active, s'il le désire, à leur réalisation. Les programmes de la chaîne auront pour but de favoriser le rêve, l'évasion, le dépaysement et éviteront de revenir systématiquement à la santé ou à la maladie. Avec cet outil vivant au contenu renouvelable à l'infini, l'Hôpital des Enfants souhaite donner la parole à ses jeunes patients, leur offrir un nouveau moyen de dialogue et d'expression pour rompre leur isolement ". (extrait de la charte de Télé TAM-TAM)

Pour que l'hospitalisation ne soit plus synonyme de solitude et d'ennui, pour

que les enfants hospitalisés puissent communiquer entre eux, se distraire et s'informer d'une manière ludique sur la vie quotidienne de leur hôpital, les personnels de l'Hôpital des Enfants ont porté ce projet durant quatre ans.

Les partenaires

le CHU, la Mairie de Toulouse et l'Association Hôpital Sourire, ont recueilli les 161 578 euros nécessaires pour doter l'Hôpital d'équipements audiovisuels adaptés, auprès de nombreux donateurs :

Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, pièces jaunes soleil : 76 224 euros, l'Association " Hôpital Sourire " et de ses partenaires : Banque Populaire, ACB, Leclerc, Décathlon, McDonald's, la Dépêche du Midi, TLT, Parc des Expositions, Chauvin Expo, Reprecolor : 55 180 euros, l'Association " Le Printemps du Rire " : 30 174 euros,

Le fonctionnement de Télé TAM-TAM

Un comité éditorial est chargé de la programmation de la chaîne (médecins, éducateurs, infirmières enseignants...). Un agent hospitalier formé aux techniques audiovisuelles assure les captations et le fonctionnement global de la chaîne. Des bénévoles interviennent aux côtés des personnels de pédiatrie pour aider à la mise en place des programmes. La Ville de Toulouse qui, par l'intermédiaire de son Service des Techniques de Communication apporte une assistance technique à la réalisation et à l'animation de programmes destinés à être diffusés sur le canal de " Télé Tam-Tam ". Cette aide estimée à 25 000 € environ par an comprend :

La réalisation de reportages d'une durée approximative de 2 minutes autour d'événements (visite d'artistes, spectacles, reportages lors de voyages des enfants ...).

L'organisation, l'encadrement et l'animation d'ateliers audiovisuels mis en place par l'Hôpital des Enfants, à raison d'environ 4 séquences par an (écriture de scénario, prise de vues, montage ...) Enfin, la ville prête gratuitement des productions audiovisuelles susceptibles d'intéresser ce jeune public et a réalisé le film générique d'ouverture d'antenne de " Télé TAM-TAM ". A ces prestations s'ajoute le soutien de nombreux partenaires tels que journalistes, écoles, industriels, producteurs d'émissions...

Personnes handicapées

Caen

Le CHU partenaire du site pour la vie autonome

Depuis mars 2001, les personnes handicapées peuvent bénéficier des services du Site de Vie Autonome (SVA) de Caen. Fonctionnant selon le principe du " guichet unique ", le centre réunit des équipes labellisées chargées d'apprécier les aides techniques nécessaires en fonction du besoin de la personne : fauteuil, aménagements du logement... et d'en simplifier le financement. Maître d'œuvre, la DDASS s'appuie sur le service de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (Pr. F. Leroy) du CHU de Caen.

En pratique, les équipes labellisées sont composées de médecins, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et professionnels spécialisés qui réalisent une évaluation personnalisée des besoins, informent et conseillent sur le choix des matériels, aménagements et aides techniques, procèdent à des essais de matériels et à des démonstrations, s'assurent de leur bonne utilisation, élaborent les plans de financement et suivent la réalisation des travaux. La commission des financeurs saisie, il faut compter entre 15 et 30 jours pour une réponse.

Les partenaires du site

Le Site pour la Vie Autonome a établi des partenariats avec la CPAM, le Conseil Régional et le Département sur des fonds gérés par la Mutualité du Calvados.

Le dispositif des SVA est régi par une circulaire de juin 2001, dans l'attente d'une loi instaurant le droit à la compensation. Le bilan actuel fait état d'une suractivité des équipes d'évaluation et d'un manque d'équipes techniques pour certaines situations de handicap. À ce jour, 550 dossiers ont été traités pour un financement moyen de 2700 euros. Le Site pour la vie autonome doit évoluer pour s'articuler avec d'autres actions menées en faveur des handicapés notamment le Plan Handiscol (scolarisation des jeunes handicapés), le Centre Local d'Information et de Coordination, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et le futur Comité Consultatif Départemental des Personnes Handicapées.

D'après un article du

*Dr Jean-Yves Guincestre,
Vincent Kubler, Pr François Leroy*

Histoire des CHRU

Dijon

1204 – 2004 : 800 ans au service de la vie

Du 6 septembre au 3 octobre, le CHU de Dijon célèbre son VIII^e centenaire. Expositions, colloques et conférences ont rappelé la richesse patrimoniale, culturelle et humaine de l'institution hospitalière. De l'hôpital Saint Esprit au complexe futuriste du bocage central, le CHU retrace huit siècles d'évolution et d'adaptation.

L'hôpital de Dijon possède d'étonnantes vestiges de l'histoire de France et de la vie hospitalière : la chapelle Sainte Croix de Jérusalem édifiée en 1459, une somptueuse croix laissée en souvenir par la reine Christine de Suède lors de son passage à Dijon le 27 août 1656, un platane aussi dénommé arbre de la liberté et planté le 14 ventôse de l'an VI (le 4 mars 1798) devant l'hôpital général témoigne depuis plus de trois siècles de l'effervescence républicaine, des manuscrits enluminés retracent l'histoire de la création de l'établissement... Beaucoup d'autres objets et œuvres d'art du patrimoine sont à admirer à l'Hôtel Bouchu d'Esterno jusqu'au 3 octobre.

Edifié durant les Croisades, l'hôpital fut confié à l'ordre hospitalier du Saint Esprit. Il avait pour vocation première

l'éducation des enfants abandonnés ; mission qu'il remplit durant 6 siècles. Au XVI^e siècle, la municipalité assure l'administration de l'établissement. 1688 fut une grande date pour l'hôpital général de Dijon : dès lors on put attribuer un lit par malade au lieu d'un lit pour deux ! A partir de ce moment les transformations se succédèrent : nouvelles constructions, édification du pavillon d'isolement des diphtériques. 1899 vit la création du premier service de radiologie " des Hospices Civils de Dijon ". Les salles militaires furent fermées en 1945...

Créée en 1808 par décret impérial, l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon devint école nationale en 1956. Au début des années 60, l'établissement bourguignon s'unit à la Faculté de médecine dans le but d'accomplir une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Désormais, le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon est reconnu comme référent régional dans de nombreuses disciplines : oncologie, cardiologie et chirurgie cardiaque, obstétrique, réanimation pédiatrique....

Aujourd'hui le CHU de Dijon est organisé sur trois sites principaux : l'Hôpital Général, le Centre Gériatrique de Champmaillot et les établissements situés sur le complexe du Bocage.

A l'horizon de 2008, les activités actuellement implantées sur le site de l'Hôpital Général seront regroupées sur celui du " Bocage Central ". Cette opéra-

tion emblématique prévoit la construction d'un nouveau bâtiment d'environ 70 000 m² pour un coût de l'ordre de 150 millions d'euros et la fermeture de l'Hôpital Général.

Fort-de-France

Les 20 ans d'un CHU particulièrement dynamique

12 mars 1984 : ouverture de l'Hôpital de la Meynard rebaptisé Hôpital Pierre Zobda Quitman. Tous les lits de l'Hôpital Civil, qui ferme ses portes, y sont transférés comme tous les lits chirurgicaux et militaires de l'Hôpital Clarac.

2004 : le CHU de Fort-de-France célèbre ses 20 ans dans la liesse. " Il faut le crier à tue-tête, pour que la fête soit feu de joie. Vingt ans à trimer pour la santé de son pays, à voir passer tant de souffrances et d'espérance... " s'exclame Joseph Baltide, Président du Conseil d'administration.

Devenu en deux décennies l'un des hôpitaux les mieux équipés de la Caraïbe, le CHU de Fort-de-France assure l'autonomie sanitaire de la Martinique ; indépendance conquise grâce aux efforts de ses 3 400 agents. **"Situé à 7 000 km de la métropole, l'établissement n'a pu compter que sur ses propres énergies ! "** rappelle son directeur général Annie Ramin dans la brochure éditée à l'occasion de l'événement. Avec près de 60 services qui couvrent toutes les disciplines médicales et chirurgicales, le CHU accueille chaque année 45 000 malades et réalise

438 000 consultations. En ce début de troisième millénaire, le CHU regarde avec fierté les transformations majeures si vite accomplies et se tourne résolument vers l'avenir fort de ses nouveaux et ambitieux projets : poursuivre la modernisation de l'offre de soins, développer l'enseignement médical en Martinique, intensifier la recherche clinique et fondamentale et renforcer sa vocation caraïbienne.

Le CHU de Fort-de-France aujourd'hui

Etablissement hospitalo-universitaire de 1 283 lits et places, le CHU de Fort-de-France se compose de quatre hôpitaux :

- l'Hôpital Pierre Zobda-Quitman qui rassemble les services de médecine et de chirurgie,
- l'Hôpital de la mère et de l'enfant Victor Fouche,
- l'Hôpital Clarac spécialisé en oncologie et radiothérapie, et abritant le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes,
- le Centre Emma Ventura qui comporte un service de médecine physique et de réadaptation et des lits de maison de retraite.

Cette offre de soins complète permet de répondre à l'essentiel des besoins des patients : le taux de transfert est passé en dessous des 2% ! Les Martiniquais constituent la grande majorité des patients dont un tiers est domicilié à Fort-de-France. Cependant le CHU accueille également des malades originaires des

îles ou des départements voisins.

Bientôt un nouveau pôle Femme-Mère-Enfant verra le jour. Avec un investissement de 55 millions d'euros, ce programme constitue l'axe majeur du projet d'établissement 2000-2006. On peut également citer les projets concernant la cardiologie, les urgences, la cancérologie, le SAMU, l'intelligence artificielle à travers le projet ISIS en cours ainsi que l'acquisition d'un Morphotop.

Quant au plateau technique, il comprend 6 000 appareils, dont une IRM, un scanner, un appareil de coronarographie numérisée, un système de neuronavigation, deux gammacaméras dont l'une à double tête dynamique, deux accélérateurs linéaires de particules dont l'un avec collimateur multilames pour remplacer la bombe au cobalt, etc. Les personnels biomédicaux et les entreprises martiniquaises mettent un point d'honneur à assurer le bon fonctionnement de cet équipement de pointe malgré l'éloignement des centres de production européens.

L'enseignement : là aussi, l'autonomie est le maître mot

" L'objectif est de former dans notre région des étudiants en médecine originaires de notre région afin qu'ils puissent pratiquer leur art en Martinique explique Annie Ramin. C'est pourquoi nous souhaitons développer avec l'université des Antilles-Guyane un cursus complet des études médicales actuellement limité à la première année. "

La recherche

Pour améliorer la place du CHU à l'échelle nationale (7 programmes Hospitaliers de Recherche Clinique sont en cours), une politique volontariste de développement de la recherche est encouragée en orthopédie, en biologie, en cancérologie, en neurologie, en psychiatrie et en cardiologie. Citons notamment le travail du Dr Delattre sur les biomatériaux notamment sur la nacre comme substitut osseux ou implant, celui du Dr Césaire sur les rétroviraux, le projet de recherche du Pr Azaloux sur les cancers familiaux de la prostate en Martinique, l'étude épidémiologique du Pr Smadja sur la sclérose en plaque, maladie en pleine expansion aux Antilles, l'enquête du Dr Inamo sur l'hypertension artérielle dans la région Antilles-Guyane, les recherches du Pr Charles Nicolas sur la vulnérabilité génétique à la maladie maniaco-dépressive et, chez les toxicomanes, sur les facteurs de vulnérabilité génétique au crack...

La coopération caribéenne

L'attraction forte du CHU de Fort-de-France sur les patients originaires de la Caraïbe a amené l'établissement à instaurer des partenariats avec les pays voisins : chirurgie infantile avec la Dominique, cancérologie avec Sainte-Lucie, jumelage avec l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti. Des coopérations se poursuivent avec ces îles mais aussi Trinidad, Tobago et Barbade, et en Amérique Centrale (Costa Rica).

Annuaire des CHRU

seconde édition !

472 pages de renseignements inédits et détaillés.
Plus de 60 illustrations couleurs.

Prix unitaire : 55 euros, frais de port inclus.

Adresser vos règlements à l'ordre de

Attard Communication

Production et commercialisation

14 rue Gabriel Péri

92120 Montrouge

Tél. : 01 46 57 11 03

Fax : 01 42 53 42 41

attard.communication@wanadoo.fr



Médecine et progrès

Innovation	[p. 8-9]
Recherche	[p. 9-11]
Cancer	[p. 11-16]
Maladie d'Alzheimer	[p. 16-17]
Chronique médicale	[p. 17-20]
Prévention	[p. 21-22]
Qualité	[p. 22-23]
Réseaux	[p. 23-24]

→ Innovation

Intervenir sur le cerveau
d'un patient éveillé

Bordeaux

1^{er} centre de formation NIDCAP
francophone

Brest

Stimulation cérébrale profonde à
haute fréquence

Grenoble

Bordeaux

Intervenir sur le cerveau d'un patient éveillé

En fin d'année 2003, une première au CHU de Bordeaux a été réalisée dans le service de neurochirurgie ouest sur le site du groupe hospitalier Pellegrin. Il s'agissait d'enlever une tumeur cérébrale chez un patient maintenu en éveillé grâce à des techniques anesthésiques particulières. Alternative intéressante pour la neurochirurgie cérébrale, l'anesthésie vigile vise à supprimer tous les stimuli douloureux chez un opéré qui gardera son état de conscience et qui participera activement à son intervention. L'évaluation et la sélection des patients s'effectuent de façon interdisciplinaire.

Le but de cette approche est double : retirer complètement une lésion cérébrale sans atteindre les parties saines du cerveau, situées au contact immédiat de la zone à extirper.

Pour y parvenir, différents moyens doivent être associés. Les études topographiques s'effectuent par l'IRM "standard" alors que l'IRM fonctionnelle renseigne sur l'organisation de son fonctionnement. Une véritable cartographie cérébrale est établie et intégrée dans le système informatique assistant la chirurgie (neuronavigation).

Pendant l'intervention, des stimulations du cortex cérébral ou des zones sous-corticales permettront de connaître, en temps réel et en permanence, les zones du cerveau à respecter. Ces techniques de stimulation sont, en fait, connues depuis longtemps. En effet, pour la région motrice, sous anesthésie générale sans curare, on peut observer une contraction d'un muscle chez un patient après stimulation électrique cérébrale et ainsi établir un lien entre la région stimulée et sa fonction motrice.

Le rôle fondamental de l'anesthésiste

Maintenir un patient en état de conscience pendant tout ou partie de l'intervention neurochirurgicale, sans que celui-ci n'éprouve de souffrance ou de stress majeur, tout en anticipant les événements qui pourraient compromettre le déroulement de cette intervention, n'est pas une mince affaire. " Cette technique a été rendue possible grâce aux avancées considérables en matière d'anesthésie " affirme le Dr Martine Mehseu neuro-anesthésiste-réanimateur. La lutte contre la douleur est l'un des objectifs principaux. Après application de patchs anesthésiques sur tous les sites de ponction cutanée, on procède à l'anesthésie locale de la peau du cuir chevelu. Celle-ci est renforcée par la technique d'AIVOC (Anesthésie Intra-Veineuse à Objectif de Concentration) au propofol dont la posologie sera modulée en fonction de la situation chirurgicale. Le patient sera plus sédaté au début et à la fin de l'opération mais parfaitement conscient et coopérant pendant l'étude des réponses aux stimulations. Cette technique est très confortable pour le patient qui peut, par exemple, se réalimenter quelques heures après.

Technique chirurgicale

La technique chirurgicale est la même que lors d'une intervention " classique " (sans rasage, incision de la peau et des muscles, craniotomie, ouverture des méninges). Au moment de l'abord du cortex cérébral, le patient doit être parfaitement éveillé et devient alors " acteur " de son intervention : il doit lire et parler, selon un protocole prédéfini, pendant que le chirurgien effectue les stimulations électriques de son cerveau. Si un trouble du langage intervient (ralentissement du débit, confusions de mots), le chirurgien sait qu'il vient de stimuler une zone proche de celle du langage avec une précision de quelques millimètres. Il doit donc s'arrêter afin de la préserver. Au contraire, si rien ne se passe, il peut poursuivre l'exercice de la lésion pathologique avec l'aide des outils habituels (neuronavigation, aspirateur ultrasonique). Cette technique permet ainsi de guider le geste chirurgical qui devient plus précis et plus sûr (technique de chirurgie mini-invasive).

Préparer le patient : un gage de réussite

Le patient doit avoir bien compris tout l'intérêt de cette technique et sera longuement vu en consultation par le chirurgien, l'anesthésiste puis par les deux praticiens. Toutes les étapes de la procédure lui seront expliquées en détail. Rien n'est laissé au hasard car une grande partie de la réussite de l'opération dépend de sa bonne préparation et de la participation active du patient.

D'après un article de Josseline Bertrand-Barat

Brest

1^{er} centre de formation NIDCAP francophone

En octobre 2004, le département de Pédiatrie du CHU de Brest ouvrira le premier centre de formation francophone NIDCAP au monde. Ce centre est le 12^{ème} au niveau international et le 2^{ème} en Europe (après celui du Karolinska Hospital de Stockholm en Suède).

NIDCAP, Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement se définit comme une méthode d'observation du comportement de l'enfant prématuré. A partir de l'évaluation de ses capacités, un programme de soins individualisés centré sur l'enfant et ses parents est proposé aux familles, reconnues partenaires à part entière de l'équipe soignante. Initiée à Brest en 1998, cette méthode novatrice a été labellisée en 2000* et primée en 2004 par la Fondation des Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France.

Formation NIDCAP

L'enseignement NIDCAP soutient les changements de pratique et d'évolution du personnel soignant. Cette formation s'adresse aux infirmières et puéricultrices, aux médecins pédiatres et néonatalogues, aux psychologues, psychomotriciennes et kinésithérapeutes. Elle peut être suivie en individuel mais il est fortement recommandé de réaliser une formation de plusieurs professionnels

Angers

Du nouveau dans la recherche sur les artères de résistance

Accidents vasculaires cérébraux, hypertension artérielle, diabète, myopathies, cancer, infarctus, le traitement de ces pathologies peut être lié à la réactivité des artères de résistance.

Tels sont les nouveaux axes de recherche définis dans le cadre du huitième symposium qui s'est déroulé à Angers en juin dernier et organisé sous la présidence du Docteur Daniel Henrion, Directeur de Recherche à l'INSERM. Récemment arrivé à Angers avec son équipe au sein de l'UMR CNRS 6188 à la faculté de médecine, Daniel Henrion travaille en étroite collaboration avec plusieurs services du CHU d'Angers (laboratoire d'explorations vasculaires, chirurgie vasculaire et services de médecine...).

Voici une dizaine d'années, les artères de résistance n'inspiraient que quelques chercheurs isolés. 150 scientifiques venus de toute l'Europe, des USA, du Canada ou encore du Japon, de Chine et d'Australie ont mis en commun les résultats de leur recherche fondamentale ou clinique. **Les thèmes de recherche portent sur la biologie moléculaire ou cellulaire, appliquées à la microcirculation.** Ces travaux apportent des éclairages nouveaux sur les pathologies humaines. Les nouvelles technologies d'investigation étaient présentes puisque les artères de résistance ont pour particularité d'être infiniment petites et invisibles à l'œil nu (les plus grosses font 1 à 2 dixièmes de millimètre). Aussi, leur exploration fait-elle appel à des techniques d'investigations in vivo allant de la microscopie confocale ultra rapide ou biphotonique en passant par la microscopie intravitale ou la débit-métrie Doppler.

Les artères de résistances modulent leur diamètre

Situées entre les capillaires et les artères de gros calibres dites artères de compliance, les artères de résistance jouent un rôle essentiel dans la perfusion de tous les tissus et un rôle critique dans les organes "sensibles" comme le cerveau, le cœur ou les reins. Elles sont donc au premier rang dans les pathologies à composante vasculaire. Méconnues du grand public, elles représentent néanmoins la majorité des artères (on parle d'au moins 1 km d'artères de résistance chez un adulte). Les artères de résistance contrôlent les débits sanguins locaux en modulant leur diamètre en fonction des conditions

sur leur site d'activité.

Cette formation comprend : deux jours d'introduction avec apprentissage à l'observation (1 formateur pour 2 stagiaires) suivi d'un travail personnel du stagiaire sur son lieu habituel de travail avec réalisation d'environ 25 observations comportementales. Une journée intermédiaire d'évaluation est prévue. La formation se poursuit par une pratique avancée avec observation régulière d'un nouveau-né prématuré depuis sa naissance jusqu'au retour à domicile et se conclut par une évaluation finale.

Reconnaissance du travail des équipes NIDCAP

En juillet 2004, le Département de Pédiatrie du CHU de Brest reçoit l'agrément pour la création d'un centre de formation NIDCAP. Le même mois, la Fondation de Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France attribue au **CHU de Brest** le premier prix Hélicoptère pour NIDCAP. Ce prix encourage les initiatives de décloisonnement entre les services de l'hôpital et récompense les équipes hospitalières ayant réalisé des actions concrètes au bénéfice du malade et de ses proches. Cette distinction est partagée avec l'association de parents "bébé avant terme", qui collabore étroitement avec les équipes du CHU.

NIDCAP : le nouveau-né acteur de son développement

Le NIDCAP est un programme d'intervention précoce destiné à l'enfant né avant terme basé sur des observations régulières du comportement permettant une évaluation de ses capacités motrices, neuro-végétatives (points forts et difficultés et résumé de l'histoire médicale). Les soins et l'environnement sont adaptés à chaque enfant. Une guidance et un soutien aident les parents à comprendre le comportement de leur enfant. En ce sens, le NIDCAP renforce les relations entre les parents, les soignants et l'enfant.

Impact du NIDCAP chez l'enfant prématuré

Les études publiées aux USA, au Canada et en Suède concernant le NIDCAP ont montré que l'application de ce programme avait des effets positifs sur la durée de ventilation et d'oxygénation, la prise de poids et l'alimentation. Les durées de séjour hospitalier sont diminuées d'où une réduction des coûts d'hospitalisation. Le développement à l'âge de 42 semaines post-conceptionnelles et à 9 mois est de meilleure qualité. L'interaction mère-enfant est également améliorée. Des études réalisées à Brest

et financées par les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique ont confirmé un impact positif sur les durées de sommeil et une diminution des scores de douleur.

**Label NIDCAP décerné par l'International NIDCAP Board basé à l'Université de Harvard à Boston.*

*Dr Nathalie RATYNSKI, Programme NIDCAP
Tél. 02.98.22.36.66/67*

Grenoble

La Stimulation Cérébrale Profonde à Haute Fréquence

La Stimulation Cérébrale Profonde à Haute Fréquence (SHF), inventée en 1987 au CHU de Grenoble (Service de Neurochirurgie, en collaboration avec ceux de Neurologie et d'IRM) consiste à implanter dans les noyaux gris centraux (Vim, GPi et surtout NST) des électrodes reliées à un stimulateur à 130 Hz, qui vont les inhiber et mimer les effets des coagulations stéréotaxiques, de manière chronique, réversible et adaptable.

Bénéfice pour le patient

La SHF est devenue le traitement chirurgical de référence des formes graves de la Maladie de Parkinson (MP) avec plusieurs milliers de malades opérés dans le monde. Elle permet une amélioration clinique de 65%, stable dans le temps, une réduction de 70% des doses et des complications (dyskinésies) du traitement médical. Elle s'applique aussi aux dystonies, épilepsies, TOC et migraines graves.

→ Recherche

Du nouveau sur les artères de résistance

Angers

Progéria : l'AP-HM précurseur

Marseille

Nouvelle unité de thérapie cellulaire et génique

Montpellier

Le CHU, acteur clé de la recherche médicale en Lorraine

Nancy

hémodynamiques et neuro-humorales locales.

Une caractéristique qui permet de s'adapter à l'effort en augmentant le débit sanguin vers les muscles et le cœur et en le diminuant dans les intestins. Dans le cerveau, le débit sanguin varie dans chaque partie des hémisphères cérébraux en fonction de l'activité (vigilance, calcul, sommeil...). A long terme, le diamètre peut changer définitivement (on parle alors de remodelage) si le débit sanguin change durablement (augmentation chez un sportif, baisse dans un muscle ischémié comme un cœur après infarctus). La densité des artères de résistance peut aussi changer (baisse dans l'hypertension, ce qui va en aggraver les conséquences). Il est donc important de bien connaître la physiologie exacte et le fonctionnement de ces artères de résistance pour prendre en charge les pathologies liées à la réactivité de ces artères.

Les pathologies humaines révélant leur aspect vasculaire sont de plus en plus nombreuses.

Aussi, en établissant une synthèse des dernières découvertes et des besoins imposés par ces pathologies, les grands axes de recherche futurs ont pu être abordés.

- Les accidents vasculaires cérébraux,
- L'hypertension artérielle, pourtant étudiée depuis 50 ans n'est correctement traitée que chez 50% des hypertendus, et là, seule l'étude des vraies cibles (les artères de résistances !) apportera des solutions
- Le diabète provoque des lésions graves et handicapantes par ces effets sur les artères de résistance.
- Un mauvais développement des artères de résistance vient d'être découvert dans les myopathies.
- Les artères de résistance irriguant les tumeurs devraient devenir des cibles privilégiées dans la lutte contre le cancer.

A l'opposé de l'exemple précédent, dans les pathologies ischémiques (typiquement, l'infarctus du myocarde) pousser les artères de résistance à recoloniser l'organe atteint est un but prioritaire de nombre de chercheurs.

Pour en savoir plus : www.isra2004.org
 - American journal of physiology - dec 2004
 - Lancement en nov 2004 d'un réseau européen consacré au remodelage microvasculaire
Dr Daniel Henrion - Directeur de Recherche de l'INSERM - CNRS - UMR 6188
 Faculté de Médecine
 Daniel.Henrion@med.univ-angers.fr
 Tél. 02 41 73 58 45

Marseille

Recherche sur la progeria : l'AP-HM, précurseur

Les équipes de chercheurs du Département de Génétique Médicale de la Timone, et du Laboratoire de Biologie Cellulaire de la Conception ont démontré en 2003 le rôle du gène LMNA dans la progeria. Depuis cette découverte, les chercheurs marseillais ont identifié d'autres mécanismes caractérisant la Progeria et les syndromes progéroïdes segmentaires apparentés.

La progeria, aussi appelée syndrome d'Hutchinson-Gilford, est une maladie génétique extrêmement rare (1 naissance sur 4 à 8 millions) qui touche les enfants de tout sexe et se caractérise par un vieillissement prématuré et accéléré (progeria vient du grec gerôn, "vieillard"). Ces enfants ont l'apparence et la physiologie d'une personne âgée. Aucun traitement n'existe à ce jour et l'espérance de vie reste très limitée (environ 13 ans). Cette affection a été décrite pour la première fois en Angleterre il y a 100 ans par les docteurs Hutchinson puis Gilford, qui lui ont donné son nom usuel. Depuis, seulement 100 cas ont été identifiés dans le monde, sur tous les continents.

Alors que cette maladie était restée mystérieuse, les recherches du Département de Génétique Médicale de la Timone, originellement portées sur certaines maladies neuromusculaires, ont démontré son origine génétique, avec la mise en évidence d'une mutation dans le gène LMNA situé sur le chromosome 1. Ce gène produit la Lamine A, une protéine déjà connue pour son rôle dans le maintien structural de l'enveloppe entourant le noyau des cellules. Les anomalies des lamines, et donc de l'enveloppe nucléaire, perturbent le fonctionnement normal des cellules, et leur division. La réparation et le renouvellement des tissus seraient alors altérés, entraînant un vieillissement pathologique.

Cette découverte, essentielle dans la connaissance d'une maladie aussi rare que la progeria, va permettre de mieux comprendre le vieillissement pathologique, mais peut-être aussi le vieillissement normal. Ces résultats démontrent une nouvelle fois que des recherches menées sur des maladies rares peuvent souvent apporter des avancées fondamentales pour la compréhension de maladies plus fréquentes, mais aussi de processus physiologiques qui concernent l'ensemble de la population.

Montpellier

Nouvelle unité de Thérapie Cellulaire et Génique

En septembre dernier, le CHU a inauguré sa nouvelle unité de Thérapie Cellulaire et Génique en présence du professeur Axel Kahn, Directeur de recherche à l'Inserm et Directeur de l'Institut Cochin à Paris. Dirigée depuis 1995 par le Pr. Bernard Klein, l'unité dispose désormais de locaux ultramodernes garantissant un très haut niveau technologique et les meilleures conditions de sécurité pour le patient.

L'espoir en cancérologie

L'unité de thérapie cellulaire du CHU assure la manipulation des cellules de plus de 150 patients par an pour les services du CHU et du CRLC Val d'Aurelle, et les cliniques de la région. En prélevant et congelant ces cellules saines avant la chimiothérapie, la thérapie cellulaire permet de reconstruire rapidement les cellules du sang. Une application essentielle dans le cadre d'une chimiothérapie intensive qui va doubler l'efficacité du traitement, mais détruire également des cellules saines, en premier lieu les cellules du sang.

Autre piste : la vaccination anti-tumorale

Il est possible dans certains cancers d'éduquer les cellules de défense de l'organisme à reconnaître et détruire les cellules tumorales. L'unité de thérapie cellulaire, les services cliniques des maladies du sang et de dermatologie du CHU de Montpellier sont en pointe dans ce domaine avec plusieurs essais thérapeutiques très innovants en cours.

Des perspectives pour la médecine régénératrice, la réparation des tissus ou organes à l'aide de cellules souches

Avec le service de cardiologie du CHU, l'unité démarre en 2004 un essai de réparation du muscle cardiaque après un infarctus avec de la moelle osseuse, riche en cellules souches. L'unité de thérapie cellulaire prépare également avec plusieurs autres services des stratégies de réparation de l'os, du cartilage, du pancréas, du foie, des déficiences neuronales.

Et bientôt l'Institut de Recherche en Biothérapie

L'unité de thérapie cellulaire est au cœur d'un vaste développement qui mobilise la collectivité médicale de

notre région, notamment avec la mise en place de l'Institut de Recherche en Biothérapie. Cet institut de 4000 m² bientôt en construction dans le CHU (début des travaux prévu en janvier 2005) rassemblera 150 personnes créant une chaîne complète d'expertise allant de la recherche fondamentale aux applications cliniques. Il accueillera aussi des partenaires industriels.

Cet investissement majeur de 15 millions € des collectivités territoriales, du CHU de Montpellier et de l'INSERM place notre région en avant-garde dans ce domaine médical de pointe et de développement industriel.

Nancy

Le CHU, acteur clé de la recherche médicale en Lorraine

A côté des soins et de l'enseignement, une activité du CHU sans doute moins connue du grand public, est elle de la recherche et notamment linique, spécificité hospitalo-universitaire.

Depuis un an, le CHU s'est structuré pour développer clairement cette mission : une direction médico-administrative a été créée, constituée d'un pilier administratif, rattaché au Pôle Stratégique au sein de la Direction Générale, et d'un pilier médical représenté par la Commission de la Recherche Clinique.

Fédérer pour bâtir des projets forts pour que le CHU obtienne une place au niveau national et international

Cette commission veut rendre visible et promouvoir l'activité de recherche du CHU, et participer à l'effort de cohérence globale avec les autres partenaires de la recherche en santé : Université, Facultés, Etablissements Publics Scientifiques et Techniques. Il s'agit d'offrir aux acteurs de la recherche du CHU un cadre logistique et les moyens nécessaires à leurs ambitions, en optimisant les structures communes. Centre d'Investigation Clinique, Centre d'Epidémiologie Clinique, Centre de ressources Biologiques, Thumorotheque, Délégation à la Recherche Clinique...

L'effort de "visibilité" passe par une meilleure communication. A l'instar des autres grands établissements de soins, le CHU vient de se doter du " Panorama de la Recherche ", trimestriel de 4 pages, diffusé en interne et aux partenaires, comportant les principales activités de recherche et les principales publications scientifiques.

Une journée annuelle de la recherche est d'ores et déjà fixée dont le programme est en cours de finalisation, le 11 janvier prochain, avec l'ambition de rassembler les chercheurs, mais aussi le grand public. La communication avec le grand public est essentielle pour l'informer sur les études en cours et les découvertes récentes au CHU. Le CHU considère que chaque citoyen est concerné par la recherche clinique, aussi bien en tant qu'acteur, participant à la recherche, que bénéficiaire des retombées de ces recherches.

Les travaux de recherche en chiffres

Le CHU porte actuellement plus de 70 protocoles de recherche, actifs, et dont 20 sont d'envergure nationale, issus du PHRC national très sélectif: Programme Hospitalier de Recherche Clinique. Par ailleurs, ce sont plus de 250 projets de recherche pour lesquels une ou plusieurs équipes du CHU sont associées, portés par des partenaires industriels ou institutionnels, français et étrangers...

Quelques domaines majeurs de la recherche où le CHU est engagé

Le CHU de Nancy a participé à de nombreuses découvertes qui ont d'ores et déjà un retentissement quotidien sur la prise en charge de nombreuses maladies. Le CHU participe à la recherche clinique dans de nombreux domaines. A titre d'exemple, le CHU est particulièrement moteur dans les recherches en cancérologie, cardiologie, nutrition, environnement et santé publique. La télé-chirurgie robotisée, la thérapie cellulaire, les stratégies thérapeutiques innovantes, l'imagerie médicale dont le Scanner à émission de positon (avec le cyclotron), sont autant de domaines d'avenir, parmi d'autres, où le CHU mène des recherches.

La recherche clinique se définit comme une investigation chez l'homme dans le but de répondre à une question d'ordre thérapeutique ou épidémiologique. Ainsi, tout projet de recherche se doit d'être pertinent, innovant, réalisable et éthique. Des textes encadrent de manière rigoureuse l'expérimentation humaine. En France, la Loi Huriot-Sérusclat comporte deux aspects essentiels : l'obligation de soumettre les protocoles de recherche à un Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale - la nécessité de recueillir un consentement libre éclairé et écrit de la part des sujets et patients se prêtant à des expérimentations ...

→ Cancer

Gros plan sur le cancéropôle

Nord-Ouest

Amiens

Le futur Institut Angevin du Cancer

Angers

Inauguration du 2^{ème} Gamma

Unit de France

Lille

Détruire les métastases

du cancer du colon

Nice

Un centre pour diagnostiquer et traiter les maladies du sein

Orléans

Pour mieux traiter le cancer

Paris

Pôle régional de cancérologie

Poitiers

Annnonce d'un cancer

Rouen

Un Ablatherm partagé

Amiens

Amiens

Gros plan sur le cancéropôle Nord-Ouest

"Du dépistage des tumeurs à l'innovation thérapeutique" tel est l'axe fédérateur retenu par le Cancéropôle Nord Ouest. Cette structure de recherche inter-régionale a largement été présentée aux partenaires scientifiques, cliniques, industriels et médias invités aux 1^{ères} rencontres du Cancéropôle Nord-Ouest organisées au CHU d'Amiens les 13 et 14 octobre 2004.

Dirigé par le Pr Pierre Formstecher, de l'Université de Lille 2, le Cancéropôle Nord-Ouest couvre les régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse Normandie. Il est le seul à avoir affiché d'emblée une dimension européenne, avec la participation au projet de l'Hôpital Erasme et l'Université Libre de Bruxelles.

Pour développer une recherche au service du malade, permettant l'optimisation de la prévention, du dépistage, du diagnostic et du traitement des cancers, le Cancéropôle Nord-Ouest a lancé six projets fédérateurs :

- Phases précoces du cancer
- Nouveaux marqueurs pronostiques des hémopathies malignes
- Nouvelles stratégies de chimiothérapie des cancers épithéliaux
- Cancers hormonodépendants : nouveaux marqueurs et cibles thérapeutiques
- Innovation thérapeutique : traitement biologique du cancer par immunothérapie cellulaire et génique

- Ciblage multimodalités en radiothérapie conformationnelle

Le Cancéropôle Nord-Ouest peut s'appuyer sur un potentiel de recherche diversifié et sur l'expertise des 27 formations de recherche labellisées (8 Inserm, 6 CNRS, 11 Universitaires, 2 CRLCC), soit 476 personnes. Au total 45 équipes travaillent sur le cancer en partenariat avec 26 services cliniques et 18 laboratoires hospitaliers. Le Cancéropôle peut aussi compter sur les Centres d'Investigation Clinique (CIC CHU-Inserm) de Lille et Rouen, sur les Unités de Recherche Clinique des CRLCC et sur le Centre Régional de Référence en Cancérologie (C2RC) associant le CHRU de Lille et le Centre Oscar Lambret, structuré sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire. Le cancéropôle dispose également de tumorothèques labellisées et de centres de ressources biologiques de l'INSERM.

Les Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) de Caen, Lille et Rouen ont ainsi rejoint le G4 (partenariat inter-CHU établi entre Amiens, Caen, Lille et Rouen depuis 2001) afin de développer une politique coordonnée de lutte contre le cancer.

De nombreuses plates-formes technologiques, de recherche en imagerie cellulaire équipées en microdissection laser et des laboratoires hospitaliers de génétique des tumeurs complètent le dispositif. Un potentiel intéressant existe aussi dans le domaine de la chimie thérapeutique.

Enfin, ses efforts de recherche peuvent fournir des perspectives intéressantes aux entreprises innovantes dans les secteurs des biotech et du matériel médical, notamment pour les entreprises installées dans le pôle santé lillois, Eurasanté.

Changement d'échelle : la dimension transfrontalière et européenne du cancéropôle

Le Cancéropôle bénéficie de la dynamique des réseaux d'expertise en épidémiologie à Caen, en oncogénétique à Rouen, en génomique, en protéomique et en chimie thérapeutique à Lille, en immunothérapie cellulaire du cancer à Bruxelles. Autre atout : la proximité des équipes de recherche anglaises. Il revient au Cancéropôle d'organiser toutes ces compétences en réseaux régionaux multidisciplinaires.

Une des grandes mesures du plan de lutte contre le cancer, lancé en 2003 à la demande du Président de la République, consistait à impulser un nouvel élan à l'effort de recherche

sur le cancer en créant des "cancéropôles", structures d'animation et de coordination des recherches et de l'innovation thérapeutique établies à l'échelle d'une région ou d'un groupe de régions. Après appel d'offres national et évaluation, sept cancéropôles ont été financés en juillet 2003, avec pour vocation d'assurer la coordination opérationnelle de projets de recherche issus des équipes de recherche labellisées, des services de soins orientés vers l'innovation et des plates-formes technologiques. L'Institut National du Cancer, créé en août 2004, assure la coordination des cancéropôles.

Angers

L'Institut Angevin du Cancer

Le CHU entretient depuis toujours des collaborations étroites avec le Centre de lutte contre le cancer Paul-Papin (CPP) d'Angers, comme en attestent les diverses conventions de collaborations conclues. La proximité géographique des deux structures, les collaborations et complémentarités naturelles ont conduit les deux établissements à créer, en juillet 2001, une communauté d'établissements de santé dénommée "Institut Angevin du Cancer" avec l'objectif de constituer le pôle de référence en cancérologie du bassin de population de l'Anjou-Maine.

Objectifs généraux de l'Institut Angevin du Cancer

- améliorer la prise en charge globale des patients cancéreux entre les deux établissements (constitution de comités de concertation pluridisciplinaire spécialisés, coordination de la prise en charge de la douleur et des soins continus) ;
- renforcer la complémentarité médicale des deux établissements (complémentarité et collaboration dans les disciplines médicales et dans la gestion de l'information médicale) ;
- promouvoir une recherche commune (développement de projets communs) ;
- promouvoir la formation en cancérologie (initiale et continue, médicale et paramédicale) ;
- contribuer, conjointement, à la mise en place du réseau régional de soins en cancérologie, en colla-

laboration avec le pôle hospitalier universitaire de Nantes.

Les réalisations communes

- constitution d'une unité commune de chimiothérapie digestive localisée au CRLCC et celle d'un plateau commun d'endoscopies au CHU ;
- constitution d'une clinique du sein ;
- regroupement des services de médecine nucléaire respectifs dans un lieu unique sur le site du CHU ;
- regroupement des laboratoires de radio-immuno-analyse dans un lieu unique sur le site du CRLCC ;
- animation du réseau Anjou-Maine ;
- mise en place d'un Tomographe par émission de positons (TEP) ;
- constitution d'une tumorothèque commune.

Travaux préalables à la création d'un Groupement de Coopération sanitaire

Le plan Cancer prévoit la création d'un pôle de référence et de recours appelé "pôle régional de régional de cancérologie". Participent à ce pôle régional, les centres de lutte contre le Cancer et les CHU qui devront avoir identifié la cancérologie dans leur organisation. Avec le Centre de lutte contre le cancer Paul Papin, le CHU d'Angers a prévu la création en 2004 d'un pôle régional de Cancérologie ce qui suppose que les deux structures aient auparavant défini un projet médical commun de cancérologie. Un comité de pilotage CHU-CPP a été chargé de sa rédaction.

L'ensemble des conventions bilatérales entre le CHU et le centre Paul Papin sont revues pour constituer un Groupement de Coopération sanitaire, socle juridique du futur Institut Angevin du Cancer. " précise Yvonnick Morice, Directeur Général du CHU.

Lille

Inauguration du 2^{ème} Gamma Unit de France

Opérationnel depuis janvier 2004 au CHRU de Lille, et deuxième appareil de ce type installé en France après Marseille, le Gamma Knife représente une avancée médicale majeure dans le domaine du traitement des petites lésions intra-crâniennes par irradiation. En effet, cette technique permet d'irradier une lésion de manière ciblée, sans aucune intervention de chirurgie lourde.

Les indications médicales du traitement par Gamma Knife :

malformations artério-veineuses cérébrales, neurinomes de l'acoustique, tumeurs bénignes de la base du crâne, métastases cérébrales et certains aspects de la neurochirurgie fonctionnelle, comme certaines épilepsies pharmacorésistantes, ou des névralgies faciales .

Depuis la mise en service de cet appareil, environ 50 patients ont pu être traités au CHRU de Lille.

Un partenariat avec le Centre Oscar Lambret

Dans le cadre du Centre Régional de Référence en Cancérologie, une coopération s'est instaurée entre les deux établissements : des radiophysiciens et radiothérapeutes du Centre Oscar Lambret sont détachés et travaillent en équipe avec les professionnels neurochirurgiens et radiologues du CHRU. Ce partenariat permet une prise en charge du patient la plus complète, et la plus multidisciplinaire possible.

Une technique innovante.

La radio-chirurgie stéréotaxique par Gamma Knife est un procédé non invasif d'irradiation des lésions intracrâniennes de petite valeur. Les rayons de Cobalt 60, convergeant à travers un casque composé de 201 collimateurs, vont venir irradier la lésion de manière extrêmement ciblée, en préservant le cerveau sain avoisinant. Dans un premier temps la lésion est précisément localisée dans l'espace intra-crânien grâce à la superposition d'images de scanner et d'IRM. Un cadre de stéréotaxie en acier léger, fixé sur le crâne du patient, est nécessaire pour permettre ce repérage dans l'espace.

Une fois la tumeur localisée, une équipe composée d'un neurochirurgien, d'un radiothérapeute, d'un neuroradiologue et d'un radiophysicien (CHRU de Lille, et Centre Oscar Lambret) définit les caractéristiques du plan de traitement (durée de 15 minutes à 3 heures, et dosimétrie) en fonction de la taille, de la nature et de la localisation de la lésion. La console de traitement récupère ensuite ces données pour piloter la procédure thérapeutique. Le patient est alors allongé, sa tête entrant dans l'unité d'irradiation, qui se trouve dans une salle blindée compte tenu de la radioactivité des sources.

Coût de l'équipement

3 Millions 868 000 euros pour l'équipement auquel s'ajoutent 460 000 euros pour l'installation des locaux blindés, conformes aux prescriptions de la

DRASS et de la Direction de la sûreté nucléaire.

Le parcours d'un patient traité par la radiochirurgie stéréotaxique Gamma Unit :

Entré le lundi à 14h, le patient suivra le traitement pendant une heure le mardi. Il retournera ensuite dans sa chambre pour une simple surveillance et sortira le mercredi à 14h après vis médical, muni d'une lettre adressée à son médecin traitant. Le patient sera ensuite revu régulièrement en consultation pour une évaluation clinique et surveillance, selon un rythme fonction de la nature de la pathologie.

Nice

Détruire les métastases du cancer du colon !

Chaque année, le cancer du colon frappe plus de 37 000 personnes. Près de la moitié des patients en mourront. Face à cette pathologie fréquente, plusieurs équipes de chercheurs tentent de trouver de nouveaux moyens pour soigner les malades. Les équipes INSERM du Docteur Bernard Rossi (Dr.Valérie Pierrefite-Carle) et chirurgicale du Pr André Bourgeon (Dr. Patrick Baqué) ont développé une nouvelle stratégie de thérapie génique suicide contre les métastases hépatiques des cancers coliques.

Depuis plus de 15 ans, l'idée d'un vaccin curatif contre un cancer déjà déclaré fait son chemin, mais sans réel succès. Pourtant l'idée de base est simple : il s'agit de provoquer une réaction de notre organisme contre le cancer qui l'attaque. Ce qui est courant pour les maladies infectieuses devrait être possible pour les maladies cancéreuses. Mais les difficultés sont nombreuses. Année après année, les équipes ont progressé et, aujourd'hui, une technique qui permet d'obtenir cette réaction est en cours d'élaboration.

L'équipe a obtenu des réductions très importantes de métastases hépatiques dans un modèle expérimental du cancer du colon. On sait que ces tumeurs paralysent la réaction immunitaire qui pourrait les détruire. Le but était de relancer cette réaction immunitaire. Pour cela, l'équipe a associé deux techniques ; d'une part, l'introduction d'un gène thérapeutique au sein de la tumeur (gène suicide CD), d'autre part, le traitement

par un pro médicament qui se transforme en médicament toxique sous l'effet de ce gène.

Cette stratégie déclenche une réaction immunitaire non seulement contre ces métastases, mais aussi contre les autres métastases de même type situées plus à distance. Au final, toutes les métastases hépatiques régressent très nettement.

L'équipe niçoise est aujourd'hui près du but. Après tant d'années, une première solution " vaccinale " contre le cancer est presque une réalité. Il faut maintenant passer aux dernières étapes pré cliniques avant l'application aux malades, une transition nécessaire entre le résultat expérimental prometteur et la première étude clinique.

Orléans

Un centre pour diagnostiquer et traiter les maladies du sein

Le Centre de Sénologie du CHR d'Orléans a été inauguré vendredi 18 juin. Cette manifestation s'est poursuivie le lendemain par une journée Portes Ouvertes ! L'événement est de taille et officialise le rapprochement d'équipes auparavant distantes de 12km et séparées par la Loire : rive droite, la radiologie et la Chirurgie gynécologique, rive gauche, les services d'Anatomopathologie et Onco-radiothérapie. " Le Centre de Sénologie témoigne de la réalité d'un projet transversal médico-technique et d'une collaboration solide entre soignants et administration. " se réjouissent le Dr Robert Lebas, praticien chef du service de radiodiagnostic et sénologie, le Dr Erwann du Rouchet, praticien au sein du département de gynécologie obstétrique et le Dr Patrick Michenet, praticien en anatomie et cytologie pathologiques artisans du projet.

Réunir toutes les compétences est devenu un impératif

C'est autour de ce principe qu'est né le projet d'un Centre de Sénologie. Aujourd'hui, il offre un lieu unique où toutes les compétences en radiologie, pathologie, chirurgie, et onco-radiologie, regroupées et coordonnées autour de la patiente, forment une équipe hautement diversifiée et qualifiée :

- l'accueil est assuré par une assistante médicale spécialement formée à cette mission, car ceci est un élément déterminant dès le départ ;

- la prise en charge médico-technique et multidisciplinaire est organisée avec une réunion hebdomadaire
- une attention toute particulière est portée au soutien relationnel avec l'intervention d'une psychologue et en coopération avec des associations comme la Ligue contre le Cancer ;
- et bientôt la création d'un dossier médical informatisé, avec des possibilités futures de liaisons avec nos partenaires extra-hospitaliers.

La démarche qualité guide toute l'organisation du Centre ; elle a débuté dès 1998 par la réalisation d'un Programme d'Assurance Qualité modèle ANAES et se poursuit aujourd'hui par la réalisation d'un programme de " chemin clinique ". L'information de la patiente, tant lors de la réalisation des actes techniques, que de l'annonce du diagnostic, permet la mise en oeuvre d'une véritable " alliance thérapeutique ".

Une culture d'innovation

Au début des années 1990, le CHR d'Orléans, a été l'un des premiers en France à utiliser la Sénologie Interventionnelle (les microbiopsies) ; une nouvelle méthode de diagnostic de cancer du sein non invasive (sans recours à la chirurgie). Depuis, les professionnels ont conservé cet esprit d'innovation afin de proposer aux patientes les techniques diagnostiques et thérapeutiques les plus performantes (macrobiopsie, ganglions sentinelles...)

Les projets du Centre de Sénologie

Au sein du réseau Onco-Centre, les partenaires travaillent à l'élaboration du thesaurus thérapeutique des cancers du sein. D'autres projets sont d'ores et déjà planifiés qui relèvent de l'enseignement et de la recherche appliquée : l'ouverture d'une école de sénologie et la poursuite d'études et d'essais avec les fabricants d'échographes.

Le cancer du sein en France

On enregistre en France plus de 33.000 nouveaux cas par an de cancer du sein, et 11.000 femmes en décèdent. Jusqu'en 1993, la prise en charge était morcelée en deux phases distinctes et séparées chronologiquement : la suspicion diagnostique et l'exérèse chirurgicale. Le diagnostic par l'imagerie était imprécis, notamment pour les lésions infra-cliniques. Le diagnostic définitif reposait donc sur la chirurgie. Si bien qu'un grand nombre de biopsies chirurgicales étaient effectuées pour des lésions bénignes.

Pour les lésions malignes, le traitement chirurgical s'effectuait dans le même temps, donc sans information définitive de la patiente.

Evolution de quatre paramètres essentiels

1. le dépistage est aujourd'hui généralisé pour les femmes de 50 à 74 ans ;
2. l'imagerie médicale produit des images plus petites et variées ; en s'associant avec les techniques de microbiopsies et de macrobiopsies assistées par le vide, guidées par l'échographie ou la stéréotaxie, elle a donné naissance à la sénologie interventionnelle ;
3. les patientes expriment des attentes fortes en matière d'information, de respect de leur anatomie et de leur intégrité corporelle.
4. les nouvelles techniques permettent d'obtenir en quelques jours un diagnostic histologique de certitude afin de fonder la décision thérapeutique. Le chirurgien a un rôle de thérapeute et la patiente dispose d'une information complète et réelle.

D'après un article des Dr Lebas et du Rouchet

Paris

Pour mieux traiter le cancer

Inauguration de l'institut de radiothérapie de hautes énergies à l'hôpital Avicenne, ouverture du TEP-SCAN à l'hôpital Saint-Louis, acquisition de nouveaux équipements de mammographie, trois événements qui témoignent de l'engagement de l'AP-HP dans la lutte contre le cancer et de sa volonté de doter ses sites de référence des techniques les plus performantes pour mieux soigner.

Pôle lourd de cancérologie à l'hôpital Avicenne, l'institut de radiothérapie de hautes énergies coordonne les activités de soins et le traitement par radiothérapie des affections cancéreuses. Son plateau technique de dernière génération comprend un simulateur conventionnel, une salle de planification des traitements, des équipements de dosimétrie fondamentale en 3 dimensions et un accélérateur linéaire de particules. Des liaisons informatiques sont prévues entre l'IRHE et l'Hôpital (plateaux techniques, secteurs d'hospitalisation...) afin d'optimiser la qualité de l'information médicale. L'équipe médicale est aujourd'hui composée de quatre oncologues-radiothérapeutes. Ce centre est le fruit d'une coopération originale entre l'AP-HP, la société

Généridis (Générale de santé) et la société Roseraie qui dispose d'un centre de radiothérapie. Implanté dans un département où la population est particulièrement touchée par le cancer, l'Institut de Radiothérapie de Hautes Energies favorisera le développement d'un réseau cancérologie indispensable dans le nord-est de l'Ile-de-France.

Ouverture du TEP-SCAN à l'hôpital Saint-Louis

Depuis le 25 juin 2004, Saint-Louis est le premier hôpital de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris à disposer d'une configuration associant un tomographe à émissions de positons à un scanner de haute technologie (TEP-SCAN). L'établissement reçoit près de 10 000 patients présentant des pathologies liées au cancer.

Installé au sein du service de médecine nucléaire dirigé par le Professeur Jean-Didier Rain, le TEP-SCAN sera aussi utilisé par des hôpitaux du groupement hospitalier-universitaire nord (Lariboisière, Bichat, notamment, et Avicenne, avant l'installation des TEP-SCAN qui y est prévue) et par des institutions privées engagées dans la lutte contre le cancer.

Installation de sept mammographes

Jusqu'à présents, seuls l'Hôtel Dieu et l'Hôpital européen Georges Pompidou disposaient d'appareils de mammographie. Grâce à la subvention de la Ville de Paris, pour un montant de 343 000 euros, ce sont aujourd'hui 5 hôpitaux (Rothschild, Saint Louis, Tenon, Necker, Lariboisière) qui bénéficient d'un mammographe. Trois d'entre eux sont d'ores et déjà opérationnels, les appareils de Tenon et Lariboisière étant en cours d'agrément.

Le 29 juin dernier, l'inauguration du mammographe de l'hôpital Saint Louis, en présence de Alain Lhostis, Président suppléant du Conseil d'Administration et de Rose-Marie Van Lerberghe, directrice générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, marque l'accélération du dépistage organisé du cancer du sein à l'AP-HP.

La cancérologie à l'AP-HP et sa place au sein de Ile-de-France

Avec plus d'un tiers des hospitalisations complètes pour la cancérologie en Ile-de-France, près de 30 % des séances de chimiothérapie et environ 16% de l'activité de radiothérapie quel que soit l'âge (proportion qui atteint 35 % en pédiatrie), l'AP-HP occupe une place

régionale importante dans la prise en charge des patients. La cancérologie représente à l'AP-HP environ 16 % de l'activité d'hospitalisation complète et plus de 45 % de l'hospitalisation partielle. En 2002 l'activité a été de 78 217 séjours (725 558 journées) en hospitalisation complète pour 39 784 personnes et 203 000 scéances et admissions en hôpital de jour pour 22 369 patients (plus 6 % par rapport à 2001).

Poitiers

Pôle régional de cancérologie : le projet prend forme

Futur centre de soins, de coordination, d'enseignement, de formation et de recherche du Poitou-Charentes, le Pôle Régional de Cancérologie sera édifié sur le site de l'hôpital de la Milétrie. Avec une superficie de 12 040m² répartis sur 5 niveaux et une capacité de 120 lits et places, cette nouvelle structure offrira une réponse adaptée à l'augmentation du nombre de personnes souffrant de pathologies cancéreuses (+ 7,73%). Le montant du coût prévisionnel des travaux est estimé à une vingtaine de millions d'euros.

Réorganisation de l'activité cancérologique pour une prise en charge globale centrée sur le patient

Le Pôle régional de cancérologie ne se résume pas au regroupement des trois services d'Oncologie ; son originalité va bien au-delà par son ouverture aux spécialistes d'organes. Ainsi, un patient dont le cancer sera diagnostiqué dans un service de spécialité, sera, le cas échéant opéré dans ce même service, le geste relevant de cette discipline. Puis le suivi du malade et sa prise en charge thérapeutique, propres au cancer et non à l'organe, se dérouleront au sein de la structure PRC. Le médecin ou chirurgien spécialiste d'organe restera le médecin référent. Il assurera ce rôle dans le PRC en collaboration étroite avec les cancérologues. C'est à la fois un avantage pour le patient, dont le parcours thérapeutique sera géré par le même médecin, et pour le praticien qui suivra son évolution. La présence des médecins spécialistes d'organes au sein du PRC et le regroupement d'équipes pluridisciplinaires engendreront une orientation plus rapide du malade vers le(s) médecin(s) concerné(s), cancérologue(s) ou non, et les décisions thérapeutiques seront facilitées. "Les médecins référents seront entourés de personnels

formés et experts en cancérologie pour la prise en charge médicale et psychologique de la personne. " explique le professeur Jean-Marc Tourani, chef du service d'Oncologie médicale, membre du comité de pilotage du pôle régional de cancérologie (PRC).

Enfin, les équipes et les patients disposeront du dossier médical unique et communicant, et de tout le plateau des soins de support, tel le réseau ville-hôpital cancérologique qui coordonnera entre autres l'hospitalisation à domicile.

Un atout pour le Poitou-Charentes

Le Poitou-Charentes est l'une des cinq régions sanitaires non dotées de centre de lutte contre le cancer. Le pôle régional de cancérologie renforcera la coordination renforcée entre les acteurs. Lieu d'enseignement et de formation en cancérologie, il sera à la disposition des équipes spécialisées et pour les autres disciplines médicales et chirurgicales. Enfin, le PRC s'inscrira dans le cancéropôle grand ouest qui regroupe 4 régions (Centre, Pays-de-Loire, Bretagne et Poitou-Charentes) et dont la vocation est de développer la recherche fondamentale et le transfert vers la recherche clinique. De son côté, le pôle régional de cancérologie consacra une partie de son activité à la recherche clinique, clinico-biologique et fondamentale, en collaboration étroite avec le Centre de recherche clinique et la Délégation régionale à la recherche clinique. Un espace recherche sera d'ailleurs intégré au bâtiment ainsi qu'une tumorothèque.

Pôle régional de cancérologie : caractéristiques techniques

Le futur bâtiment dédié à la cancérologie sera construit sur le site de l'hôpital de la Milétrie, à proximité immédiate de Jean Bernard, en liaison avec l'ensemble du plateau technique. D'une surface de 12000m², sa capacité d'accueil s'élèvera à 56 lits d'hospitalisation conventionnelle, 26 lits d'hospitalisation de semaine et 30 places d'hospitalisation de jour.

84 postes non-médicaux et 5 postes médicaux seront créés. Il sera équipé de matériels de traitement en imagerie et en radiothérapie : 1 mammothome, 1 scanographe dédié pour simulation de traitement et 4 accélérateurs.

Planning du programme

- 14 janvier 2004 : signature de l'avenant au Contrat d'objectifs et de moyens
- 1^{er} trimestre 2004 : définition du programme et du programme

- technique détaillé (PTD)
- 2^{ème} trimestre 2004 : concours d'architecture
- octobre 2004 : choix de la maîtrise d'œuvre
- fin 2005 : début des travaux
- 2^{ème} semestre 2007 : ouverture

Rouen

Annnonce d'un cancer

Le CHU de Rouen - Hôpitaux de Rouen, premier établissement de Haute-Normandie retenu dans le cadre de l'expérimentation nationale autour du "dispositif d'annonce d'un cancer à un patient"

Le soutien psychologique des patients atteints d'un cancer figure parmi les 70 mesures du Plan cancer lancé en mars 2003 par le Président de la République. Pour améliorer à la fois l'information et l'accompagnement des patients, le Ministère de la Santé, en association avec la Ligue Contre le Cancer, a lancé au mois de décembre 2003 un appel à projet portant sur l'annonce du cancer aux patients. Le CHU de Rouen fait partie des 37 établissements retenus en France, le premier de la région Haute-Normandie.

Le projet du CHU

Ce projet a fait l'objet d'une étude de faisabilité dans le service d'Hépatogastro-Entérologie et Nutrition en 2003 : chaque patient chez lequel un cancer est découvert est d'abord reçu par le médecin responsable du diagnostic, puis immédiatement après, par une infirmière.

Ce temps d'écoute est l'occasion de fournir au patient des informations complémentaires sur les modalités thérapeutiques, de lui apporter des renseignements très pratiques pour contacter à tout moment l'équipe médicale et soignante depuis son domicile (coordonnées téléphoniques). C'est aussi à ce moment là que le patient choisit la date du début du traitement et la façon dont il va se dérouler. Enfin, le médecin traitant est informé directement par téléphone des conclusions du médecin hospitalier, avant même l'envoi du compte-rendu écrit.

Moyens mobilisés

La mise en oeuvre de ce projet et son évaluation, requièrent pour une année :

- 2,5 postes de soignants à répartir dans 5 services expérimentateurs ;
- 0,5 poste d'enquêteur pour l'évaluation quantitative ;



- 0,5 poste d'enquêteur (profil : psycho-sociologue) pour les entretiens et leur analyse.

A court terme, les dispositions mises en place dans le service d'Hépatogastro-Entérologie et Nutrition vont être étendus à 4 nouveaux services particulièrement investis en cancérologie (Urologie, Oncologie pédiatrique, Dermatologie et Pneumologie) ; dans un second temps, l'ensemble des services impliqués dans la prise en charge des cancers sera concerné.

Une évaluation quantitative et qualitative du point de vue des patients sera assurée ; les attentes et contributions des associations de malades seront prises en compte.

La cancérologie au CHU de Rouen

Le CHU de Rouen, 1^{er} centre cancérologique de Haute-Normandie (hors radiothérapie), a assuré en 2003 plus de 14 000 séjours d'hospitalisation pour cancers, dont 32% pour chimiothérapie. Les cancers les plus souvent pris en charge sont digestifs (29%), respiratoires (18%), hématologiques (14%), cutanés (8%), uro-génitaux (8%), neurologiques (4%), ORL -stomato (4%), osseux (4%).

Avec le Centre Henri Becquerel, le CHU de Rouen constitue le site de référence en cancérologie au sein du réseau Onco-Normand.

Amiens

Un Ablatherm partagé dans le nord de la France

Acquis par le CHU d'Amiens et mis, par convention, à disposition des CHU de Lille, Reims et Rouen, l'Ablatherm mobile sera véhiculé sur chacun des sites où il sera installé pour des sessions de 3 semaines. Grâce à cette collaboration inter-régionale, les patients du nord de la France (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie, Champagne-Ardennes) disposeront de la toute dernière innovation technologique en matière de traitement du cancer de la prostate localisée.

L'appareil est opérationnel depuis avril 2004. Le montage juridique choisi permet de faire bénéficier, aux patients des 4 CHU, de la mise en œuvre d'une innovation technologique, facteur d'un réel progrès dans les possibilités thérapeutiques de prise en charge. Le partenariat établi, en regroupant les files actives des établissements, permet d'atteindre une masse critique suffisante à l'acquisition

d'un appareil coûteux tout en élargissant les périodes d'utilisation.

Actuellement, il n'existe que 6 appareils de ce type en France.

L'Ablatherm est une technique de traitement **peu invasive** qui permet de réduire le séjour hospitalier et de limiter les effets secondaires. Le principe de l'Ablatherm repose sur la **destruction des tissus tumoraux** par concentration d'**ultrasons de haute intensité** émis par voie endorectale, avec repérage échographique. Le faisceau convergent d'ultrasons de haute intensité va s'accompagner localement d'une élévation brutale de température qui détruit le tissu néoplasique prostatique dans la zone cible, sous couvert d'un refroidissement continu protecteur de la muqueuse rectale. Cette méthode applicable à certains cancers prostatiques localisés ou après échec de radiothérapie, présente l'avantage d'une moindre agressivité thérapeutique. Le traitement, qui dure 3 à 4 heures, est réalisé sous anesthésie générale ou loco-régionale permettant une reprise de l'alimentation le soir de l'intervention et le retour à domicile après l'ablation de la sonde vésicale, quelques jours plus tard. La surveillance ultérieure prolongée permet d'espérer un bénéfice encourageant avec morbidité réduite. Le patient peut en général sortir de l'hôpital quelques jours après l'intervention.

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers de l'homme. Son diagnostic précoce, de fréquence croissante après 50 ans, est le meilleur garant du succès thérapeutique. A ce stade, les méthodes thérapeutiques curatives classiques (Chirurgie ou Radiothérapie) sont complétées par des méthodes alternatives nouvelles : la Curiethérapie et les Ultrasons Focalisés à Haute Intensité (HIFU).

Le matériel, mis au point par l'équipe U 281 INSERM de Lyon a été développé par l'entreprise française EDAP-TECHNOMED commercialisé sous le nom d'Ablatherm. Sa diffusion est actuellement limitée en France à quelques centres. Après 8 années d'utilisation et plus de 4000 patients traités en Europe, cette technique a démontré ses possibilités et son intérêt notamment pour les patients ne relevant pas de la chirurgie ni de la radiothérapie en raison de leur âge ou de contre-indications à ces techniques.

Coût de l'Ablatherm : 600 000 euros

→ Maladie d'Alzheimer

Méotis, le réseau régional de la mémoire

Nord-Pas-de-Calais

Lille

Un institut pour lutter contre le vieillissement

Nice

Lille

Méotis, le réseau régional de la mémoire Nord-Pas-de-Calais

Le 20 septembre 2004, 32 établissements, professionnels de santé et partenaires du Nord-Pas-de-Calais, s'impliquant depuis 1999 dans un travail pluridisciplinaire, ont signé la convention constitutive de Méotis, le premier réseau Alzheimer agréé en France, unissant ainsi leurs efforts pour mieux lutter contre la " maladie du siècle ".

Méotis assure une meilleure complémentarité entre les acteurs de santé en vue d'établir un diagnostic précoce, d'optimiser l'organisation des soins et d'assurer un suivi médical, psychologique et social des patients. Sa vocation est d'améliorer la prise en charge globale des patients et de soulager les aidants. Ses actions visent prioritairement à sensibiliser et former les professionnels de santé pour développer la prévention, le dépistage et le diagnostic précoce, à favoriser les collaborations intersectorielles avec l'ensemble des partenaires (libéraux, hospitaliers, associatifs, institutionnels) et les autres réseaux pour partager les informations et ainsi coordonner les intervenants. Ce partenariat devrait également permettre d'accentuer la recherche et de créer un espace éthique.

Le projet est soutenu par l'ARH, l'URCAM et la CPAM. Au regard de la prévalence régionale de la maladie et des initiatives concrétisées depuis sa reconnaissance, les trois financeurs ont décidé d'augmenter considérablement la dotation initiale du Réseau, la portant de 184 000 € initialement à 726 000 € pour l'exercice 2004-2005.

La maladie d'Alzheimer touche, en France, 850 000 personnes, soit 5 % des personnes de plus de 65 ans. On estime que la progression de la maladie

est d'environ 165 000 cas par an. Cette prévalence doublera dans les années 2020, compte tenu du vieillissement attendu de la population. La région Nord-Pas-de-Calais compte environ 45 000 patients (entre 50 000 et 60 000 toutes démences confondues).

La Maladie d'Alzheimer est un ensemble de symptômes qui touche le fonctionnement intellectuel et comportemental mais n'affecte pas initialement les fonctions motrices, sensibles ou sensorielles. Elle génère ainsi des pertes de mémoire, une diminution des facultés de jugement et de raisonnement, des changements d'humeur et de comportement.

Cette maladie neurologique, dont la prévalence a considérablement augmenté en raison de l'allongement de l'espérance de vie, est la cause principale de démences des personnes âgées mais elle n'est pas une conséquence du vieillissement ni une conséquence des événements de la vie.

Un aménagement adapté

L'aménagement intérieur du bâtiment revêt une importance toute particulière pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Chaque détail, comme le choix des équipements, l'utilisation de la couleur, le traitement de la lumière, doit permettre d'adapter l'architecture aux besoins et aux aptitudes des malades désorientés et hyperactifs comme à ceux des résidents confinés au lit et au fauteuil. Les espaces dédiés aux structures de longs séjours et aux unités d'accueil spécialisées Alzheimer doivent être des lieux de vie intégrant cuisine, espace de lumière et de convergence, une distribution des chambres sans couloir devant permettre une déambulation des patients et faciliter leur surveillance.

Un projet intégré au réseau ville-hôpital

Ce projet permet d'installer au cœur de la ville une structure d'information sur le vieillissement normal, mais aussi de proposer des solutions pour l'ensemble du parcours ville-hôpital des patients souffrant de la maladie et de pathologies apparentées.

Cet Institut de soins est destiné à la population de la ville de Nice, mais aussi à l'ensemble des professionnels de santé d'origine libérale ou institutionnelle impliquée dans le domaine.

Le montant des travaux s'élève à environ 15 millions d'euros. La fondation Claude Pompidou en finance la moitié.

L'engagement du CHU de Nice contre la maladie d'Alzheimer

Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherches du CHU de Nice a été labellisé. A la pointe des soins et de la recherche sur la maladie d'Alzheimer, il fait partie de la fédération des CHU du Sud de la France avec Bordeaux, Toulouse et Montpellier. Cette Fédération prend en charge 15 % de l'activité concernée mais représente 60% des publications nationales sur le sujet.

la maladie d'Alzheimer en PACA

55 800 cas ont été recensés en Provence-Alpes - Côte d'Azur et 18 000 dans les Alpes-Maritimes. Les projections nationales, annoncent un doublement de cette population entre 1990 et 2020.

La part des personnes âgées en 1999 dans le 06 est l'une des plus importantes de France. On compte 21,8 % de plus de 65 ans dans les Alpes maritimes alors

que la moyenne nationale est de 15,4 %. Et à l'avenir l'augmentation sera plus forte dans les zones urbanisées (+10 %). Pourtant, les équipements (secteurs sanitaires, hébergement collectif, soins à domicile...) restent moindres par rapport aux autres régions de France (INSEE). L'espérance de vie à 60 ans en PACA est plus élevée que la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes avec une progression de plus de 200% pour les 75 à 85 ans et de 400% pour les plus de 85 ans (INSEE).

Une étude réalisée en 2002 conclut à l'accroissement significatif du nombre d'hospitalisations des personnes âgées au sein du CHU de Nice en fonction de l'âge et en nombre d'hospitalisations de court séjour. Ce constat impose une remise en question des modalités de prise en charge des personnes âgées, surtout lorsqu'elles sont en situation de dépendance.

→ Chronique médicale

L'Unité de neuromyologie

fête ses 10 ans **Fort-de-France**

Un centre de pointe pour le cathétérisme cardiaque pédiatrique **Marseille**

La greffe rénale enfin possible aux Antilles-Guyane **Pointe-à-Pitre**

TCA : Une nouvelle unité psychiatrique tournée vers l'alimentation et l'image du corps **Saint-Etienne**

L'espace naissance **Strasbourg**

La capsule vidéo-endoscopique **Toulouse**

Fort-de-France

L'Unité de neuromyologie du CHU fête ses 10 ans

Cet anniversaire est l'occasion pour le Dr Rémi Bellance de rappeler que 10 ans ont suffi pour transformer la première consultation multidisciplinaire dédiée aux maladies neuromusculaires de Martinique en un pôle de référence en mesure d'apporter diagnostic et soins de haute technicité aux patients



Nice

Un institut pour lutter contre le vieillissement

Un Institut de Soins et d'Enseignement sur le Vieillissement de 100 lits sera créé d'ici à 2007 pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer. La Fondation Claude Pompidou soutient activement ce projet.

Déclinaison locale du plan Alzheimer, l'établissement comportera plusieurs unités : un centre d'interaction et d'activités externes, une structure d'hébergement relais de 20 lits, une structure de long séjour de 50 lits et une structure spécialisée pour les patients souffrant de maladie d'Alzheimer regroupant deux unités de 15 lits et un espace adapté aux handicaps et aux troubles du comportement comme la déambulation

A la fois lieu de formation et d'information, l'Institut renseignera le public sur le vieillissement normal et pathologique et sur les structures de soins. Il enseignera aussi aux professionnels les nombreuses techniques de stimulations et d'entraînement de la mémoire en s'appuyant sur les dernières découvertes dans le champ des neurosciences et de la psychologie relationnelle.

Des services qui s'étoffent au fil des ans

La première consultation multidisciplinaire et l'unique laboratoire de la région spécialisé dans les maladies neuromusculaires ont été ouverts grâce au soutien massif de l'Association Française des Myopathies (AFM) et à la contribution du Conseil Général de la Martinique. L'accès et la qualité des soins s'en trouvèrent immédiatement améliorés.

L'aide de l'AFM a également permis de créer la banque d'ADN. Petit à petit, le noyau de spécialistes regroupés en équipe pluridisciplinaire s'étoffe. Désormais, leurs compétences couvrent l'essentiel des besoins au travers d'une consultation de psychologie médicale, de génétique, de nutrition, de neuropsychologie.

Loin d'être sectaire et repliée sur elle-même, cette unité accueille une consultation de neuropédiatrie et plus récemment une consultation de neurogénétique. Au total, une vingtaine d'intervenants mettent leurs compétences et leur dévouement à la disposition des patients.

L'unité de neuromyologie du CHU de Fort-de-France a largement contribué à la mise en place de structures comme les consultations multidisciplinaires de Guadeloupe et de Guyane.

Par ses missions et ses capacités d'accueil, elle permet d'apporter aux patients des îles voisines, principalement Sainte Lucie et la Dominique, voir les îles lointaines, le diagnostic et les soins de haute technicité.

" Notre pari est de mettre en place un pôle de référence complet, accessible au plus grand nombre grâce à une coopération régionale harmonieuse. Une telle prise en charge médicale reste la base pour permettre l'épanouissement des patients, le plus souvent des jeunes enfants et des familles, atténuant le poids de la maladie en attendant de disposer de traitements curatifs " conclut le Dr Bellance qui relève le défi !

Marseille

Un centre de pointe pour le cathétérisme cardiaque pédiatrique

Insuffisance cardiaque, bébés " bleus ", aorte bouchée... les enfants victimes de malformations ou d'accidents cardiaques sont de plus en plus nombreux à être soignés à la Timone devenue centre de pointe pour le bassin du grand sud de Toulouse à Monaco. Pour évaluer la gravité des cardiopathies

congénitales et chaque fois que cela est possible, pour éviter une intervention chirurgicale, les équipes utilisent le cathétérisme. Technique perfectionnée par le Dr Alain FRAISSE après plusieurs années de formation dans les services de cardiologie du Children's Hospital de Boston et de l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

En 8 ans, le nombre de cathétérismes a été multiplié par 5

" Si l'activité de cathétérisme s'est rapidement développée à la Timone, c'est parce que nous collaborons avec des équipes disponibles 24 h sur 24 que ce soit en chirurgie cardiaque (Pr Métras) ou en anesthésie-réanimation (Pr Camboulives)", indique le Dr Alain Fraisse qui exerce au sein du département de cardiologie dirigé par le Pr Djiane. Une coopération qui a démontré son efficacité puisque **le nombre de cathétérismes cardiaques pédiatriques effectués annuellement à la Timone est ainsi passé de 39 en 1996 à plus de 200 en 2004.**

Une technique douce mais délicate

Il s'agit d'une intervention délicate, pratiquée par des équipes hautement spécialisées. **Objectif** : introduire une sonde appelée cathéter par piqûre d'un vaisseau en général au pli de l'aîne qui est guidée dans le cœur et les vaisseaux sous contrôle d'une radiographie télévisée. Cette technique permet d'effectuer le diagnostic d'une maladie cardiaque et d'évaluer sa gravité. " Dans plus de 50% des cas, on pratique un cathétérisme interventionnel ", explique le Dr Fraisse. " C'est à dire que l'on effectue un geste thérapeutique, par exemple en créant ou fermant une communication, en dilatant une valve, en dilatant ou en fermant un vaisseau avec si besoin la mise en place d'une prothèse ". L'intervention peut durer plusieurs heures." On pratique toujours une anesthésie générale chez les enfants ".

Premières médicales

Plusieurs " premières " ont été réalisées dans le service grâce à cette technique : fermeture de communications inter-ventriculaires post-traumatiques, perforation d'une cloison inter-auriculaire calcifiée avec un nouveau dispositif de radiofréquence, etc. Certaines prothèses ont été fabriquées sur mesure pour des indications particulières : par exemple, chez une fillette de 4 ans souffrant d'hypertension artérielle pulmonaire menaçant sa vie à très court terme par défaillance des cavités cardiaques droites, une communication a été créée par cathétérisme entre les oreillettes droite

et gauche afin de " décharger " les cavités cardiaques droites. La perméabilité de cette communication inter-auriculaire a été assurée grâce à l'implantation d'une prothèse d'occlusion perforée, fabriquée spécialement pour cette occasion. " Alors que, dans une grande partie des cas, cette communication se bouche, celle de notre patiente, qui a été par ailleurs grandement améliorée par cette procédure, est toujours perméable après 2 ans ".

Travail d'équipe

"L'enseignement et la recherche clinique et fondamentale font également partie de nos missions ", rappelle le Dr Fraisse. " Là encore, nous nous appuyons sur les différents services touchant de près ou de loin à la cardiologie pédiatrique : cardiologie adulte, chirurgie cardiaque, anesthésie-réanimation, urgences, génétique, gynécologie-obstétrique, anatomie pathologique, et d'autres spécialités de l'hôpital d'adultes pour la prise en charge des adultes atteints de malformations cardiaques ". Enfin, pour améliorer la prise en charge des patients, plusieurs projets se dessinent. " Nous prévoyons la création d'une unité d'hospitalisation médico-chirurgicale de cardio-pédiatrie. Un réseau de soins est également à l'étude. " se réjouit le Dr Fraisse.

Pointe-à-Pitre

La greffe rénale enfin possible aux Antilles-Guyane

Le Lundi 26 Avril 2004, l'équipe de greffe rénale "AG7RA" a été déclarée ouverte sur le site du CHU de Pointe-à-Pitre. Cette nouvelle équipe, qui est la première créée en France depuis 1990, a pour mission d'offrir aux Guadeloupéens, Martiniquais et Guyanais la meilleure méthode thérapeutique de la maladie rénale chronique : **la transplantation rénale.**

La maladie rénale chronique est un problème majeur de santé publique aux Caraïbes.

Le nombre de personnes souffrant de maladies rénales (principalement liées à l'hypertension artérielle et au diabète) et traitées par dialyse, est deux fois plus important parmi les populations créoles et indo-créoles que chez les européens. Jusqu'à ce jour, les dialysés résidant aux Antilles et en Guyane devaient, s'ils souhaitaient être greffés, être inscrits sur la liste d'attente d'une équipe métropolitaine (habituellement à Paris). Or, le nombre de greffes réalisées en Métropole est insuffisant et défavorise depuis de nombreuses années les

malades résidant Outre-Mer. C'est pourquoi il s'avérait indispensable de constituer une équipe régionale qui assurerait les greffes, éviterait, du fait de sa proximité, les déplacements coûteux et pénibles des patients et améliorerait les conditions de leur suivi.

Cette étape marque l'aboutissement d'un long processus administratif et d'un considérable travail d'organisation. Elle a été précédée en 1994, jalon essentiel, de la mise en place de l'activité de prélèvement d'organes sur personne en état de mort encéphalique, grâce à l'action sans relâche de praticiens du CHU et au soutien des services de l'Établissement Français des Greffes.

A côté de l'activité de prélèvement s'est constituée, une équipe multidisciplinaire, dont le noyau dur est le pôle universitaire régional de néphrologie - urologie et transplantation rénale, qui a pour vocation de développer l'offre de soins dans le domaine des maladies du rein et de l'appareil urinaire. S'y est adjointe, au sein du laboratoire d'immuno-hématologie, l'activité d'histocompatibilité d'urgence. A un titre ou à un autre, tous les services de soins et médico-techniques du CHU ont participé à ce projet transversal. Enfin, un réseau de soins s'est constitué avec les services de néphrologie, les laboratoires et les acteurs du prélèvement d'organe en Martinique et en Guyane.

Le 1^{er} juin 2004, l'équipe de greffe rénale du CHU réalise dans d'excellentes conditions les deux premières transplantations rénales.

Le CHU de Pointe-à-Pitre a rejoint (pour le bénéfice des malades des Départements Français d'Amérique) la grande aventure de la greffe, tout juste née il y a 50 ans à Paris, à l'hôpital Necker. " Gageons que ce moment augure le futur essor de notre hôpital Universitaire " se réjouit Christian Jolivière, Directeur Général du CHU.

Saint-Etienne

TCA : Une nouvelle unité psychiatrique tournée vers l'alimentation et l'image du corps

Créée récemment, l'unité des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) permet une prise en charge adaptée de pathologies très graves de l'adolescence que sont l'anorexie et la boulimie. La reconnaissance de ces pathologies par la société a entraîné une prise de conscience plus rapide

par les familles et a généré une demande plus importante à laquelle l'unité des Troubles du Comportement Alimentaire du CHU de Saint-Etienne essaie de répondre.

L'unité a ouvert en août 2003. Elle accueille des adolescents ou de jeunes adultes souffrant de boulimie* ou d'anorexie* soit avec un suivi en ambulatoire soit en hospitalisation complète. Six lits d'hospitalisation ont d'ailleurs été créés depuis juin 2003 pour accueillir les cas les plus sérieux. " L'unité est donc récente mais le CHU de Saint-Etienne est un centre de référence dans ce domaine depuis longtemps et le service du Pr Lang effectue des travaux à l'échelon européen. " commente le Dr Guy Carrot.

L'unité a permis de développer le travail corporel au travers de nombreuses activités appelées aussi médiations que le service ne pouvait offrir auparavant.

Il s'agit d'activités centrées sur le corps et toutes liées entre elles : la psychomotricité, la gymnastique douce, les soins esthétiques, le maquillage, la balnéothérapie, la musicothérapie... Ces médiations permettent aux patients de ressentir leur corps, de pouvoir en parler, de libérer leurs émotions, de se percevoir de l'intérieur tout en développant l'estime de soi, mais encore d'apprendre à se regarder et à être regardé. Elles contribuent à reconstruire l'image du corps.

Une activité informatique et vidéo est également proposée. Espace de liberté, cet atelier permet aux patients de partager des expériences de vie au-delà des frontières via internet ou au travers du journal qu'ils ont créé. L'autre activité importante de l'unité, précise le Dr Carrot, est tournée vers l'alimentation. Tous les jours, une dizaine de patients participent, soit au repas pris en groupe pour réapprendre la convivialité, soit à des repas thérapeutiques individuels pour retrouver des repères."

Le psychisme tient une place importante

Depuis une vingtaine d'années, les troubles du comportement alimentaire sont en progression constante. 9 patientes sur 10 sont des filles. La boulimie et l'anorexie touchent plus particulièrement les filles qui souffrent plus de troubles liés au corps tandis que les garçons présentent plus des troubles du comportement. Les problèmes liés au poids sont souvent somatiques c'est pourquoi la prise en charge est toujours bifocale : psychomotrice et psychique. L'objectif poursuivi par le patient est d'arriver à se détacher du symptôme. Ce sont des pri-

ses en charge longues et lourdes qui se poursuivent trois à quatre ans après la reprise de poids.

Une équipe pluridisciplinaire

- chef de service : Pr François Lang
- médecin responsable de l'unité : Dr Guy Carrot
- Dr Vanessa Girard
- cadre infirmier : Henri Odde
- équipe infirmière : Nicole Grataloup, Dominique Peagno, Rose-Marie Soutrenon, Christian Flandin, Bernard Pichon.
- aide-soignante : Martine Joubert
- psychologues
- psychomotricienne : Odile Gaucher-Hamoudi

D'après un article d'Isabelle Zedda chargée de communication

Strasbourg

L'espace naissance

Le 4 mai 2004, le CHU de Strasbourg a ouvert un espace naissance situé au 5^{ème} étage de l'hôpital mère-enfant de Hautepierre. Ce nouveau centre est issu de la fusion des services de gynécologie-obstétrique 1 et 2 en un département. Pour permettre ce regroupement, il a fallu réorganiser les pratiques aussi bien médicales que soignantes afin d'harmoniser et d'améliorer la prise en charge des patientes. Dirigé par le Pr Isarèl Nisand, l'espace naissance est pensé en fonction du niveau de prise en charge : une maison de naissance pour accoucher " comme à la maison " et des salles de naissance de niveau 3 pour les grossesses à risque. Et dans ce lieu où débute la vie, l'art contemporain a toute sa place grâce à un partenariat inédit avec le Fonds Régional d'Art Contemporain d'Alsace. " Nous voulions offrir aux futures mamans et à leur famille des conditions optimales de sécurité, d'accueil et de confort, un des objectifs du projet d'établissement des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. " résume le Pr Nisand

Visite des lieux

L'espace de la naissance comporte une partie " ouverte ", dite d'accueil des urgences gynécologiques. Dans cette zone la patiente est prise en charge 24h/24 h par une sage-femme qui examine la patiente et, si besoin, l'oriente vers un médecin. Dans le cas d'une grossesse normale, la patiente et son conjoint sont ensuite accueillis dans la partie " salle de

naissance " et " maison de naissance " par une des trois sages-femmes de ce secteur. L'espace dédié à la naissance comporte 3 parties :

- 7 salles d'accouchement,
- 2 salles de césarienne,
- une maison de naissance comprenant 4 salles.

Les salles de naissance

Les 7 salles d'accouchement sont plus particulièrement destinées aux patientes ayant besoin d'une médicalisation soit parce que la grossesse est à risque, soit par exemple, parce les patientes souhaitent bénéficier d'une analgésie péridurale. L'analgésie péridurale, en l'absence de contre-indication médicale, est possible 24h/24h grâce à la présence continue d'un médecin anesthésiste.

En effet, l'hôpital de Hautepierre comporte une maternité de niveau 3 qui dispose des équipements et du personnel nécessaires à la prise en charge des grossesses à risque et notamment la prise en charge des très grands prématurés, de bébés et/ou de femmes ayant besoin de soins particuliers dès l'accouchement.

Un pédiatre, un gynécologue-obstétricien et un anesthésiste sont présents en cas de difficultés.

La maison de naissance

La maison de naissance est un espace dans lequel la femme enceinte peut accoucher " comme à la maison " c'est-à-dire en démedicalisant la naissance pour les femmes qui le souhaitent et lorsque cela est médicalement possible sans pour autant en accroître le risque en cas de complication inopinée.

Ce projet est mis sous la responsabilité des sages-femmes et constitue aussi une manière d'enrichir leur métier. Mais il permettra surtout aux patientes de se réapproprier leur accouchement parfois discrètement subtilisé par des contraintes inutiles et coûteuses imposées par les professionnels.

Les sages-femmes s'assurent par des contrôles brefs mais réguliers que l'enfant à naître et la future maman vont bien. En cas de complication, les parurientes bénéficient immédiatement de toute l'infrastructure hospitalière. En effet lors d'un accouchement difficile, la rapidité est un facteur essentiel de la survie du bébé ou de la femme.

Le département fait partie de la fédération de gynécologie-obstétrique qui regroupe la maternité de l'hôpital civil (chef de service : Pr Brettes) et le CMCO (service également dirigé par le Pr. Nisand).

Durant les 5 premiers mois, plus de 1200 accouchements ont eu lieu dont 20 à l'espace de la naissance.

Quand l'art illumine les premiers jours de la vie

La maison de naissance innove aussi par son programme artistique, fruit d'un partenariat entre le département de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital de Hautepierre et le Fonds Régional d'Art Contemporain d'Alsace. Des oeuvres sont prêtées pour 6 mois par le Frac et mises en situation dans l'espace naissance. Chaque exposition est le fruit d'une rencontre entre un groupe du département de gynécologie obstétrique et des professionnels du FRAC.

Ce projet culturel favorise l'émergence d'une identité propre au service, il contribue également à humaniser l'hôpital et à l'inscrire dans la cité comme un espace et un lieu social où la culture a pleinement sa place.

Toulouse

La capsule vidéo-endoscopique

Une exploration en " temps réel " de l'intestin grêle.

Le CHU de Toulouse dispose depuis un an d'un nouveau dispositif d'exploration non invasif qui permet de déceler des lésions ou des tumeurs de l'intestin grêle que l'endoscopie classique n'aurait pas diagnostiquées.

Certaines anémies restent inexplicables chez des patients après une gastroscopie et une coloscopie négatives. La capsule-vidéo, véritable micro-caméra qui chemine dans l'intestin, permet de localiser des tumeurs ou des lésions vasculaires planes, très difficiles à déceler. Elle peut également mettre en évidence les lésions précoces de la maladie de Crohn. **Les images transmises par la vidéocapsule sont particulièrement précieuses pour localiser des lésions planes (angiomes, érosions) ou protubérances (polypes, tumeurs) en période hémorragique.**

" Nous sommes dans la phase de première mise en œuvre d'une technologie, confirment les Pr Louis Buscail, Jean Escourrou et le Dr Jacques Moreau, du service de Gastro-entérologie et nutrition de l'hôpital de Rangueil. "

Constituée d'un endoscope, contenu dans une gélule de 27 mm de longueur sur 11, la capsule, qui pèse moins de 4 gr, transmet de façon continue des images vidéo de l'intestin grêle de très bonne qualité. Les données électroniques sont stockées dans un petit boîtier enregistreur portable fixé à la ceinture du patient. La durée de vie des batteries de la capsule est de 6 à 8 heures. Ce temps est largement suffisant pour permettre

à la capsule d'atteindre la terminaison de l'intestin grêle et franchir la valvule de Bauhin pour pénétrer dans le colon. Les données enregistrées sont alors décryptées sous forme d'images grâce à un logiciel adapté puis visualisées sur l'écran d'un ordinateur. Le temps de lecture des images est de l'ordre de 45 minutes. Des améliorations du logiciel permettent dès à présent d'accélérer cette lecture et de visualiser directement des zones hémorragiques. Il s'agit d'une exploration totalement indolore et ne nécessitant pas de préparation particulière.

Cette technologie n'est pas encore adaptée à l'exploration de l'œsophage, de l'estomac ou du colon, la capsule émettant une lumière trop faible pour les grandes cavités. En revanche, les résultats sont probants dans l'exploration de l'intestin grêle, jusqu'alors réputée délicate. La sensibilité de cet examen pour le diagnostic de lésions du grêle est de l'ordre de 90 %, ce qui correspond à une progression de près de 60% par rapport au transit radiologique du grêle et de 20% par rapport à l'entéroscopie.

La vidéo capsule ne peut pas remplacer totalement l'entéroscopie.

Cette exploration invasive utilisant un endoscope très long poussé par voie haute (orale) et basse (anale) nécessite une anesthésie générale prolongée. La principale contre-indication à la vidéocapsule est la suspicion d'un rétrécissement serré de l'intestin qui pourrait conduire au blocage de la vidéocapsule, nécessitant alors son ablation chirurgicale. Pour prévenir cette complication une " fausse capsule " (patency capsule) a été développée. Celle-ci se délite automatiquement en 24 à 48 heures lorsqu'il existe un blocage intestinal.

Le coût de cette vidéo capsule à usage unique est environ de 600 euros. Elle n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale. Au CHU de Toulouse, le financement de 15 à 20 capsules par an est assuré, pour trois ans, dans le cadre des activités nouvelles. Cette innovation vient d'être retenue comme prioritaire à l'échelon national.

Pour gérer au mieux ce budget et argumenter le développement de cette technique, les médecins responsables de cette activité ont créé un comité pour évaluer ses indications. L'objectif est de ne retenir que les indications justifiées pour des patients issus non seulement du CHU mais également de toute la région Midi-Pyrénées. !

→ Prévention

Surdité : 8 000 nouveau-nés dépistés en Champagne-Ardenne **Reims**

La Radioprotection s'expose en interne **Caen**

Reims

Surdité : 8 000 nouveau-nés dépistés en Champagne-Ardenne

Sous l'impulsion du CHU de Reims, la Champagne-Ardenne propose un dépistage systématique de la surdité congénitale des nouveau-nés, dans les maternités de ses quatre départements : les Ardennes, la Marne, l'Aube et la Haute-Marne. Une première en France ! Depuis janvier 2004, 8000 bébés ont été testés soit 97,6% des enfants champardennais. L'objectif de 100% devrait être atteint à la fin de l'année !

Pour que dès leur plus jeune âge, les enfants puissent bénéficier d'un diagnostic et d'un appareillage précoce, gage d'un meilleur pronostic pour leur communication orale, un collectif fédérant tous les acteurs du secteur public et privé de Champagne-Ardenne s'est constitué. " Médecins ORL, pédiatres, orthophonistes, gynécologues, généticiens, sages-femmes, neurologues, ARH, URCAM, associations... se sont réunis pour organiser et financer le dépistage systématique chez tous les nouveau-nés de la région, sans attendre les résultats de la commission d'experts nationaux " souligne le Pr Chays, chef du service ORL à l'hôpital Robert Debré qui a œuvré durant plusieurs mois à la réussite de cet ambitieux projet.

Un partenariat du diagnostic à l'appareillage

L'URCAM couvre les frais d'engagement des maternités libérales de la région dans le cadre d'un financement FAQSV et l'ARH finance l'achat du matériel nécessaire dans chaque hôpital public. Dans les maternités le dépistage suit une méthodologie définie après un long travail de reconnaissance sur le terrain " Nous souhaitons ne pas déstructurer l'organisation des équipes, étant conscient de leur demander un acte supplémentaire à réaliser sur le nouveau-né, aussi utile et nécessaire soit-il " explique le Dr Schmidt praticien-hospitalier du service ORL.

La gestion du dépistage de la surdité est assurée par l'Association Régionale

Champagne-Ardenne pour le Dépistage et la Prévention des Maladies Métaboliques et des Handicaps de l'Enfant (ARCAMMHE).

Les méthodes de dépistage

Le test appelé OEAP- otoémissions acoustiques provoquées- ne dure que quelques minutes : un signal sonore est émis et le mouvement des cellules ciliées externes génère à l'intérieur de la cochlée une énergie mécanique propagée au conduit auditif via la chaîne ossiculaire et le tympan. L'appareil enregistre un spectre d'OEAP qui peut être normal, douteux ou absent. En cas de résultats douteux ou absents, le test doit être refait et si les résultats demeurent les mêmes, un bilan plus complet sera effectué avec des Potentiels Evoqués Auditifs (PEA). Ce dernier test est basé sur le recueil d'un signal électrique.

La prise en charge de la surdité

La surdité profonde de l'enfant requiert des mesures éducatives, un accompagnement parental, un suivi orthophonique et une rééducation auditive. Le principe des prothèses auditives dites conventionnelles est fondé sur une amplification et un traitement du signal sonore mais une activité résiduelle de l'oreille interne est requise afin d'assurer la transformation des signaux sonores mécaniques en signaux électriques pour le nerf auditif. Lorsque la surdité est profonde, une implantation cochléaire doit être envisagée. L'implant comporte une partie externe (microphone et microprocesseur) et une partie interne (porte-électrodes) implantées chirurgicalement dans la cochlée. Son microprocesseur assure le codage du son en signaux électriques, lesquels sont restitués en regard des terminaisons du nerf auditif dans l'oreille interne. Le coût élevé de l'implant est actuellement pris en charge au titre des techniques de pointe. On peut implanter un enfant dès l'âge de un an.

En Champagne-Ardenne, au moins 10 implants cochléaires sont nécessaires chaque année. Pour 2004, 5 seulement seront financés par la dotation nationale, une demande a été faite auprès de l'ARH pour financer les 5 autres. " Les compétences médicales et techniques existent mais des raisons budgétaires et parfois culturelles empêchent les enfants de bénéficier de cette technique performante de prise en charge de la surdité profonde congénitale. " déplore le Pr Chays.

La surdité chez l'enfant est loin d'être exceptionnelle. Un enfant sur mille est atteint à la naissance d'une surdité sévère ou profonde. 2/3 d'entre eux n'ont aucun antécédent familial, et un enfant sur cinq cents est atteint d'une surdité légère.

Caen

La Radioprotection s'expose en interne

Scanner, scintigraphie, radiographie, mammographie... de nombreux appareils médicaux nécessaires aux diagnostics ont recours aux rayonnements ionisants entraînant un risque d'irradiation. Même si celui-ci reste faible, l'absence de certitude scientifique et de résultats mesurables conduit à adopter une attitude prudente. Au CHU, des mesures et des règles de protection, de prévention, de surveillance se mettent en place dans les services d'imagerie. Elles concernent le patient et le personnel.

L'irradiation médicale est la principale source d'irradiation artificielle. Son importance est fonction de la "consommation radiologique" c'est-à-dire du nombre d'actes médicaux mettant en jeu des sources de rayonnements ionisants et entraînant de ce fait un risque d'irradiation. Lors d'exams radiologiques, les doses reçues par les patients sont faibles et n'ont jamais conduit à observer d'effets secondaires. Il est cependant établi que les rayonnements ionisants reçus à fortes doses, à la suite d'incidents ou d'accidents, peuvent avoir des effets biologiques secondaires. Ils surviennent quelques heures ou mois après l'irradiation et se manifestent par des troubles digestifs, de l'érythème, une stérilité temporaire, une ménopause artificielle, des syndromes neurologiques..., ou quelques années plus tard sous la forme de cancers, de mutation génétique...

Mesures phares pour prévenir le risque d'irradiation médicale

- **Le recrutement d'un ingénieur compétent en radioprotection** chargé de veiller au respect des normes de protection contre les rayonnements ionisants, d'analyser les situations et les modes de travail en zone contrôlée et surveillée. Aurélie Dieny participe avec la Médecine du travail à l'information et à la formation des personnels exposés, à l'évaluation des risques et à la mise en place des mesures de radioprotection.

- La création d'une cellule de radioprotection

- Un réseau de cinq personnes référentes assure le lien entre la Personne Compétente en radioprotection et chaque service.

Cette organisation est complétée par une information du patient. Le médecin réalisateur de l'acte radiologique indique dans le compte rendu d'examen toute information utile, pour déterminer la dose reçue par le patient qui dépend en effet de nombreux facteurs comme, par exemple, la corpulence du malade et des caractéristiques des appareils liées à leur ancienneté.

Un équipement de protection est mis à la disposition des agents : lunettes, gants, tabliers plombés et protège-thyroïde. Selon les besoins, des paravents plombés sur rail ou mobiles sont installés dans les salles d'examen. Les zones d'exposition sont identifiées et délimitées. En zone surveillée, les agents peuvent recevoir une dose supérieure à 1 mSv. En zone contrôlée, cette dose peut être supérieure à 6 mSv.

Pour optimiser la Radioprotection, des études de poste dans les services d'Imagerie vont débuter en 2004. Elles s'accompagneront d'une évaluation prévisionnelle des doses collectives et individuelles susceptibles d'être reçues aux postes de travail.

La médecine du travail renforce la surveillance du personnel

Chaque agent dispose d'une carte individuelle de suivi médical. Le contrôle des doses reçues par le personnel est effectué au moyen de la dosimétrie passive (dosifilm) et de la dosimétrie active dite opérationnelle (dosimètre électronique).

La formation à la radioprotection

En 2003, la formation à la radioprotection a concerné 42 agents de Cardiologie et de Médecine Nucléaire ainsi que les personnes référentes. Elle sera étendue à l'ensemble des autres services de Radiologie.

L'enseignement est obligatoire, il porte sur les procédures générales, les risques, les règles de prévention et de protection, la conduite à tenir en cas de situation anormale.

Le contrôle des appareils d'imagerie

Au CHU, la mise en place de procédures, d'opérations de maintenance et de contrôles de qualité permet de maintenir la dose de rayonnement au plus bas. Les appareils sont contrôlés tous les ans par un organisme indépendant.

D'après un article de Martine Guesdon, Vincent Kubler, Rui-Jorge Monteiro

→ Qualité

Descente d'organes : diffusion sécurisée de l'innovation

Clermont-Ferrand

Service d'hématologie, 1^{er} service accrédité " JACIE " en France Lyon

Clermont-ferrand

Descente d'organes : diffusion sécurisée de l'innovation

L'incontinence et la descente d'organes mobilisent davantage la communauté scientifique que les médias. En août dernier 3 500 urologues, gynécologues, médecins rééducateurs, neurologues sont venus confronter leur expérience et évaluer les toutes dernières techniques réparatrices : les plus innovantes, les plus sûres, les moins traumatisantes, celles qui amélioreront durablement la vie de millions de femmes. Succès dont les journalistes se font désormais l'écho, levant ainsi le voile sur ces maladies taboues.

Le congrès qui regroupait deux sociétés internationales focalisées sur l'urogynécologie s'est déroulé sous la présidence du Pr Bernard JACQUETIN, chef du service gynécologie - obstétrique, Hôtel-Dieu*. L'approche médicale, palliative, rééducative et chirurgicale de ces troubles si fréquents de la sphère urinaire, de l'appareil génital féminin et du système digestif terminal a été discutée durant près d'une semaine par des spécialistes du monde entier. Mais connaître une innovation n'est pas l'adopter. Pour passer de l'un à l'autre il faut suivre un apprentissage - véritable compagnonnage : " A l'instar de la chirurgie plastique et esthétique, la chirurgie réparatrice des troubles de la statique pelvienne est un artisanat : elle nécessite une pratique assidue, et une confrontation régulière avec d'autres opérateurs expérimentés. " précise le Pr Jacquetin dont le service a lancé en France une technique simplifiée de cure d'incontinence urinaire d'effort, la fameuse bandelette TVT. Toujours à l'avant-garde il enseigne maintenant la pose des prothèses synthétiques de renforcement tissulaire.

Formation continue de la statique pelvienne à la maternité de l'hôtel Dieu

L'innovation ne vaut que si elle est diffusée dans le respect des bonnes pratiques. Un enseignement sécurisé est assuré par

la Maternité de l'Hôtel-Dieu qui reçoit chaque année une centaine de chirurgiens, jeunes pour la plupart, mais parfois confirmés, venant des 4 coins de la France. Ils suivent en direct les interventions, apprennent les gestes aux côtés des praticiens chevronnés... et surtout ils étudient comment perfectionner leurs modes opératoires dans l'intérêt de leurs patientes. Les sessions ont lieu plusieurs fois par an et s'étalent sur 3 journées. Formations pratiques alternent avec les cours théoriques. A la Maternité de l'Hôtel-Dieu, les praticiens privilégient dans 90 % des cas les interventions réalisées par la voie vaginale, abord "naturel".

*Il existe un autre service de gynéco-obstétrique à l'Hôtel-Dieu

Lyon

Greffe de cellules souches hématopoïétiques chez l'adulte : le Service d'hématologie, 1^{er} service accrédité " JACIE " en France

Reconnaissance officielle, l'homologation " JACIE " conforte le travail mené depuis trois ans par le personnel médical et paramédical du service d'hématologie. L'équipe a analysé les différentes étapes de leur activité, construit et validé des procédures adéquates - de la visite avant la greffe jusqu'au déroulement de la greffe incluant les possibles complications - et assuré le suivi des patients avec pour objectif principal d'établir des procédures optimales pour une qualité de prise en charge exemplaire.

Le JACIE (Joint Accreditation Committee of International Society for Cellular Therapy and European Bone Marrow Transplantation) est l'office européen d'accréditation des centres de greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH). Le 26 août 2004, le comité a attribué une accréditation de niveau 2 (sur une échelle allant de 1, accréditation sans recommandation, à six, pas d'accréditation) au service d'hématologie de l'hôpital Edouard Herriot. L'obtention du niveau 1 est accessible après correction des défauts mineurs qui ont été répertoriés et devrait être accordée au service dans les mois qui viennent.

Trois activités ont été passées au crible :

L'activité clinique et de greffe de CSH du service d'hématologie, où sont réalisées 30 à 40 allogreffes et 40 à 50 autogreffes de CSH par an.

L'activité des laboratoires de Thérapie

Cellulaire (la Banque de Cellules et de Tissus de l'Etablissement Français du Sang/Hospices Civils de Lyon et le Laboratoire de Greffe de CSH du Centre Léon Bérard), qui reçoivent les greffons de moelle osseuse, de sang ou de sang placentaire. Ces laboratoires vérifient leur qualité (bactériologie et nombre de CSH) et effectuent des cultures de cellules et des transformations du greffon

Les centres de prélèvement (Centre de Santé de l'EFS et Unité de Cytaphères du Centre Léon Bérard) qui sont responsables des collectes de CSH par cytophères chez les patients (180 à 200 cytophères par an, dont 30 % pour notre service) ou les donneurs sains (30 à 40 cytophères par an). Des lymphocytes peuvent également être prélevés chez des donneurs sains et constituent une activité de 20 à 30 prélèvements par an.

La visite d'accréditation s'est déroulée le 9 avril 2004. Le rapport a été reçu par l'équipe le 26 Août 2004.

Une accréditation déterminante puisque le Groupe Européen de Transplantation de Moelle et de Sang (European Blood and Marrow Transplantation [EBMT] Group) a indiqué qu'à partir de 2007-2008 seuls les centres de greffe accrédités JACIE pourraient continuer les allogreffes à partir de donneurs de CSH volontaires non-apparentés, du fait de la nécessité d'échanges internationaux. A Lyon, après l'hôpital Edouard Herriot, le programme d'accréditation JACIE est en cours de mise en place pour le Centre d'Allogreffes de CSH en pédiatrie à l'hôpital Debrousse.

Pour plus d'informations :
Service d'hématologie - Hôpital Edouard Herriot - Pr Mauricette Michallet 04 72 11 74 02

Saint-Etienne

Des bâtiments neufs pour une psychiatrie moderne

Les bâtiments flambant neufs du service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent viennent tout juste d'accueillir les premiers patients et le CHU se prépare à ouvrir les nouveaux locaux de la Psychiatrie adultes le 17 novembre. Ces installations modernes implantées au Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne Nord constituent un des plus grands projets immobiliers en France pour la Psychiatrie.

La remise à niveau des moyens de la psychiatrie stéphanoise, fortement sous-dotée au niveau régional, a été engagée depuis cinq ans. Elle doit se poursuivre durant les prochaines années, dans le cadre des orientations définies par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

Le service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

Ouvert le jour de la rentrée scolaire, ce service accueille des enfants, de la naissance à 17 ans, souffrant de difficultés psychopathologiques. Dirigé par le Dr Yves-claude Blanchon, chef du service, il regroupe comme auparavant :

- le jardin d'enfants thérapeutique (12 places en accueil de jour)
- l'unité de soins spécialisés à temps partiel (6 places de jour)
- l'unité médico-psychologique de jour pour adolescents (8 places).
- l'unité d'hospitalisation complète pour adolescents (6 lits)

L'implantation à proximité immédiate du Pôle couple-mère-enfant favorise l'insertion de la psychiatrie dans l'hôpital général et la prise en charge globale des jeunes patients, à la fois somatique et psychologique : chaque unité est bien individualisée et dispose de son propre terrain de jeux tout en étant rattachée à une unité centrale.

Fiche technique

Nombre de places : 26
Superficie : 1 673 m²
Coût global des travaux et équipement : 2 183 000 euros
Activités du service (structures hospitalières et extra-hospitalières) : plus de 1 500 enfants et adolescents suivis correspondant à environ 10 000 consultations par an

Le service de Psychiatrie adulte

Les nouveaux bâtiments à taille humaine, offrent de meilleures conditions de sécurité et de qualité des soins. Le patient psychiatrique est traité dans sa globalité, en considérant les aspects psychiques mais aussi somatiques.

Un projet médical pour la psychiatrie

Le projet médical traduit la grande diversification des modalités d'accueil et de prise en charge des patients en psychiatrie : psychiatrie de liaison, alternatives à l'hospitalisation, structures de prise en charge des addictions... Les professionnels ont pensé les espaces en fonction des parcours de soins et des projets de vie. Ils ont raisonné en filière de soins, intégrant les exigences liées à la resocialisation des patients.

Fiche technique

4 unités d'admission (4 X 20 lits)
2 unités de préparation à la sortie (2 X 20 lits)
Total : 120 lits
Superficie : 9 379 m²
Coût des travaux : 9 386 511 euros

→ Réseaux

NTIC et réseaux de soins : les premières réalisations du CHU

Grenoble

Un réseau pour les insuffisants cardiaques

Poitiers

Grenoble

NTIC et réseaux de soins : les premières réalisations

Depuis quelques années, le monde de la santé a vu apparaître un nouveau mode d'organisation autour de la prise en charge des malades : le réseau de santé dont l'organisation et l'efficacité reposent pour partie sur les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication.

Pour répondre aux besoins spécifiques des promoteurs de réseaux* dont il est partenaire, le CHU de Grenoble a développé au sein de son service informatique une expertise professionnelle et technique en matière de NTIC. Plusieurs réalisations ont vu le jour : sites web, plate-forme d'échanges de données sécurisées, équipement pour visioconférence....

Le réseau Nord alpin des urgences

Depuis un an, le Réseau Nord Alpin des Urgences possède un site web :

www.renau.org.

Il assure la communication entre les urgentistes de l'arc alpin. Au départ, il mettait à disposition de ses membres un annuaire de l'ensemble des établissements de santé et des acteurs participant à la filière de l'urgence dans l'Arc Alpin. Aujourd'hui, il s'est enrichi d'outils supplémentaires : un recueil de référentiels, un agenda sur les principaux événements professionnels et un recueil d'évaluation.

Réseau de cancérologie de l'arc alpin

www.arcalpin-onco.org est le site web du réseau de Cancérologie de l'Arc Alpin. Il est divisé en 2 parties : une partie

publique essentiellement tournée vers l'information du patient, une partie "privée" réservée à l'activité des professionnels de santé. Cette dernière permet aux membres du réseau de s'inscrire en ligne aux différentes visioconférences organisées par l'unité de concertation du CHUG. Grâce aux visioconférences, des chirurgiens, des radiothérapeutes, des oncologues, des spécialistes d'organes, des médecins généralistes se concertent régulièrement, quel que soit leur établissement d'exercice en Isère, Savoie et Haute Savoie, pour décider de la stratégie thérapeutique à prescrire aux patients atteints de cancer. Le site leur donne aussi accès aux coordonnées des professionnels du réseau (annuaire) ainsi qu'à un ensemble de recueils de consensus qu'ils peuvent compléter si besoin en ligne .

Plate-forme d'Echanges pour les Professionnels de Santé

PEPS: est une Plate-forme d'Echanges pour les Professionnels de Santé. Elle a pour vocation première de partager de manière sécurisée de l'information patient entre tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux responsables de sa prise en charge (réseau ville hôpital) - www.peps-sante.org : prototype libre d'accès.

La plate-forme PEPS est aujourd'hui utilisée par les réseaux RENA (REseau Nord Alpin des Urgences) et RESURCOR (RESeau des Urgences CORonariennes), Réseau d'Angiologie et le réseau de Médecine Nucléaire ; elle est également testée au sein du CLIC de Grenoble (Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique)

Au niveau de la communauté hospitalière franco-québécoise

Quatre sites web ont été mis en ligne dans le cadre d'une collaboration hospitalière franco-québécoise autour de la santé de l'enfant. Ce sont des plates-formes de diffusion et d'échange des pratiques médicales et paramédicales en matière de cardiopédiatrie : www.cardioped.org, réalisé à Québec, de périnatalité : www.perinat.com et de nutrition de l'enfant : www.nutriped.org.

Ces sites sont en libre accès à destination du grand public mais également des professionnels de santé, via le portail

www.santedelenfant.org. Un site web de formation en ligne a été réalisé par les sages-femmes du CHUG et des enseignantes de l'école de sages-femmes. Dédié **au suivi de grossesse** et illustré de vidéos, il s'adresse plus spécifiquement aux professionnels de la périnatalité et aux étudiants : www.consultations-prenatales.org, Des visioconférences sont réalisées tous les mois lors de staffs entre les services de cardiopédiatrie de Grenoble, Lyon et Québec. Elles concernent des cas cliniques difficiles pour lequel l'échange entre les praticiens apporte une aide décisive dans la prise en charge.

Sont en cours de conception ou de développement les projets de médiathèque virtuelle (déjà disponible sur l'intranet du CHU) et de plate-forme de formation en ligne (e-learning).

Le réseau de santé est au cœur d'une "révolution culturelle" tant au niveau des pratiques professionnelles qu'au niveau de l'appropriation des nouvelles technologies de l'Information et de la Communication dans l'activité quotidienne du professionnel de santé et dans leur formation. De par sa réactivité, ses compétences acquises, le nombre de projets réalisés et à venir, l'équipe "réseau" de la DSIO du CHUG est aujourd'hui reconnue comme un partenaire mais aussi un prestataire technique sur lequel on peut compter pour accompagner l'implantation des NTIC et l'essor des réseaux de santé en Région Rhône Alpes.

La vie d'un réseau repose sur deux axes importants :

La complémentarité et l'organisation des acteurs qui y sont engagés (professionnels de santé libéraux, instituts médico-sociaux et établissements de santé tels le CHUG)

Les moyens et les outils mis à leur disposition pour gérer le réseau (communiquer et informer quelle que soit l'étendue de la zone d'intervention du réseau, assurer la coordination et la continuité des soins et en évaluer la qualité, partager des informations " patients " communes sécurisées, harmoniser les pratiques professionnelles et constituer des bases de connaissances.)

Poitiers

Un réseau pour les insuffisants cardiaques

Pour améliorer la qualité de vie des patients en les maintenant à domicile, le département médico-chirurgical de Cardiologie du CHU de Poitiers a ouvert, depuis le 15 mars 2004, un réseau ville-hôpital pour les insuffisants cardiaques. L'objectif est d'éviter les hospitalisations en développant la coordination entre les médecins hospitaliers, les médecins de ville (généralistes et cardiologues), les infirmiers et les kinésithérapeutes libéraux.

Au sein de la cellule clinique d'insuffisance cardiaque, basée à l'hôpital de la Milétrie, les patients hospitalisés ou orientés par les médecins de ville bénéficieront d'une éducation thérapeutique. Sous la responsabilité d'un médecin spécialiste, une infirmière aura en charge cette éducation ainsi que le suivi téléphonique des patients. Elle préviendra le cardiologue si elle détecte les signes d'alerte.

Outre la coordination avec les professionnels de santé libéraux, la prise en charge des patients sera assurée en partenariat avec le réseau gérontologique ville-hôpital, pour le volet médico-social. Mis en place avec le soutien de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), le réseau pour les insuffisants cardiaques fait partie des premières organisations de ce type créées en France.

L'insuffisance cardiaque est une maladie fréquente qui s'intensifie avec le vieillissement. En France, 1 million de personnes sont déjà concernées. Cette pathologie qui induit 3,5 millions de consultations et environ 150 000 hospitalisations par an, représente 1 à 2% des coûts de la santé.

Contact : réseau d'aide à la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque chronique à domicile (RADIC)
Tél : 05 49 44 48 96.



Nouvel hôpital	[p. 25]
Nouvelles structures	[p. 25-26]
Restructurations	[p. 26]
Réforme de la gouvernance	[p. 26-28]
Dossier patient	[p. 28-29]
Ressources humaines	[p. 29]
Qualité-Accréditation	[p. 29-31]
International	[p. 31]

→ Nouvel Hôpital

Nantes

Naissance du Nouvel Hôpital Mère et Enfant

Le long des Quais de la Loire, sur le lieu-dit " La Faïencerie ", les nantais ont assisté durant trois ans à la construction d'un impressionnant édifice : près de 25 000 m², 6 étages, 172 lits !

Le nouvel hôpital Mère et Enfant qui rassemble sur un même site tous les services liés à la procréation, à la naissance et aux soins des mamans et des jeunes enfants ouvre ses portes le 21 septembre 2004.

L'évolution des techniques, la nécessité pour le CHU d'assumer une double mission de proximité pour une population en augmentation constante et de recours régional pour les grossesses difficiles, le souci d'améliorer l'ergonomie, le confort et la sécurité des soins afin de répondre aux attentes des patients ont conduit le CHU de Nantes à faire de ce nouvel hôpital une priorité du projet d'établissement 1998/2002.

Ouvrage d'art de 24 910 m², " La Faïencerie " a pour particularité de proposer un gradient croissant de prise en charge au fur et à mesure de l'ascension dans le bâtiment. Le bâtiment regroupe une maternité de niveau 3, une réanimation néonatale et pédiatrique et un bloc obstétrical, gynécologique et pédiatrique.

Au principe de graduation verticale dans la technicité des soins, s'ajoute une graduation horizontale à partir du 3^{ème} étage, de l'Est vers l'Ouest.

La Faïencerie est reliée à l'ouest au bâtiment pédiatrique actuel par deux galeries : l'une logistique permettant des accès techniques et l'autre permettant la libre circulation des usagers et des professionnels.

Au-delà du simple transfert de l'ancienne maternité, l'ouverture de l'hôpital Mère et Enfant constitue donc la première étape importante de la restructuration de l'ensemble du site Centre ville.

Nouvel Hôpital : Chiffres-clés

Nombre de lits du nouvel hôpital mère et enfant : 172

Effectifs

Nombre de personnel non médical : 358,5 postes budgétés

Nombre de personnel médical : 107 personnels médicaux dont 59 praticiens attachés

Nombre de créations de poste : 95

Le chantier chiffres et repères

Date du démarrage chantier : 11 juin 2001

Durée du chantier : environ 3 ans

Coût global :

42 685 725 Euros TDC/TTC

Strasbourg

Suivi rigoureux du plus gros chantier hospitalier de France

Le CHRU de Strasbourg achève le gros œuvre de son Nouvel Hôpital Civil – le plus gros chantier hospitalier de France - et rappelle à cette occasion les conditions nécessaires à la réussite d'un chantier de 230 millions d'euros sur lequel interviennent plus de 40 entreprises européennes de bâtiment et de matériels médicaux.

Avant tout il faut suivre avec précision les cahiers des charges techniques des prestations mais aussi tenir les délais et respecter le montant des marchés négociés.

La qualité des prestations techniques nécessite une surveillance permanente et une réactivité immédiate. Ainsi, la défaillance de 2 entreprises (façades et revêtement de pierres), n'a pas retardé l'exécution des prestations situées sur le chemin critique (réseaux primaires, cloisons sèches) car des mesures conservatoires ont été immédiatement mises en œuvre.

Le respect du calendrier fixé : Le calendrier initial est respecté durant les deux années de travaux du gros œuvre. La première grue a été démontée en septembre 2004. Les ingénieurs des HUS assurent une veille technologique sur toutes les prestations techniques et sont amenés à réagir très rapidement auprès du Maître d'œuvre pour le conseiller dans ses choix et pallier ainsi

toute rupture d'approvisionnement sur le chantier qui engendrerait un dépassement de délai.

La maîtrise des coûts : L'économie du chantier implique le paiement rapide des entreprises, sous peine de se voir infliger des pénalités de retard (intérêts moratoires). Ceci a été possible grâce à l'étroite collaboration des services du Trésor (élaboration d'un calendrier mensuel des circuits de paiements prioritaires).

La maîtrise technique, calendaire et économique du chantier garantissent la poursuite de la modernisation de l'établissement dans les conditions financières fixées dans le programme pluriannuel d'investissement approuvé par la tutelle.

Un hôpital universitaire édifié en plein centre-ville : chiffres-clés et repères

Surface : 85 000m² sur 5 étages
712 lits et places dont 53 places d'hospitalisation de jour et 34 de dialyse
359 lits d'hospitalisation conventionnelle supprimés

Des services miroirs regroupés (cardiologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie)

Matériaux : structures métalliques, pierre et verre

Début du chantier : septembre 2002

Fin gros œuvre : septembre 2004

Fin du chantier : 2006

Coût du chantier : 230 millions d'euros – bâtiments et équipements. Le gros œuvre représente 40% du budget soit : 92 millions d'euros

Architecte : Cabinet Claude Vasconi

→ Nouvelles Structures

Nantes

Création de l'institut du Thorax

Le lundi 7 juin 2004, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) et l'Université de Nantes s'associent pour donner naissance à l'institut du Thorax.

Cette création aura lieu en présence de

Christian Bréchet, Directeur Général de l'Inserm, Jean-Paul Guérin, Directeur Général du CHU de Nantes et François Resche, Président de l'Université de Nantes.

Le nouvel Institut constitue une approche organisationnelle innovante sur le plan national et européen, en continuité avec la réorganisation réussie du CHU de Nantes en pôles. **L'Institut mobilise plus de 600 personnes dont une soixantaine de médecins cliniciens, une trentaine de chercheurs et enseignants chercheurs autour des problématiques liées aux maladies pulmonaires, vasculaires et cardiaques, première cause de mortalité dans les pays développés.**

Il fédère autour d'objectifs communs et d'ambitions partagées, les équipes de recherche de l'unité Inserm U533, les équipes médicales du pôle Thoracique et Cardio-Vasculaire de l'hôpital, les équipes de recherche clinique cardio-vasculaire du Centre d'investigation Clinique Inserm-CHU et les équipes universitaires dont les thématiques d'enseignement sont liées à ces thèmes.

Dans le débat actuel sur la réorganisation nationale de la recherche, l'Institut du Thorax apparaît comme un nouveau modèle nantais, comme le fut il y a 6 ans, la réorganisation de l'hôpital en pôles, modèle repris récemment à l'échelon national.

L'institut du Thorax ouvre de nouveaux horizons en renforçant la complémentarité entre les différents métiers de la santé pour susciter de nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques au service du malade. Une meilleure visibilité de ses équipes lui permettra de participer pleinement aux réseaux européens ou internationaux.

L'Institut du Thorax constitue un creuset pour développer une culture commune entre chercheurs, cliniciens et enseignants, afin d'accélérer le passage de la recherche fondamentale à l'application médicale. Il instaure des passerelles entre les métiers et permet ainsi de croiser savoirs et compétences, et de faire émerger de nouveaux métiers comme celui de clinicien-chercheur.

Leader européen dans la recherche sur la mort subite cardiaque de l'adulte (500 à 600.000 morts subites/an en Europe), l'Institut développe des approches originales alliant génétique et génomique fonctionnelle.

Pour faire face à la maladie coronaire et l'hypertension artérielle pulmonaire, les chercheurs mettent au point en partenariat avec des industriels de nouvelles prothèses destinées à maintenir fonctionnelles les artères coronaires obstruées et avec les cliniciens de nouvelles approches médicamenteuses.

L'Institut est un centre expert européen dans la prise en charge et le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque, affection en constante augmentation qui représente un réel problème de santé publique. Il est par ailleurs l'un des centres nationaux à posséder une expertise internationalement reconnue dans le traitement des anévrysmes aortiques, l'implantation de cœurs artificiels et la transplantation cardiaque et pulmonaire. Il est également un centre national de prise en charge de la mucoviscidose.

L'institut, qui accueille 70 étudiants, génère un vivier de jeunes chercheurs et médecins.

Contact Institut du Thorax :

Annie Busson Tél. : 02 40 41 11 10

Fax : 02.40.41.29.50.

annie.busson@nantes.inserm.fr

Faculté de Médecine - 1, rue Gaston Veil - 44035 Nantes cedex 1

→ Restructurations

Clermont-Ferrand

Restructuration de Gabriel Montpied : un projet stratégique et partagé

Ouvert au début des années 70, l'hôpital Gabriel Montpied, situé sur le plateau St Jacques regroupe, autour d'un plateau technique récent et fonctionnel, 819 lits de court séjour médical et chirurgical. Aujourd'hui sa restructuration se révèle indispensable : les exigences de sécurité, de remise à niveau technique et réglementaire, la volonté d'améliorer le confort et la fonctionnalité sont autant d'impératifs et de défis à relever. Un projet attendu et partagé par la communauté hospitalière.

La réorganisation spatiale de l'hôpital Gabriel-Montpied se calquera le plus possible sur celle du futur Hôpital Estaing. **Première étape :** identifier les pôles d'activités, regroupés en cliniques, qui partageront le plateau technique. Mais, la présence d'amiante dans la partie ancienne du bâtiment Gabriel-Montpied complique la tâche. Devenu impératif, le désamiantage a conduit la direction à une option radicale. Un nouveau bâtiment sera construit à l'emplacement du Centre de Transfusion Sanguine pour héberger des services d'hospitalisation à titre transitoire durant le désamiantage et de manière plus définitive au terme de la restructuration d'ensemble.

La construction est planifiée sur 2006-2007, un concours d'architecture et d'ingénierie vient d'être lancé. A

terme le site St-Jacques disposera d'environ 10 000 m² de surfaces supplémentaires qui favoriseront une organisation horizontale des activités autour du plateau technique.

→ Réforme de la Gouvernance

Pointe-à-Pitre

Pointe-à-Pitre relève le défi de la modernité

Confronté à de profondes difficultés locales (problèmes de surfaces, conditions d'hospitalisation inadaptées...) dans un environnement soumis à d'importants bouleversements (réforme de la gouvernance, plan Hôpital 2007, nouveau système de tarification, passage en accréditation...), **le CHU de Pointe-à-Pitre a choisi la voie de la mobilité. Il souhaite anticiper les changements en cours plutôt que de les subir.**

" Résolution capitale pour l'établissement qui souhaite moderniser ses installations, garantir son développement et consolider sa place de centre de référence au niveau régional, voire dans l'espace interrégional Antilles-Guyane... Ceux qui auront vu derrière elle une réforme de fond et non pas un effet de mode auront cerné la dimension d'un enjeu aussi essentiel que concret. " affirme Arnaud Morel, Directeur adjoint qui explique dans un article à paraître dans le journal interne de l'établissement les différentes évolutions que connaîtra le CHU. Cet engagement s'inscrit dans le cadre des orientations arrêtées par le Directeur Général dans son Plan d'action 2004-2007.

Élément majeur d'une réforme nationale, la nouvelle gouvernance hospitalière poursuit un triple objectif : une meilleure qualité de prise en charge du patient, l'adaptation permanente aux besoins de la population guadeloupéenne et la participation plus active de l'ensemble de la collectivité hospitalière à l'évolution de notre établissement. Au programme : une nouvelle organisation de l'offre de soin, le partage des responsabilités et le développement d'une culture d'évaluation des résultats.

Tout d'abord, il s'agit d'adapter notre offre de soins par le regroupement des services actuels autour de pôles. Le CHU de Pointe-à-Pitre, qui s'est engagé officiellement auprès des pouvoirs publics, va regrouper progressivement les services cliniques autour d'un nombre



limité de pôles d'activité médicale. Tel est le principe fondateur retenu dans le projet médical. Les services prestataires devront également s'associer en pôles. L'objectif recherché consiste à rassembler les ressources (services, équipements, personnels, locaux) pour que la prise en charge du patient soit plus cohérente, plus efficace. A titre d'exemple, au sein d'un même pôle, les protocoles de soins seront harmonisés, l'utilisation des équipements sera optimisée, les services composant le pôle partageront une culture commune et autant que possible des locaux communs.

En termes de calendrier, et après la validation de la démarche par le Conseil d'Administration dans une délibération du 12 mai 2004, le premier pôle devrait être créé en décembre prochain, et regroupera, l'urologie, la néphrologie et la greffe rénale. Les autres pôles seront créés ensuite progressivement de telle sorte que la nouvelle organisation de l'hôpital soit finalisée avant fin 2006.

Le partage des responsabilités se traduit par un management participatif de l'ensemble des hospitaliers. Le pilotage stratégique de l'établissement n'est plus l'affaire de la seule Direction Générale. Désormais, les grandes orientations du CHU sont préparées au sein d'un Conseil Exécutif composé à parité de représentants de la Direction, de la CME, et de la participation du Doyen de l'Université.

Les acteurs du terrain seront également davantage associés à l'évolution de leurs services rassemblés autour de ces pôles. Leurs personnels s'exprimeront au sein d'un Conseil de pôle chargé de l'élaboration du projet de pôle. Le responsable de pôle mettra en œuvre ce projet.

Ce nouveau mode de fonctionnement, qui conjugue les principes fondamentaux de démocratie sanitaire et de responsabilité, part du postulat de base qu'il faut faire confiance aux personnels travaillant sur le terrain pour faire progresser l'hôpital. Application concrète du principe de subsidiarité, la gestion d'une partie des ressources humaines, physiques, financières sera déléguée au pôle. Le responsable de pôle s'engagera sur des objectifs qui figureront dans un contrat signé avec le Directeur Général et la Présidente de la CME. C'est ce que l'on appelle la contractualisation. Ce contrat de pôle mentionnera les moyens délégués au pôle afin de réaliser des objectifs quantitatifs (accroissement de l'activité, maîtrise des dépenses) mais aussi qualitatifs (baisse des infections nosocomiales, du taux de ré-hospitalisation...).

Tous ces efforts feront l'objet d'une évaluation des résultats pour s'assurer

que cette nouvelle organisation s'est bien traduite par un gain pour le patient et une plus grande efficacité de l'hôpital.

Bénéfices pour le patient, le pôle et le CHU

Pour le patient, très concrètement, ce sera plus de qualité, plus de sécurité, des délais d'attente plus courts, des déplacements moins fréquents et au final un séjour à l'hôpital plus agréable et plus efficace pour l'amélioration de son état de santé.

Le pôle, qui aura honoré son contrat, se verra accorder un intéressement pour l'aider au financement de ses projets.

Le CHU enfin y gagnera aussi puisqu'il dégagera des marges de manœuvre précieuses et pourra consacrer davantage de moyens à son développement, à sa recherche, à l'innovation, à ses projets structurants ; modernisations indispensables dans un contexte de concurrence toujours plus forte vis-à-vis du secteur privé.

" Dans ce grand projet, ambitieux et passionnant à la fois, l'engagement de l'ensemble de la collectivité hospitalière est primordial car il conditionne le succès de l'évolution en cours. " Il n'y a de richesses que d'hommes ", disait le philosophe Jean Bodin ; dans notre hôpital, ce sont les hommes et les femmes réunis dans ce projet qui ensemble doivent relever le défi de la modernité. Si cet état d'esprit est le nôtre, le CHU de Pointe-à-Pitre gagnera son pari et pourra s'engager sereinement dans un avenir construit au service de la population. " conclut Arnaud Morel.

Rennes

Création d'un Pôle médico-administratif des Systèmes d'information et de pilotage

Ce nouveau pôle, qui constitue un centre de responsabilité dans le cadre de la démarche de contractualisation interne de l'établissement, regroupe le Département d'information médicale et le Département finances, contrôle de gestion, systèmes d'information et organisation, lui-même issu à cette occasion d'une fusion de la Direction des finances et du contrôle de gestion et de la Direction du système d'Information, des télécommunications, de l'organisation.

Outre la gestion de l'information médicale au service des professionnels et des patients, il doit permettre aux dirigeants

de l'établissement et aux responsables opérationnels et fonctionnels de disposer, dans le respect des règles déontologiques d'accès aux informations, des outils de pilotage des activités et de la performance.

Pour relever les défis qui résultent des réformes en cours, tout particulièrement la tarification à l'activité, les établissements hospitaliers doivent se doter d'outils dont les conséquences sur les pratiques et les organisations seront majeures : le dossier patient informatisé, les systèmes informatiques de gestion de la production de soins, l'accès sécurisé aux données médicales par des tiers...

L'enjeu : adapter, grâce à leur médicalisation, les systèmes de gestion, d'organisation et de décision du CHU à l'évolution des politiques hospitalière et de santé.

Les raisons de ce regroupement : le rôle stratégique du système d'information pour la gouvernance hospitalière et la valeur créée par le développement d'équipes multi-disciplinaires

Depuis 1997, le Département d'information médicale (DIM) et la Direction des finances et du contrôle de gestion (DFCG), en lien avec la Direction du système d'information, des télécommunication, de l'organisation (DITO) ont progressivement construit et développé un partenariat étroit. En effet, sur de nombreux projets ou dossiers institutionnels (contractualisation interne, déploiement de la comptabilité analytique, volet médico-économique des protocoles de recherche clinique...), le croisement des moyens, des compétences et des outils présents dans chacune des deux équipes a été l'une des clés du succès.

Un premier constat a rapidement été partagé par les équipes concernées : sur tous ces dossiers, le système d'information est l'outil de travail commun et sa qualité est une condition majeure de la réussite. Un second constat s'est imposé : l'évolution du système d'information de l'établissement doit désormais privilégier sa médicalisation et le déploiement d'outils de pilotage et d'analyse de la production car les enjeux attachés au financement, à l'évaluation et au pilotage des activités hospitalières rendent aujourd'hui indispensables des applications informatiques articulées autour du patient et de son parcours.

Réunir sous une même ligne de management les compétences de l'établissement dans les domaines de l'information médicale, des systèmes d'information, du contrôle financier et de gestion et de l'organisation constitue donc l'aboutissement

tissement logique de la démarche. L'analyse des processus pris en charge par ces équipes conduite dans le cadre de la démarche d'assurance qualité institutionnelle a conforté le bien-fondé de cette évolution.

Une double originalité : un management médico-administratif avec un copilotage d'un médecin et d'un directeur et un management par la qualité suivant le modèle EFQM

Pour mettre en œuvre cette innovation managériale, il fallait s'appuyer sur une méthodologie à l'efficacité démontrée et testée initialement au sein de la DFCG et du DIM. C'est ainsi que l'organisation du pôle a été conçue suivant les principes de la démarche qualité promue par le mouvement français pour la qualité et développée au sein du CHU de Rennes : le modèle EFQM.

Outre un organigramme cible innovant fondé sur l'analyse des processus dont il a la charge, le pôle s'est aussi doté d'un comité de management qualité qui réunit les responsables assurance qualité, responsables documentation qualité et responsables Indicateurs qualité des différents comités qualité déjà en place soit au niveau des entités qui le composent soit au niveau de processus majeurs. Le comité de management qualité du pôle est dirigé par le binôme médico-directorial en charge du pôle : le Pr Pierre Le Beux, Chef du Département d'information médicale et M. Ronan Dubois, Directeur du Département finances, contrôle de gestion, systèmes d'information et organisation.

→ Dossier patient

Montpellier

Im@ges.net, le CHU opte pour le 0 film

Le CHU de Montpellier anticipe le projet national de dossier médical partagé en se dotant du premier dossier patient d'imagerie médicale consultable sur les quatre sites hospitaliers du CHU : Im@ges.net. En 1996, le CHU avait déjà été précurseur du dossier médical électronique.

En supprimant les impressions radio sur films, Im@ges.net inaugure un hôpital sans négatoscope. Cet ancien procédé est avantageusement remplacé par un réseau d'images et système de stockage et d'archivage dans une base de données puissante. Im@ges.net diffuse en

quelques secondes les images radiologiques des patients sur l'un des 3 500 PC et les archive pour une durée de cinq ans. Il permet de connecter 35 modalités d'imagerie (50% de l'activité d'imagerie non numérisée et 100% de l'imagerie numérisée). Avec Im@ges.net le patient tire tous les avantages de l'organisation du CHU en centres spécialisés sans en subir les inconvénients ! Ce n'est plus le patient qui se déplace mais la technique qui vient à lui.

La radio omniprésente

Les médecins ont de plus en plus recours aux examens d'imagerie pour établir et affiner le diagnostic. Dans le cas de certaines maladies, les examens d'imagerie orientent la prise en charge du patient et déterminent le geste thérapeutique, notamment dans le cas de la radiologie interventionnelle. Enfin, dans les affections chroniques et de longue durée, les médecins se réfèrent aux images médicales antérieures pour évaluer le traitement, ou la surveillance du patient.

Toujours plus d'images à stocker

Le secteur de l'imagerie médicale est en constante évolution technologique : les modalités d'imagerie sont de plus en plus numérisées et les appareils modernes produisent des images de plus en plus précises et fines, notamment dans le domaine de l'imagerie dite " en coupe ", ce qui augmente considérablement le nombre d'images par examen. Ainsi, un scanner du thorax et de l'abdomen réalisé à la fin des années 90 avec un " scanner spiralé " produisait 100 images. Les scanners multidétecteurs actuels fournissent pour le même examen 1500 à 3000 images. Ils en fourniront 10 000 à 15 000 en 2007.

Les + d'Im@ges.net

L'accès rapide au dossier d'imagerie médicale du patient accélère les prises de décision et la réalisation des gestes urgents. Il facilite et fiabilise le recours aux examens antérieurs, ce qui permet l'évaluation rapide des résultats d'un traitement, la surveillance de l'évolution de la maladie, la non répétition d'examens inutiles. De plus, de nombreuses études scientifiques ont démontré que la lecture sur films est une mauvaise pratique.

Im@ges.net favorise donc un meilleur respect du confort du patient et garantit un meilleur contrôle des risques et des coûts.

Les économies générées

Ce projet induit des économies directes au premier rang desquelles la diminution du nombre de films utilisés (" less films ") puis leur disparition (" filmless ") - économies sur les postes de traitement et d'archivage du film - mais aussi des économies plus difficiles à chiffrer

ayant un impact majeur direct pour le patient. Ces charges spécifiques liées au support film ne représentent pas seulement des coûts financiers mais aussi des charges à fort impact sur l'environnement.

Indicateurs économiques retenus

1. Nombre de films
2. Suppression des matériels redondants
3. Temps du radiologue dédié à l'interprétation
4. Temps de l'interne dédié à la manipulation de films pendant les examens
5. Temps du manipulateur
6. Charge de travail dédiée à la recherche et au classement de dossiers historiques
7. Pertinence à la prise de rendez-vous
8. Temps de déroulement d'un examen
9. Disponibilité du compte rendu
10. Indicateurs liés aux transports de patients
11. Archivage dédié

Impact sur l'organisation (exemples) :

Les archives sont mieux gérées, l'information est toujours disponible. Les radiologues disposent de plus de temps. De même, les manipulateurs qui ne saisissent plus les données patients sur le scanner libèrent 11% de leur temps pour d'autres tâches. Bientôt ils ne gèreront plus les impressions de films.

La mobilisation des personnels

Une attention toute particulière a été portée à l'implication des utilisateurs non radiologues. Un important travail de préparation a été mené avec les médecins des unités de soins pour définir les différents niveaux de pertinence des images à conserver et à transmettre. Cette démarche a conduit à définir une sélection d'images représentatives de l'examen, priorisant le transfert de l'information image la plus pertinente pour le médecin demandeur. Parallèlement, les médecins conservent la possibilité d'accéder à l'ensemble des images de l'ensemble des examens traités.

Financement

Ce projet a bénéficié du soutien régional et national dans le cadre du Fond d'Investissement pour la Modernisation des Hopitaux (FIMHO). Deux ans après la mise en œuvre du projet, l'ensemble des acteurs semble satisfait. " Im@ges.net est une vraie réponse à l'inflation des dépenses de radiologie et une plate-forme pour d'autres projets transversaux similaires. Il constitue surtout un réel progrès pour le patient " conclut Dominique Courbis, Directeur du Département des Ressources et de l'Ingénierie du CHU de Montpellier.

Le projet Im@gesnet en chiffres

35 machines d'imageries connectées (scanner, IRM, ultrasons, radiologie,

médecine nucléaire...)
 1800 postes informatiques raccordés dans les 4 sites du CHU pour une visualisation et une analyse immédiate des images.
 Plus de 2000 utilisateurs concernés sur le CHU
 5 ans d'archivage en ligne de toutes les images et de tous les examens (soit 30 000 Milliards de caractères)
 2 186 000€ de coût total d'investissement
 Equilibre financier sur 5 ans
 2 ans de déploiement du projet sur l'ensemble du CHU
Im@gesnet a été développé avec la société GE Healthcare

A terme une mise en réseau d'établissements de soins est prévue. Elle permettra une optimisation du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, en priorisant l'interfaçage avec le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer et les Services d'Urgence des hôpitaux périphériques.

→ Ressources Humaines

Lyon

Le e-learning emporte l'adhésion du personnel

Depuis 2003, les Hospices Civils de Lyon ont décidé d'intégrer le e-learning ou e-formation pour former leur personnel, en partenariat avec Capgimini. Ce choix permet de conduire plus efficacement les programmes de formation en proposant un apprentissage interactif et personnalisé.
Dans un premier temps, le dispositif e-learning a permis de proposer des parcours de formation à la bureautique et de valider le modèle organisationnel et pédagogique défini par le groupe projet DIESE : séances d'une demi-journée espacées d'une semaine, en centre de ressources et encadrée par un tuteur.
 Forts de cette expérience positive, les HCL ont décidé de poursuivre le projet en construisant un contenu d'autoformation spécifique au domaine de la gestion du temps de travail. Cette formation à destination de plus de 1000 cadres et agents des bureaux prépare le déploiement de l'outil informatique en définissant les aspects réglementaires complexes ainsi que l'organisation et les méthodes de gestion du temps de travail des équipes.

Pari tenu : Le e-learning diminue le

temps de formation, estimé à 2,5 jours en formation présentielle et ramené à 2 demi-journées en autoformation. Il s'adapte à l'hétérogénéité des niveaux et du rythme d'appropriation des apprenants tout en garantissant l'homogénéité et la pérennité des messages et du contenu. Il permet de suivre l'avancement de l'apprentissage des apprenants. Quant aux mises à jour nécessaires lorsque change la réglementation, elles peuvent être effectuées en temps réel.

Pari gagné : Après 3 mois de mise en place, plus de 700 cadres ont été formés. La satisfaction des utilisateurs est au rendez-vous. La formation obtient une note de satisfaction de 3,5 sur 4. Les retours des utilisateurs sont probants : l'e-learning est adapté au rythme personnel de travail, il se déroule dans le calme, il est possible de faire des retours en arrière, le langage et le message sont les mêmes pour tous...

Ce premier e-learning constitue en soi une innovation pour la deuxième structure hospitalière que représentent les HCL en France. Son succès encourage la réalisation d'autres modules comme l'autoformation des personnels soignants à une application informatique.

Pour plus d'informations contacter :
 serge.volay@chu-lyon.fr
 Direction du Système d'Information
 laure.richard-couturier@chu-lyon.fr
 Institut international Supérieur de Formation des Cadres de santé
 Anne-françoise.meunier@chu-lyon.fr
 Direction du Personnel

→ Qualité-Accréditation

Bordeaux

Vous soigner et plus encore ?

Le CHU de Bordeaux, a réalisé une enquête de satisfaction auprès de 900 patients tirés au sort. 61%, soit 549 patients ont répondu à cette enquête composée de plus de 60 questions traitant de l'ensemble des étapes du séjour. Des résultats qui confortent le CHU : 99% des patients jugent les soins reçus au CHU de Bordeaux bons voire excellents. 87% des patients recommanderaient l'établissement à leur entourage. 91% des patients ont toujours ou presque trouvé le personnel poli et aimable. Mais aussi des pistes d'amélioration : le confort du patient, l'identification du personnel, les informations données par le médecin, la prise en charge de la

douleur et le respect de l'intimité. Questionnaire et méthodologie ont été élaborés par le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine, Dr. Pourin, S. Tricaud et le service d'information médicale du CHU de Bordeaux Dr. Barberger-Gateau.
Cette enquête reconduite annuellement permet de disposer d'un baromètre de la satisfaction des patients. Elle pointe les décalages entre le niveau d'appréciation des professionnels et celui des patients. Cet audit s'inscrit dans la démarche qualité du CHU qui, rappelons-le, a été accrédité en décembre 2003. Un échantillon représentatif a été constitué à partir de 900 patients tirés au sort parmi les patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique. Quinze jours après la sortie, chaque patient a reçu, à domicile, un questionnaire de 60 questions sur l'ensemble des étapes de son séjour. Au total, 61% des patients ont répondu à cette enquête soit 549 patients.

Caractéristiques de la population interrogée

La moyenne d'âge des répondants est de 49 ans. Il est à noter que l'âge des patients n'a pas d'impact significatif sur le niveau de satisfaction.
 22,6% des patients sont arrivés en urgence
 78% des patients ont eu des médicaments à la sortie
 73% se sentent mieux ou beaucoup mieux qu'au jour de leur admission, 20,8% se sentent pareils (ni mieux ni moins bien).

L'information au patient - 55% des patients disent avoir reçu une information sur leur traitement. 1/4 a eu des difficultés à obtenir de l'information.

Les patients souhaitent une information plus claire sur :
 Les activités autorisées ou à éviter à la sortie, les médicaments prescrits à la sortie, le résultat des examens, la durée prévue de l'hospitalisation et sur les effets indésirables de leur traitement
 3 patients sur 4 ont reçu le livret d'accueil, sur ces 3 patients, 2 déclarent l'information utile.
 Le CHU souhaite faciliter l'accès au livret d'accueil

De l'admission à la sortie - Pour les personnes en hospitalisation programmée, cas d'un patient sur deux, les formalités d'admission sont aisées. 40% des patients disent ne pas avoir attendu et que leur sortie a été organisée de manière très bonne ou excellente. Par contre 13% jugent cette organisation mauvaise ou très mauvaise.

La douleur - Sur les 72% des patients ayant ressenti de la douleur pendant leur séjour, plus de 3 patients sur 4 disent

avoir eu une bonne ou excellente prise en charge de cette douleur. Parmi ceux qui ont souffert d'inconfort (nausées, mauvaise position, vertiges) 92% estiment que ces inconforts ont été pris en compte de manière satisfaisante. Ces résultats confirment la nécessité de poursuivre les actions d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Dans plus de 90% des cas le personnel est jugé poli, aimable et disponible

Les soins et les examens - 99% des patients jugent les soins reçus au CHU de Bordeaux comme bons à excellents. L'hospitalisation programmée facilite les examens et les transports. 1 patient sur 2 a attendu peu longtemps avant son examen. Parmi les patients opérés, 1 sur 2 dit ne pas avoir attendu au bloc opératoire. Le transport à l'intérieur de l'établissement est jugé très bon ou excellent à 60%. Le CHU de Bordeaux souhaite encore améliorer les délais de transport et d'examens. 87% des patients recommanderaient le CHU à leur entourage...

Le séjour dans le service - 1 patient sur 2 dit identifier toujours ou presque toujours les différentes personnes travaillant dans le service. 96% des patients jugent positivement les efforts des professionnels pour respecter leur intimité, cependant ce point reste une action d'amélioration prioritaire pour le CHU.

L'hôtellerie - Pour 49% des patients, le confort de la chambre est bon, l'élément prioritaire à améliorer étant la salle de bains. 75% des patients, jugent les repas de bons à excellents, 1 patient sur 4 les juge mauvais ou très mauvais. 80% des patients, trouvent la quantité et la variété des repas adaptées. Les diététiciennes et les personnels de restauration travaillent ensemble à améliorer la qualité du repas servi.

L'accessibilité au CHU - 80% des patients considèrent la signalétique urbaine des hôpitaux comme bonne à très bonne. Près de 90% des patients jugent la signalétique d'accès aux services bonne ou excellente. Le point de vue des professionnels est différent et conduit à retenir une action d'amélioration dans ce domaine. Plus d'un patient sur deux évoque des problèmes pour se garer sur les hôpitaux du centre ville.

Pour plus d'informations :
Sophie Zamaron
Directeur de la qualité
et de la Gestion des Risques
Tél. 05 56 79 53 14

Dijon

Le CHU accrédité : 6 points forts, 8 recommandations et 1 réserve simple

Le CHU de Dijon a satisfait à la procédure d'accréditation débutée en 2001. La décision du collège d'accréditation vient d'être publiée. Recommandations et réserves constituent d'ores et déjà les axes forts de la démarche d'amélioration de la qualité pour l'année à venir. Ces résultats font l'objet d'une synthèse diffusée par le service de communication.

Les points forts

Le collège d'accréditation a retenu six points forts à savoir : l'évaluation du respect des droits des patients par l'analyse des questionnaires de sortie et des enquêtes spécifiques, le mode de gestion des plaintes et des réclamations des patients, l'organisation du pôle de biologie, du département d'information médicale et de la formation continue et la démarche qualité en blanchisserie

Les recommandations

Des progrès sont attendus dans 8 secteurs :

- assurer l'information des patients sur les tarifs des consultations privées.
- généraliser la traçabilité du recueil du consentement éclairé du patient.
- élaborer des règles institutionnelles depuis la prescription médicale jusqu'à la délivrance des médicaments, en collaboration avec les secteurs.
- organiser une concertation des différentes activités d'anesthésie, notamment en urgences pédiatriques, la nuit.
- renforcer la concertation des acteurs au sein des blocs et des secteurs interventionnels.
- définir les politiques sectorielles de maintenance.
- achever la mise en place de la méthode HACCP jusqu'au lit du patient et définir le système d'assurance qualité à la biberonnerie.
- clarifier le dispositif qualité auprès des professionnels, structurer la gestion documentaire et renforcer l'évaluation du programme de gestion de la qualité.

Une réserve

Le collège d'accréditation interpelle le CHU sur sa politique de maîtrise des risques et l'engage à définir et mettre en œuvre un programme de prévention des risques incluant le risque infectieux et à prévoir son évaluation.

Rennes

Le CHU accrédité : 5 points forts, 5 recommandations, 2 réserves simples

Le collège de l'ANAES vient de rendre son rapport. Les points forts mettent l'accent sur les mesures prises par le CHU de Rennes dans le contexte d'un plan directeur ambitieux et sur la volonté d'améliorer le management et l'organisation au service du patient. Les atouts majeurs de l'établissement sont reconnus :

- l'existence d'une méthodologie formalisée de l'accompagnement des personnels lors des opérations de restructuration
- la démarche qualité de la direction des finances et du contrôle de gestion dans l'exercice des attributions,
- la politique de contractualisation évaluée et évolutive,
- le concours actif de la médecine du travail, de l'ergonome et du CHSCT à l'amélioration des conditions de travail,
- l'organisation du transport des personnes.

Les recommandations incitent le CHU à poursuivre ses efforts dans les domaines suivants :

- généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques et du consentement éclairé,
- renforcer la confidentialité des informations concernant le patient,
- généraliser la signature des prescriptions médicales et supprimer les transcriptions,
- mettre en place une organisation commune de prise en charge de l'urgence vitale interne,
- formaliser, mettre en place et évaluer le programme de gestion des risques.

Les réserves concernent la mise en œuvre et l'évaluation de la politique du dossier unifié du patient et la maîtrise du risque infectieux.

Soucieux de renforcer ces deux secteurs, le CHU a mené des évaluations du dossier du patient et défini des actions d'amélioration. Une maquette est d'ailleurs en cours de test dans plusieurs unités.

Quant à la maîtrise du risque infectieux, préoccupation constante de l'établissement, il est prévu de renforcer l'équipe médicale de l'unité d'hygiène hospitalière, de compléter les formations du personnel et de mieux coordonner l'action des différents acteurs concernés.

La dynamique initiée depuis plusieurs années se poursuit avec la généralisation à l'ensemble de l'établissement de la



démarche qualité. Les conclusions du collège de l'accréditation précisent également qu'une visite ciblée aura lieu dans 18 mois sur les thèmes des deux réserves.

Le rapport est consultable sur le site de l'ANAES, www.anaes.fr

→ International

Brest

Le CHU de Brest, phare hospitalier

L'air du large convient bien aux professionnels du CHU qui n'hésitent pas à échanger ou transférer leurs savoir-faire avec leurs professionnels des continents européen, africain, asiatique ou américain ni à lancer une mission humanitaire en terre palestinienne.

Prévention des suicides à Béjaïa en Algérie

En septembre 2000, l'association brestoïse " France-Algérie " informait le CHU de Brest de l'augmentation des taux de suicide chez les jeunes algériens. Un partenariat est alors mis en place, il comprend la présentation des dispositifs de prévention du suicide en France, l'évaluation avec les acteurs locaux des modalités de prévention en Algérie et un débat sur l'opportunité d'une contribution extérieure qui tiendrait compte des particularités sociales, culturelles et religieuses. Un séminaire suivi d'une conférence-débat publique s'organise en Kabylie sur le thème souffrance psychique, culture et identité. Puis une délégation médico-psychologique de l'hôpital de Béjaïa se rend au CHU de Brest du 9 au 16 mai 2004, démontrant toute la richesse et l'intérêt de ces échanges.

Aider à l'autonomie sanitaire d'une province du Cambodge

Dans des pays où les besoins sanitaires sont urgents, l'économie en sursis, l'expertise technique, administrative et médicale du CHU ne peut s'exporter sans l'implication forte du Ministère de la Santé et de partenaires, le Conseil général, la Ville de Brest... qui assument la partie non financée par les programmes internationaux.

Par exemple, depuis trois ans, le CHU de Brest est impliqué dans la prise en charge de patients séropositifs pour le VIH au Siem Reap, la province des temples d'Angkor. Dans ce projet, le CHU de Brest intervient dans le cadre du Groupement d'Intérêt Public appelé

Esther (Ensemble pour une Solidarité THERapeutique). L'objectif visé est l'autonomie sanitaire de la province. Pour la préparer, le CHU a créé un laboratoire polyvalent de référence permettant d'effectuer les sérologies HIV et des hépatites B et C et d'autres analyses sanguines. Des internes du CHU de Brest participent également à la consultation externe de maladies infectieuses et à la gestion des médicaments.

Une aventure pédagogique en Acadie

En février 2003, le Centre Hospitalier François Dunan de Saint-Pierre et Miquelon lance un appel d'offres à différents CHU de métropole pour former 15 aides-soignantes. La candidature de l'Institut des soins infirmiers du CHU de Brest est retenue. Débute alors une aventure pédagogique : des rencontres professionnelles ont lieu à Paris puis les volontaires s'envolent pour Saint-Pierre afin d'organiser les épreuves et de réajuster leur projet en fonction des spécificités locales : l'insularité. implique une attention spéciale au respect du secret professionnel, à la discrétion. Depuis les échanges se multiplient entre les deux rives, courant juillet, une élève de la promotion 2004 de l'hôpital François Dunan est accueillie au service de traumatologie du CHU. " D'autres propositions se sont ajoutées au gré de la créativité des élèves, le lien tissé va perdurer via le net ", se réjouit François Jamet, formateur IFSI au CHU de Brest.

Une mission humanitaire à Gaza

Des missions de chirurgie reconstructrice ont été initiées à Gaza, début 2002. Contactés pour participer à un véritable programme thérapeutique, certains médecins du CHU de Brest ont accepté d'assurer, aux côtés d'une petite poignée de chirurgiens, d'anesthésistes et d'infirmières volontaires, la prise en charge de la chirurgie de reconstruction de l'appareil locomoteur essentiellement au stade des séquelles paralytiques. 14 missions ont été effectuées et plus de 250 patients opérés. "Considérant que l'humanitaire est une " chance " pour un interne en chirurgie ou en anesthésie qui découvre alors une autre facette de son métier, chaque séjour associe intentionnellement un binôme sénior-junior volontaire. L'objectif est de communiquer un savoir, une passion, l'envie de partager et de transmettre aux plus jeunes le désir de s'impliquer et de poursuivre l'aide humanitaire ", témoigne le Pr Dominique Le Nen, PUPH en Orthopédie - Traumatologie.

Une suédoise à Brest

Dans le cadre du réseau HOPE, Madame Nilsson, directrice du département

économique du pôle gynécologie, urologie, oncologie et génétique médicale de Västra Gotaland a découvert durant un mois le CHU de Brest. Cet échange européen, partagé par 15 directeurs venant de toute l'Europe, s'est achevé par un séminaire en Autriche où les stagiaires ont partagé leurs expériences. Ces initiatives démontrent la volonté des hospitaliers brestoïses d'enrichir leurs compétences en découvrant de nouveaux horizons hospitaliers et de partager leurs savoirs et savoir-faire. " Cette démarche s'inscrit dans notre tradition culturelle bretonne qui nous a si souvent poussés vers le large ", rappelle Christelle Collec, Directeur adjoint.

Hope : Comité permanent des Hôpitaux Européenne (Hospital for Europe)

Créée en 1966, la Fédération Européenne des Hôpitaux rassemble 15 000 hôpitaux dans toute l'Europe soit plus de 5 millions d'employés à la disposition des millions de citoyens européens.

Forum de réflexion, de dialogue et d'échanges d'expériences sur l'organisation et les politiques hospitalières européennes, Hope encourage un brassage culturel autour de l'hôpital : les études comparatives des systèmes hospitaliers ou de santé en Europe, les travaux de recherche, les congrès rassemblant les professionnels européens... HOPE est partenaire de l'OMS, du Conseil de l'Europe et fait partie du Forum Européen de la santé, instance officielle consultative placée auprès de la Commission Européenne pour les questions de santé.

Amiens

Isabelle COUAILLIER
CHU d'Amiens
Place Victor Pauchet
80000 Amiens
Tél : 03.22.66.80.12.
Fax : 03 22 66 80 19
couaillier.isabelle@chu-amiens.fr

Angers

Anita RENIER
CHU d'Angers
4, rue Larey
49033 Angers cedex
Tél : 02 41 35 53 33
Fax : 02 41 35 53 55
anrenier@chu-angers.fr

Besançon

Sophie MURACCIOLI
CHU Besançon
2, place Saint Jacques
23030 Besançon Cedex
Tél : 03.81.21.86.26
Fax : 03.81.21.87.15
smuraccioli@chu-besancon.fr

Bordeaux

Frédérique ALBERTONI
CHU Bordeaux
12 rue Dubernat
33404 Talence Cedex
Tél. 05 56 79 53 42
Fax 05 56 79 48 85
frederique.albertoni@chu-bordeaux.fr

Brest

Isabelle GOURMELEN
CHU Brest
5, av Foch
29609 Brest cedex
Tél : 02 98 22 39 35
Fax : 02 98 22 34 98
isabelle.gourmelen@chu-brest.fr

Caen

Evelyne HAMON-PHILIPPE
CHU Caen
Av, Côte de Nacre
14033 Caen cedex
Tél : 02-31-06-52-63
Fax : 02-31-06-49-62
hamonphilippe-el@chu-caen.fr

Clermont-Ferrand

M^{me} MARCHESSEAU
CHU Clermont-Ferrand
58 rue Montalembert
63003 Clermont-Ferrand cedex 1
Tél : 04 73 75 10 87
Fax : 04 73 75 10 92
dmarchesseau@chu-clermontferrand.fr

Dijon

Alain LALIE
CHU de Dijon
1, Bd Jeanne d'Arc
BP1542
21034 Dijon Cedex
Tél : 03 80 29 36 28
Fax : 03 80 29 34 21
alain.lalie@chu-dijon.fr

Fort-de-France

Yolène PERRONNETTE-DAVILA
CHU Fort-de-France
BP 632
97261 Fort de France cedex
Tél : 05 96 55 22 30
Fax : 05 96 75 84 02
yolene.perronnette-davila@chu-fortdefrance.fr

Grenoble

David CUZIN
CHU Grenoble
38700 La Tronche
Tél : 04 76 76 50 98
04 76 76 50 18
Fax : 04 76 76 52 14
DCuzin@chu-grenoble.fr

Lille

Sandrine DELABY
CHRU de Lille
2, av Oscar Lambret
59037 Lille cedex
Tél : 03 20 44 49 12
Fax : 03 20 44 52 71
s-delaby@chru-lille.fr

Limoges

Florence KWARTNIK
CHU de Limoges
2, Av Martin Luther-King
87042 Limoges Cedex
Tél : 05.55.05.66.94.
Fax : 05.55.05.66.67
florence.kwartnik@chu-limoges.fr

Lyon

Danielle GIMENEZ
Hospices Civils de Lyon
3, quai des célestins
69229 Lyon cedex
Tél : 04 72 40 70 30
Fax : 04 72 40 72 30
danielle.gimenez@chu-lyon.fr

Marseille

Denis BURGARELLA
Assistance Publique -
Hôpitaux de Marseille
80, rue Brochier
13354 Marseille cedex 5
Tél : 04 91 38 20 20
Fax : 04 91 38 20 02
Denis.Burgarella@mail.ap-hm.fr

Metz

Véronique DE FLORAINE
CHR de Metz-Thionville
6 rue Charles Abel
B.P. 81065
570 38 Metz cedex 1
Tél : 03.87.55.79.04.
Fax : 03.87.55.39.60.
v.defloraine@chr-metz-thionville.rss.fr

Montpellier

Valérie GORRIAS-GAY
CHU Montpellier
80, avenue Augustin Fliche
34295 Montpellier cedex 5
Tél : 04 67 33 93 43
Fax : 04 67 33 93 65
v-gorrias@chu-montpellier.fr

Nancy

Dr Bertrand DEMANGEON
CHU Nancy
29, av du Mal de Lattre
de Tassigny
54035 Nancy cedex
Tél : 03 83 85 14 78
Fax : 03 83 85 11 88
b.demangeon@chu-nancy.fr

Nantes

Manuela DE LA PENA
CHU Nantes
5, allée de l'Île Gloriette
44035 Nantes cedex 1
Tél. : 02 40 08 72 27
Fax : 02 40 08 71 61
manuela.delapena@chu-nantes.fr

Nice

Marie GABORIT
CHU Nice
4 avenue Reine Victoria
06000 Nice
Tél : 04 92 03 45 14
Fax 04 92 03 41.06
gaborit.m@chu-nice.fr

Nîmes

Simone CLEMENT
CHU de Nîmes
5 rue Hoche
30029 NIMES Cédex 9
Tel. 04.66.68.30.01
Fax. 04.66.68.34.00
simone.clement@chu-nimes.fr

Orléans

Alice LESAGE
CHU d'Orléans
1, rue Porte Madeleine BP 2439 -
45032 Orléans cedex 1
Tél.: 02 38 74 44 03
Fax : 02 38 74 41.51
alice.lesage@chr-orleans.fr

Paris

Eve AULONG
Assistance Publique
Hôpitaux de Paris
3, av Victoria
75004 Paris
Tél : 01 40 27 52 06
Fax : 01 40 27 38 54
eve.aulong@sap.ap-hop-paris.fr

Pointe-à-Pitre

André DUCHEMIN
CHU de Pointe-à-Pitre
Abymes
97159 Pointe-à-Pitre Cedex
Tél : 05.90.89.10.10.
Fax : 05.90.80.10.29.
andre.duchemin@chu-guadeloupe.fr

Poitiers

Stephan MARET
CHU Poitiers
Jean Bernard - 2, rue de la Milétrie
B.P. 577 - 86021 POITIERS Cedex
Tél : 05 49 44 47 47
Fax : 05 49 44 47 48
s.maret@chu-poitiers.fr

Reims

Marie-Noëlle HILLION
CHU Reims
23 rue des Moulins
51092 Reims cedex
Tél : 03 26 78 34 38
Fax ; 03 26 82 65 84
mnhillion@chu-reims.fr

Rennes

Anne LAVOLLEE
CHU de Rennes
2 rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes Cedex 9
Tél : 02 99 28 24 72
Fax : 02 99 28 43 36
anne.lavollee@chu-rennes.fr

Rouen

Rémi HEYM
CHU de Rouen
1 rue de Germont
76031 ROUEN cedex
Tél : 02 32 88 85 20
Fax : 02 32 88 80 65
remi.hey@chu-rouen.fr

Saint-Etienne

Isabelle ZEDDA
Direction Générale
CHU Saint-Etienne
42055 Saint-Etienne cedex 2
Tél : 04 77 12 70 13
Fax : 04 77 42 70 48
direction.generale.ag@chu-st-etienne.fr

Strasbourg

Béatrice FRANCES
CHU de Strasbourg
1, pl de l'hôpital - BP 426
67091 Strasbourg cedex
Tél : 03.88.11.63.54
/06.83.28.25.52
Fax : 03 88 11 53 83
beatrice.frances@chru-strasbourg.fr

Toulouse

Marie-Claude SUDRE
CHU Toulouse
2, rue Viguerie
31052 Toulouse cedex
Tél : 05 61 77 83 49
Fax : 05 61 77 85 21
Sudre.mc@chu-toulouse.fr

Tours

Patrick FAUGEROLAS
CHRU Tours
37044 TOURS cedex 1
Tél : 02 47 47 37 57
Fax : 02 47 47 84 31
dir.com@bretonneau.chu-tours.fr

Coordination de la commission communication :

Sandrine DELAGE
CHU de Rennes
Hôpital Sud
16 bd de Bulgarie
BP 90347
35203 Rennes cedex 2
Tél : 02.99.26.71.00
sandrine.delage@chu-rennes.fr