

Trait d'union

MAGAZINE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

www.chu-toulouse.fr



DOSSIER

OXYGÉNOTHÉRAPIE HYPERBARE

Un nouveau caisson à Purpan



P.16

LA NOUVELLE RESTAURATION
Un service attentif
aux désirs des malades



P.21

PATRIMOINE HOSPITALIER
La maintenance se réorganise



Expresso

- 4 Palmarès du « Point » : le CHU à la première place
Le décès du Pr. Guyonnet
- 5 Trois nouveaux élus à la CME et de nouveaux responsables médicaux
Le Pr. Pierre Brousset à l'Institut Universitaire de France
- 6 Accueil des patients non francophones, un partenariat MACSF-CHU

Magazine

- 8 Rangueil : l'ambulatorio fait ses preuves
- 10 Maladies rares de la peau : une centre de référence pour une prise en charge optimale
- 12 « Histoire d'en parler », une expérience positive à renouveler
- 13 DIABSAT, la prévention plus proche des patients

Dossier

- 14 Un nouveau caisson pour l'oxygénothérapie hyperbare

Stratégie

- 20 Une nouvelle restauration du meilleur goût
- 24 La maintenance du patrimoine immobilier se réorganise
- 26 Des indicateurs qualité accessibles aux usagers
- 28 EPP : une première évaluation au service de Post-Urgences Médicales

Communauté hospitalière

- 30 L'infirmier en endoscopie : les « deux autres mains » du chirurgien
- 31 Elections à la Commission des soins

Ressources humaines

- 32 Le Plan de Déplacements Hospitalier prend forme
- 34 Actualités sociales

Histoire

- 36 Un siècle d'évolution des métiers à l'hôpital



Dossier

Oxygénothérapie hyperbare : un nouveau caisson pour une technique prometteuse

Après avoir démontré ses vertus thérapeutiques dans les accidents de plongée, les embolies gazeuses et les intoxications au monoxyde de carbone (CO), le caisson hyperbare révèle son efficacité pour soigner de nouvelles maladies. Afin de développer son usage, une nouvelle installation plus moderne, plus performante et de plus grande capacité est implantée à Purpan.

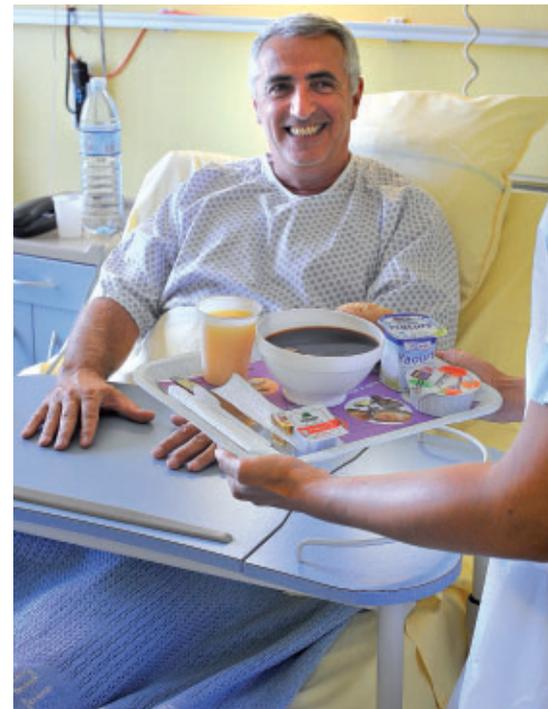
➤ pages 14 à 19

Stratégie

Une nouvelle restauration du meilleur goût

Le projet de réorganisation de la restauration a été conçu en plaçant le malade au cœur de la réflexion des professionnels. Il est mis en œuvre selon le principe qui consiste à demander au patient ce qu'il aime.

➤ pages 20 à 23



Trait d'union n°126. Directeur de la publication : Jean-Jacques Romatet. Rédactrice en chef : Marie-Claude Sudre. Rédacteur en chef adjoint : Dominique Soulié. Photographies : Igor Bertrand, Odile Vigié. Illustrations : Patrick Goulesque. Comité de rédaction : Sylvie Dermoune, Pr Jacques Frexinos, Sylvie Goutnikoff, Jean-Claude Laurens, Marie-Christine Monnin, Dominique Soulié, Odile Vigié. Secréariat de Rédaction : Délégation à la Communication, AMI-Communication. Assistance rédactionnelle : Hugues Bellin. Réalisation : Délégation à la Communication et Ogham. Impression : Messages.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous excuser d'éventuelles erreurs ou omissions. Nous leur demandons de bien vouloir adresser leurs suggestions au secrétariat de Trait d'union Délégation à la Communication, Hôtel-Dieu Saint-Jacques, Tél. : 05 61 77 83 48. ISSN 0220-5386. Dépôt légal : octobre 2010.

Le CHU de Toulouse classé premier



C'est une grande satisfaction, mais pas une énorme surprise. Le CHU de Toulouse est classé premier au palmarès 2010 du magazine « Le Point ».

Cette place enviable est une confirmation, puisqu'en 14 ans, le CHU a été 8 fois premier et 6 fois second à ce palmarès des hôpitaux de France qui est établi après étude de 800 établissements et de 58 spécialités. Au niveau des spécialités, le classement du CHU est flatteur :

- Premier en prises en charge de l'infarctus du myocarde, des calculs urinaires, de la sclérose en plaque et pour la chirurgie de la vésicule biliaire.
- Deuxième pour la prise en charge des cancers gynécologiques et des cancers de la prostate, pour la chirurgie du rectum, la chirurgie des tumeurs osseuses, pour la prise en charge des maladies infectieuses du voyageur, la prise en charge de la myopie, de la rhumatologie, pour la chirurgie de la thyroïde et pour la prise en charge des urgences traumatologiques.
- Troisième pour la prise en charge des AVC, des cancers du rein, pour la chirurgie du colon et de l'intestin, pour la chirurgie des carotides, la chirurgie des testicules et la chirurgie sur les parathyroïdes.

Nouvelles affectations à compter du 1^{er} octobre 2010

- **Isabelle Reynier** est nommée directrice déléguée du pôle Clinique des Voies Respiratoires et du pôle Cardio-Vasculaire et Maladies Métaboliques.
- **Patrick Fernandez** est nommé directeur délégué du pôle imagerie. Il conserve ses fonctions actuelles.
- **Le Dr Jean Petit** prend la direction de la qualité et de la sécurité des pratiques.
- **Claude Fonquernie**, conserve ses fonctions actuelles et prend en charge la direction des affaires juridiques.
- **Anne Decq** continue d'assurer la direction du centre e-santé et intègre l'équipe projet de l'Institut Hospitalo-Universitaire (IHU) du vieillissement et de prévention de la dépendance.

Éditorial



Le CHU de Toulouse se classe une nouvelle fois en tête du palmarès du Point des 50 meilleurs hôpitaux publics de France. Ce classement témoigne de l'excellence des équipes médicales, soignantes, techniques et administratives.

Le CHU est à la fois un hôpital de proximité pour les habitants du Grand Toulouse et un hôpital de recours pour l'ensemble de la région Midi-Pyrénées.

Pour lui permettre de garder son niveau d'excellence et faire face à de nouveaux défis, l'Agence régionale de la santé doit lui donner les moyens d'investir et de poursuivre ses activités. Nous devons aussi veiller à ce qu'il continue d'assurer une offre de soins de qualité pour tous. Les compétences des personnels se sont accrues, les équipements médicaux se sont perfectionnés.

Mais les dernières réformes, qui s'appuient essentiellement sur des critères d'économie et de rentabilité, ne tiennent pas compte de la prise en charge globale des patients, des problèmes économiques et sociaux qu'ils peuvent rencontrer à la sortie de l'hôpital, du manque de structures d'accueil médicalisées ou de maintien à domicile pour les personnes âgées. Les réductions de personnel, particulièrement de personnels soignants, rendent les conditions de travail difficiles. La fermeture programmée des petits hôpitaux risque d'accroître les inégalités de santé entre ceux qui ont les moyens de se rendre à Toulouse pour se faire soigner et les autres. Elle risque également d'engorger et d'asphyxier le CHU, à qui l'on demande pourtant de limiter son activité, comme à tous les établissements publics.

Nous devons, plus que jamais, veiller à ce que le CHU puisse remplir sa mission, essentielle, de maintien sur notre territoire d'une offre de soins de haut niveau, adaptée et accessible à tous.

Pierre Cohen

Député-maire de Toulouse
Président du conseil de surveillance
du CHU de Toulouse

Le Professeur Jean-Jacques Guyonnet nous a quitté

C'est avec une grande tristesse que la communauté hospitalière a appris le décès de Jean-Jacques GUYONNET, Professeur-Universitaire, Praticien-Hospitalier, chef de service d'Odontologie à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, survenu dans sa 64^{ème} année le 10 septembre 2010.

Le Pr. Jean-Jacques GUYONNET était reconnu pour sa très grande compétence et son expérience dans le domaine de l'odontologie.

Le père de Jean-Jacques GUYONNET, colonel d'artillerie, lui avait transmis une éducation où l'honneur, la bienséance et la rigueur avaient une place de choix. Ce sont des qualités qui l'ont guidé tout au long de sa riche carrière professionnelle.

Président d'honneur du Collège national des enseignants de prothèse, il a été également président de la Société toulousaine d'odonto-stomatologie, première société de formation continue des chirurgiens-dentistes dans notre région.

Jean-Jacques GUYONNET vivait le jour et la nuit. Le jour était consacré à ses patients de l'Hôtel-Dieu. Ceux-ci bénéficiaient tout autant de son expérience odontologique que de ses qualités de cœur. Apprécié par son équipe, Jean-Jacques GUYONNET avait donné une âme au service de soins situé au cœur de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques. La nuit, Jean-Jacques GUYONNET se transformait, soit en jazzman endiablé au sein du "Toubib Jazz Band" avec ses amis dont les Docteurs ARLET, soit en rédacteur méticuleux des très nombreuses expertises médico-odontologiques qui lui étaient confiées. Au cours de ses vacances bretonnes, il aimait réunir sa famille, ses enfants et partager ces moments de plaisir et de bonheur.

La disparition du Pr. GUYONNET laisse un grand vide dans la communauté médicale.

Décès de Roger Bessonnet, président de l'amicale des retraités du CHU

Le directeur général du CHU au nom de l'ensemble de la communauté hospitalière, salue la mémoire de Roger Bessonnet, président de l'amicale des retraités, décédé à l'âge de 83 ans.

Roger Bessonnet a effectué sa carrière au CHU de 1950 à 1987 notamment comme adjoint des cadres à la direction des affaires médicales. Par la suite, il a mis tout son dévouement et son dynamisme au service de l'amicale des retraités de notre institution.

Le CHU de Toulouse dans la peine, tient à lui rendre un dernier hommage et à exprimer à toute sa famille ses condoléances attristées.



Le prix de l'excellence

Ainsi que Pierre COHEN, notre Président,

nous l'a écrit, le récent classement du Point témoigne de l'excellence des équipes toulousaines, de tous les personnels du CHU. Cette excellence collective est le résultat d'un travail de tous les instants, à tous les niveaux, pour être chaque jour au rendez-vous de nos malades.

Si l'excellence est toujours une valeur relative, évaluée et jugée avec les capacités d'appréciation du moment, s'en contenter reviendrait à la condamner et à la perdre.

L'excellence dépend d'abord de notre capacité à anticiper les attentes des patients, de doter le CHU des structures et des organisations adaptées, d'acquiescer voire d'inventer les techniques de demain ; c'est aussi faire la chasse partout aux déperditions d'énergie, aux organisations routinières parfois insuffisamment efficaces. C'est également former les hommes aux métiers de service de l'autre, entretenir l'atmosphère que nous faisons régner dans notre grande maison.

Chacun d'entre nous tient un petit bout de cette excellence collective en tant qu'acteur de la créativité et de la performance du CHU. Chacun d'entre nous est un salarié qui cotise pour faire vivre l'œuvre de solidarité de l'Assurance Maladie.

Chacun d'entre nous est un citoyen qui, avec la CSG, contribue par l'impôt à apporter des ressources à sa quête difficile d'équilibre.

Optimiser notre fonctionnement partout est un devoir citoyen, c'est aussi un devoir élémentaire envers nos malades.

S'il est toujours possible de demander plus dans le grand débat de la répartition des financements, on ne pourra jamais distribuer plus que la richesse de notre pays, celle d'aujourd'hui ou celle que nous ferons payer par nos enfants.

Ainsi, quels que soient notre opinion politique, notre engagement citoyen ou militant, nous avons le devoir d'un travail responsable, d'une médecine sobre et efficace.

A la place qui est la mienne, je veillerai à défendre avec le Président du Conseil de Surveillance Pierre COHEN, et le Président de la CME Bernard PRADERE, le traitement juste et équitable du CHU mais je veillerai aussi à son efficacité, et à quelques rappels clairs si nécessaire.

Je vous redis aussi ma totale confiance dans notre capacité, par nos valeurs et notre professionnalisme. C'est ainsi que nous garantirons l'excellence de demain, l'avenir du CHU de TOULOUSE et l'emploi de nos enfants.

Jean-Jacques Romatet

Directeur général

Trois nouveaux élus à la CME

Un renouvellement partiel de la Commission Médicale d'Etablissement a été organisé, afin de pourvoir des sièges devenus vacants depuis l'élection d'avril 2007. Deux tours de scrutins ont été nécessaires. Ils se sont tenus les 18 juin et 12 juillet 2010.

Ont été élus :

- **Le Pr. Franck BOUTAULT**, au titre du collège n° 2 des spécialités chirurgicales et gynécologie-obstétrique (siège de PU-PH).
- **Le Dr. Jean-Claude QUINTIN**, au titre du collège n° 2 des spécialités chirurgicales et gynécologie-obstétrique (siège de PH).
- **Le Dr. Julien GUILLOTREAU**, au titre du collège n° 7 (CCU-AH, AHU et PHU).

Ces nouveaux élus ont rejoint la CME dès la rentrée de septembre.

De nouveaux responsables médicaux

Le Dr. Pierre LEGUEVAQUE se voit confier la chefferie du service de Chirurgie Générale et Gynécologique (Pôle Uro-néphro-dialyse-chirurgie plastique-brûlés-chirurgie générale et gynécologique-EFP) à compter du 1^{er} août 2010 en remplacement du Pr. HOFF.

Le Dr. Louis BUJAN se voit confier la chefferie du Pôle Femme-mère-couple, à compter du 1^{er} septembre 2010, en remplacement du Pr. REME.

Le Pr. Jean-Louis GROLLEAU se voit confier la chefferie du Pôle Uro-néphro-dialyse-chirurgie plastique-brûlés-chirurgie générale et gynécologique-EFP, à compter du 1^{er} septembre 2010 en remplacement du Pr. DURAND.

Le Pr. Yves GLOCK se voit confier la chefferie du service de Chirurgie cardio-vasculaire, à titre provisoire pour une période d'un an à compter du 1^{er} septembre 2010 en remplacement des Prs. CERENE et FOURNIAL. En effet, au regard du projet médical et d'organisation la chirurgie cardiaque adoptée par les instances, la fusion des deux chefferies de service de CCV (Pôle CVM) a été décidée.

Le Pr. Marcel DAHAN est nommé, à compter du 1^{er} septembre 2010, en qualité de responsable de la Fédération Chirurgie Cardiaque et Thoracique, constituée sur proposition des instances et associant le service de chirurgie cardiaque (Pôle CVM) et le service de chirurgie thoracique (Pôle CVR).

Le Pr. Didier CARRIE est nommé en qualité de responsable adjoint de cette Fédération.

Le Pr. Pierre Brousset à l'Institut Universitaire de France



Pr. Pierre Brousset

Le Pr. Pierre Brousset, chef de service du laboratoire d'anatomopathologie à Purpan et responsable de l'équipe de recherche à l'Inserm sur les cancers du sang, a été nommé membre senior de l'Institut Universitaire de France.

C'est le premier médecin toulousain à atteindre cette distinction, obtenue cette année en même temps que deux scientifiques de l'université Paul Sabatier. Cette nomination est une reconnaissance de l'activité de recherche en oncologie effectuée par le Pr. Pierre Brousset et ses collaborateurs au sein du CHU de Toulouse via le laboratoire de Purpan et des travaux qu'il dirige à l'Inserm.

L'Institut a pour mission de favoriser le développement de la recherche universitaire de haut niveau et de renforcer l'interdisciplinarité. Il a été créé pour que l'activité scientifique d'enseignants chercheurs de haut niveau soit reconnue et encouragée dans leurs universités d'appartenance.

**Une si gentille
« peste »**



Dans le cadre du Festival de Mirande, et en partenariat avec l'association Hôpital Sourire, l'actrice américaine Alison Arngrim, alias Nellie Oleson, est venue rendre visite aux enfants hospitalisés.

Bien loin de son personnage de chipie de la série "La petite maison dans la prairie", elle s'est prêtée avec gentillesse et disponibilité aux demandes de photos et d'autographes. Très impliquée dans la lutte contre la maltraitance des enfants aux Etats-Unis, Alison Arngrim a fait l'unanimité auprès des soignants, des parents et des enfants qui, aujourd'hui encore, suivent les aventures de Laura Ingalls et Nellie Oleson, héroïnes de la célèbre série.

Des associations unies pour les enfants hospitalisés



Elles sont trois à s'être unies pour financer la décoration et l'aménagement d'une salle de jeux de l'unité d'anesthésie et chirurgie ambulatoire de l'Hôpital des Enfants.

L'opération « sourire compris », organisée par l'association Ouilove (1 € était prélevé sur les additions des repas servis le soir du 15 mai 2009 par 145 restaurateurs et ensuite reversé à l'association) avait permis de collecter 4 000 € dédiés à la conception de cette salle de jeux.

Hôpital Sourire et Rêves d'Enfants ont aidé à la finalisation du projet, ce qui a permis d'inaugurer le 8 juillet dernier, en présence des représentants de ces associations, cet espace de vie et de couleurs, pour la plus grande joie des enfants.

Accueil des patients non francophones : partenariat MACSF-CHU



Jean-Jacques Romatet et Yves Cottret, délégué général MACSF signent la convention.

Une convention de partenariat a été signée le 12 juillet dernier entre la MACSF, assurance des professionnels de santé, et le CHU afin de contribuer aux actions d'amélioration de l'accueil et de la communication à l'égard des patients et des familles non-francophones. Cette convention porte sur une aide financière de 15 000 € en faveur de la réalisation de traductions de livrets d'information à visée d'éducation thérapeutique et de prévention en six langues étrangères (albanais, arménien, bulgare, rou-

main, russe et turc). Les documents à traduire émanent des services pédiatriques et gynéco-obstétriques où les besoins de traduction se font particulièrement sentir.

Ce projet s'inscrit dans la volonté du CHU de faciliter le travail des équipes soignantes confrontées de plus en plus souvent à des difficultés de communication avec les patients étrangers.

Pour tout renseignement sur ce projet, on peut joindre la coordinatrice de la cellule interprétariat et médiation interculturelle au 79040. ■

Danse au chevet en gériatrie

L'équipe culturelle du Gérontopôle a déposé, avec la Compagnie ACM Ballet, une demande de financement auprès de la Fondation d'entreprise du Crédit Social des Fonctionnaires (CSF). Cet accompagnement financier a permis le retour dans les unités de gériatrie de quatre danseurs de la compagnie les 5, 6 et 7 juillet derniers, pour leur première résidence en 2010.

La venue de ces artistes professionnels a confirmé, après le succès des deux éditions 2009, combien les soignants étaient en attente, les patients ravis, le corps médical attentif, les cadres tout à fait confiants et investis. ■



La bibliothèque de la Croix-Rouge à Salies

Une nouvelle antenne de la bibliothèque de la Croix-Rouge Française vient d'ouvrir à la Fontaine Salée. Le local, situé au premier étage, est ouvert tous les jeudis après-midi de 15h00 à 18h00. L'accueil est assuré par des bénévoles de la Croix-Rouge de l'antenne de Carbone-Cazères. ■



Rangueil : *l'ambulatoire fait ses preuves*

L'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire de Rangueil a été ouverte en 2009. Premier bilan d'un dispositif qui répond pleinement aux nouveaux besoins et aux orientations stratégiques de l'établissement.

Il existait depuis 2000 une unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire à Purpan. Mais Rangueil était dépourvu de ce type de service. Pour des raisons de mise en conformité avec les dispositions administratives, une unité conçue sur le schéma de celle de Purpan y a été ouverte le 31 mars 2009. Un an et demi après sa création, son médecin coordonnateur, le Dr. Dominique Vigouroux, en dresse un bilan globalement positif. Et il tire les enseigne-

ments d'une expérience menée rondement. « L'unité, explique-t-il, a été mise en route rapidement. Les chirurgiens ont d'emblée compris le principe et l'intérêt du système. Cela n'était pas évident, puisque l'organisation de l'ambulatoire bouleverse les habitudes. Nous avons été confrontés à un problème professionnel et culturel à la fois. Certaines disciplines, comme la chirurgie plastique, la gynécologie ou l'urologie, se prêtent bien à l'ambulatoire. Mais pour cer-

tains actes, c'est plus complexe, au niveau de la réglementation tarifaire par exemple. »

Le paradoxe est que c'est la question la plus simple et la plus basique en apparence qui est la plus difficile à solutionner : celle de l'organisation du travail des intervenants, en particulier la gestion des vacances au bloc opératoire. L'objectif premier de l'ambulatoire est de permettre au patient de repartir le soir même. Or cela n'est possible que si l'intervention chirurgicale se pratique le matin en début de service. D'où la délicate négociation de l'équipe de l'unité d'anesthésie et chirurgie ambulatoire avec ses partenaires pour réaménager les temps d'intervention.

L'équipe de l'unité

L'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire de Rangueil fonctionne au deuxième étage de bâtiment 2, unité 3.

Le Dr. Dominique Vigouroux (au centre) est le médecin coordonnateur de cette unité. Il est assisté du Dr. Jacqueline Parraguette (3^e à gauche). Le Dr. Jacques Rimailho (2^e à gauche) est le chirurgien coordonnateur. Fabienne Tomé (3^e à droite), cadre de santé, est en charge de l'hospitalisation.

L'équipe comprend en outre : deux secrétaires, quatre aides soignantes et six infirmières.



Sept spécialités

Huit équipes œuvrent au sein de l'unité qui accueille sept spécialités : l'urologie, la traumatologie-orthopédie, la gynécologie, la chirurgie plastique et réparatrice, la chirurgie digestive, la chirurgie vasculaire et la radiologie interventionnelle.

10 places sont à la disposition de l'unité qui fonctionne du lundi au vendredi de 7 à 19 heures. Les patients sont convoqués selon l'heure prévue pour l'intervention.

La durée de leur séjour varie de 8 à 10 heures en moyenne.

« Un des problèmes que nous avons à gérer, ajoute le Dr. Vigouroux, est l'attente des patients. Ils sont en théorie convoqués deux heures avant de passer au bloc opératoire. Tout est décidé et organisé en amont, lors de la consultation préalable avec le chirurgien et l'anesthésiste. Cette pré-visite fait gagner beaucoup de temps. Elle lève l'angoisse du patient et permet de réaliser toute la partie administrative qui n'est plus à faire lors de l'entrée, le jour de l'intervention.

En outre, l'équipe appelle le patient chez lui la veille de l'opération pour confirmer le rendez-vous et rappeler les précautions à observer. Tout cela rassure la personne qu'il a fallu souvent convaincre auparavant que l'ambulatoire n'est pas un travail bâclé. »

Autre disposition réglementaire : l'obligation d'avoir un accompagnant lors de la sortie. Quand le patient n'a personne à proposer,

« Tout est décidé en amont, lors de la consultation préalable avec le chirurgien et l'anesthésiste. »

cette mission peut être accomplie par l'ambulancier. Dans le cas où le malade habite loin, il a la possibilité de passer une nuit à l'hôtel « Le Vallon ». Elle est prise en charge par l'assurance maladie.

Une sécurité maximale dans un temps limité

Ce fonctionnement en ambulatoire est maintenant une pratique courante et il est maintenant bien admis par un maximum de gens. La sécurité est maximale et le temps limité du séjour en milieu hospitalier réduit sensiblement les risques de contracter des maladies nosocomiales.

« Le patient est satisfait de ce système ambulatoire, souligne le Dr. Vigouroux. En plus de la sécurité, il bénéficie du suivi. Il repart avec le compte rendu de l'opération et les ordonnances. Il est rappelé le lendemain par l'anesthésiste de l'unité et peut obtenir une consultation post-opératoire par le chirurgien. »

Au niveau statistique, l'unité de Rangueil affiche une belle progression avec 1261 patients traités en 2009 et déjà 1156 patients accueillis sur les sept premiers mois de 2010. ■

Le parcours du patient



Une équipe polyvalente et poly-compétente pour accompagner le parcours du patient.

Le jour de l'opération, une prise en charge est réalisée dans un temps très court. La secrétaire médicale accueille et oriente le malade dans l'unité. L'équipe médicale prend alors le relais. Cette équipe est polyvalente et poly-compétente. Son travail consiste en : la vérification administrative et médicale du dossier ; la vérification des traitements préparatoires ; l'installation du patient ; l'information de chaque étape du cursus opératoire ; la transmission écrite et orale avec le bloc opératoire.

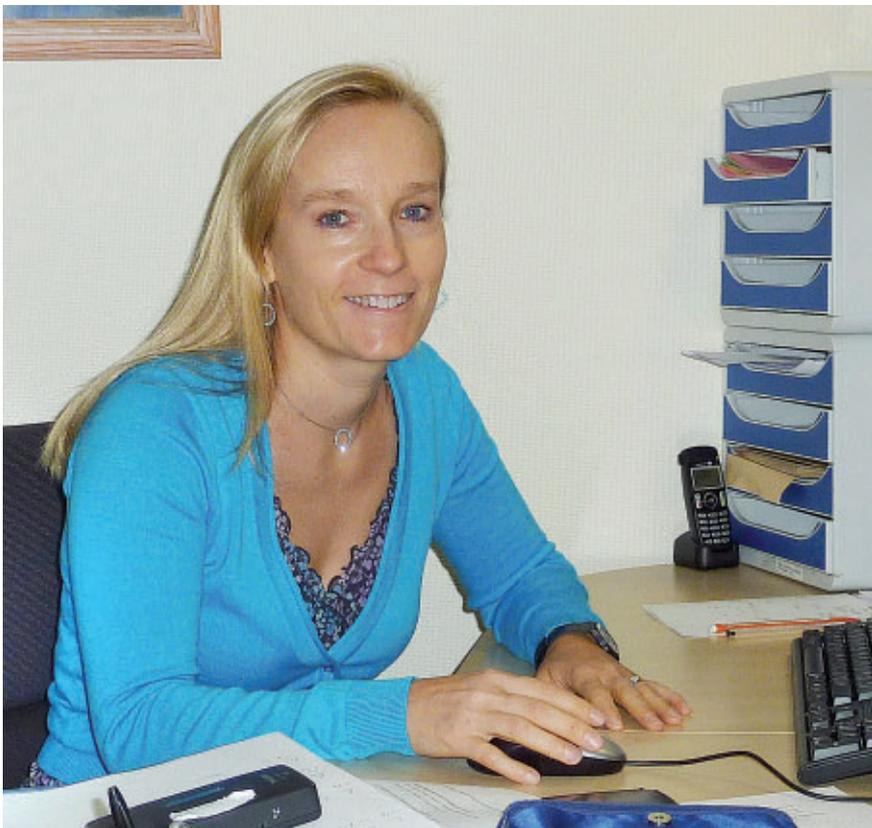
Au bloc opératoire, le passage des patients d'ambulatoire n'a pas de spécificité, mais de préférence, les anesthésies générales sont programmées en début de matinée.

La durée du passage est variable selon l'intervention. Le patient regagne ensuite la structure ambulatoire après passage en salle de surveillance post-interventionnelle. Sa sortie est autorisée lorsqu'il est apte et que le chirurgien et l'anesthésiste ont signé le dossier. En cas d'anesthésie locale, seule la signature du chirurgien est indispensable. Il existe un numéro de téléphone joignable 24 heures sur 24 en cas d'urgence.

Le patient est appelé au téléphone le lendemain pour savoir comment il a passé la nuit. Cela permet d'ajuster le traitement, d'assurer le suivi et la qualité des soins. En cas de problème, le malade revient à l'hôpital ou est dirigé vers son médecin traitant.

Maladies rares de la peau : *un centre de référence pour une prise en charge optimale*

Labellisé en 2005 « Centre d'expertise et de recours pour la prise en charge des maladies rares de la peau » dans le cadre du plan national maladies rares, le Centre de Référence des Maladies Rares de la Peau de Bordeaux-Toulouse (CRM RP) vient de faire l'objet d'une restructuration.



Le Pr. Juliette Mazereeuw-Hautier.

Les maladies prises en charge dans le centre sont nombreuses et de gravité variable. Il s'agit de maladies d'origine génétique qui entraînent des anomalies de la peau (épaississement cutané, squames, rougeurs ou autres taches, bulles, tumeurs, etc.), voire des cheveux et des ongles.

Ce centre de référence dont le coordonnateur principal est le Pr. Alain Taïeb du CHU

de Bordeaux, est dirigé au CHU de Toulouse par le Pr. Juliette Mazereeuw-Hautier, service de Dermatologie du Pr. Carle Paul à l'hôpital Larrey.

Depuis janvier 2010, le Pr. Juliette Mazereeuw-Hautier a mis en place une équipe médicale et para-médicale associant médecins, attachée de recherche clinique, psychologue, infirmière et assistante sociale. Cette équipe travaille en

étroite collaboration avec les spécialistes du CHU sous la forme d'un réseau pluridisciplinaire.

En application des directives ministérielles, le Centre prend en charge l'ensemble des maladies rares de la peau, mais axe ses actions de recherche, de formation et d'éducation thérapeutique sur les patients atteints d'ichtyoses.

« Les personnes porteuses de cette pathologie, explique le Pr. Mazereeuw-Hautier, présentent des squames sur l'ensemble du corps qui peuvent être plus ou moins abondantes, sombres et épaisses, donnant un aspect sale, voire un aspect de peau de crocodile. Les squames se détachent continuellement et sont visibles sur les vêtements et sur le sol. Elles rigidifient la peau et induisent un ressenti cutané permanent désagréable. Il s'agit d'une maladie extrêmement handicapante avec parfois limita-

La prise en charge du patient doit être pluridisciplinaire et aborder à la fois les aspects diagnostiques, thérapeutiques, mais comporter aussi la possibilité d'un accompagnement psychologique et social.



Les ichtyoses : rougeurs très visibles et squames qui rigidifient la peau.

tion des mouvements. Chez certains patients il existe une rougeur diffuse de la peau, parfois intense, comme après un gros coup de soleil. Certaines formes d'ichtyose peuvent s'associer à d'autres anomalies : problèmes allergiques, neurologiques, ophtalmologiques, ORL, etc. »

Les ichtyoses sont aussi très invalidantes du fait de leur visibilité qui peut créer des difficultés sociales, familiales et professionnelles. La qualité de vie est également altérée par le grattage et la nécessité de soins locaux quotidiens longs et fastidieux (crèmes grasses à appliquer tous les jours sur tout le corps).

Les ichtyoses se manifestent souvent dès la naissance et vont durer toute la vie avec des périodes de poussées. Elles sont dues à une anomalie génétique qui occasionne un dysfonctionnement de la fabrication de la peau.

« La prise en charge du patient, souligne le Pr. Mazereeuw-Hautier, doit être pluridisciplinaire et aborder à la fois les aspects diagnostiques, thérapeutiques, mais comporter aussi la possibilité pour le patient d'un accompagnement psychologique et social. Nous avons mis en place des séances d'éducation thérapeutique sous la forme de séances individuelles et/ou collectives, en lien avec l'Association Nationale des Ichtyoses et Peaux Sèches Pathologiques (ANIPS), avec l'objectif d'aider le patient à mieux vivre sa maladie. »

Le CRM RP s'engage également dans des actions nationales comme la réalisation récente d'une enquête d'évaluation, sous forme de questionnaire, de la prise en charge des patients. L'analyse des réponses a permis de relever des carences de prises en charge à la fois médicale et sociale

qui conduiront à la mise en place de mesures adaptées.

Le CRM RP assure actuellement, à l'hôpital Larrey, le suivi d'une soixantaine de patients souffrant d'ichtyoses modérées à sévères, avec chaque année une dizaine de nouveaux patients. ■

Un partenariat pour sortir les malades de leur isolement



Marie-Cécile Verly, présidente de l'Association Nationale des Ichtyoses et Peaux Sèches pathologiques (ANIPS).

À l'initiative du Pr. Juliette Mazereeuw-Hautier, une « Première rencontre avec les patients et associations de patients » a été organisée, le 8 juin dernier pour établir les bases d'une collaboration suivie entre le CRM RP et les associations.

Soixante-dix personnes étaient présentes dont la présidente de l'**Association Nationale des Ichtyoses et Peaux Sèches pathologiques (ANIPS)**, Marie-Cécile Verly, qui est intervenue pour expliquer les objectifs de l'association, les actions entreprises et l'importance du partenariat avec les équipes médicales spécialisées.

Créée en 1991 par un groupe de parents, l'ANIPS n'a eu de cesse d'œuvrer pour les patients atteints de cette maladie afin de les sortir de leur isolement, de leur ignorance sur la maladie. Elle constitue un relais indispensable pour les malades démunis devant cette pathologie en les informant sur les possibilités de soins pour ensuite les diriger vers les médecins spécialistes.

L'ANIPS édite des supports d'information, notamment la newsletter « *A fleur de peau* » et le livret « *L'enfant atteint d'ichtyose à l'école et en collectivité* » qui permet d'expliquer la maladie aux professionnels de l'éducation nationale qui accueillent dans leurs classes des enfants qui en sont porteurs.

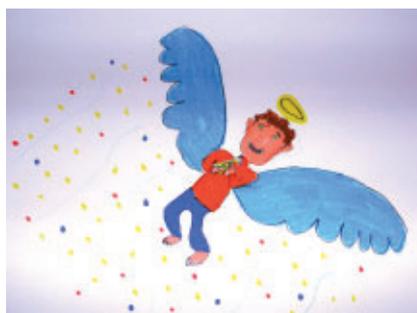
La collaboration associations de patients/centre des maladies rares de la peau ne pourra que s'intensifier au fil du temps, grâce à la rencontre annuelle instaurée en 2010, mais aussi à toutes les actions organisées pour lutter contre ces maladies (séances d'éducation thérapeutique, forums associatifs...).

“Histoire d'en parler”

Une expérience positive à renouveler

Les ateliers « Histoire d'en Parler » ont été créés au CHU de Toulouse pour accueillir les enfants ayant perdu un frère ou une sœur.

Grâce au soutien de la Fondation Wyeth pour la Santé de l'Enfant et de l'Adolescent, depuis 2006, des ateliers « Histoire d'en Parler » ont été créés à Toulouse pour accueillir les enfants ayant perdu un frère ou une sœur. Ceux-ci s'intégraient à un protocole de recherche mené conjointement par le Réseau Enfant-Do, le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) et l'ASP (Association Soins Palliatifs) Toulouse.



L'intérêt des enfants

Pour les familles qui ont pu participer à ce protocole de recherche, les effets de l'ensemble de ce dispositif se sont révélés très positifs. Le taux d'absentéisme a été nul. Tous les enfants ont participé activement aux quatre séances d'atelier qui leur ont été proposées. Lors des évaluations, effectuées immédiatement après les ateliers par un pédiatre et un psychiatre, tous les enfants ont exprimé l'intérêt qu'ils ont éprouvé à se retrouver avec d'autres garçons et filles ayant perdu eux aussi, un frère ou une sœur. Des dynamiques de groupe très fructueuses ont vu le jour et la plupart des enfants auraient souhaité voir les groupes se prolonger au-delà des quatre séances initialement prévues.

Les thérapeutes ont repéré le mouvement qualifié de « réanimation psychique » que ces ateliers ont pu entraîner, certains enfants arrivant dans un état de sidération de la pensée leur empêchant d'avoir une représentation claire de ce qui s'était passé et repartant avec de nouvelles capacités d'élaboration. Pour certains, ces ateliers ont également été

un bon moyen de dépistage de souffrance psychique justifiant par la suite une prise en charge psychothérapeutique individuelle.

Le suivi des familles

Le suivi à distance de ces familles a permis de constater que, forts de cette expérience positive avec des thérapeutes, certains des enfants qui « allaient bien » au moment des ateliers ont redemandé, à distance, de l'aide à des professionnels (y compris des années plus tard), lorsqu'ils ressentaient à nouveau des signes de souffrance en lien ou non avec leur deuil.

Pour les parents en très grande souffrance, la rencontre avec le binôme de soignants, ainsi qu'avec l'ensemble du dispositif a été un soutien efficace, autorisant parfois la mise en place de prise en charge individuelle pour l'un ou l'autre ou les deux à la fois, facilitant ainsi l'accompagnement de leur enfant vers le soin quand cela s'est avéré nécessaire.

L'ensemble de l'équipe qui a participé à cette recherche est donc très favorable à la poursuite de ces ateliers et envisage pour l'année scolaire 2010 - 2011, au moins une série de quatre ateliers pour des enfants ayant perdu un frère ou une sœur. Compte tenu des demandes une série de quatre autres ateliers va également être mise en place pour des enfants ayant perdu l'un ou l'autre de leurs parents. ■

* Pour prendre rendez-vous ou obtenir des informations supplémentaires, contacter l'ASP au 05 61 12 43 43 et le Dr. Agnès SUC : suc.a@chu-toulouse.fr

Après quatre ans de fonctionnement, cette étude arrive à son terme et autorise un certain nombre de conclusions. Le nombre de demandes de participation aux ateliers a été globalement moindre que celui escompté, malgré une campagne d'information large et répétée. Ceci est sans doute dû au fait que ces frères et sœurs endeuillés ne présentent pas systématiquement de signe de souffrance psychique. Peut-être est-ce également la crainte, exprimée par certains parents de voir leurs enfants « survivants » subir un traumatisme aggravé au contact d'autres enfants endeuillés ou en étant confrontés à un contexte qui remémore les moments difficiles ?

Par contre, à l'occasion de cette campagne d'information, il y a eu de fortes sollicitations pour accueillir dans les ateliers des enfants dont les parents étaient en cours de traitement ou décédés d'une maladie onco-hématologique ou neurologique grave, ce qui n'était pas l'objectif des ateliers. Mais cela a conduit à élaborer d'autres projets.

Plus près *des patients*



En alliant mobilité et liaisons satellitaires, DIABSAT se rapproche des personnes atteintes de diabète. Ce programme en trois parties favorise la prévention, le dépistage et l'éducation.

Favoriser la lutte contre le diabète en général et sa prise en charge en particulier, tel est l'objectif de DIABSAT. Ce programme est piloté et géré par le C.T.D.I.T (Centre de Traitement du Diabète par Informatique et Télématique) du service de Diabétologie dont la responsable est le Dr. Marie-Christine Turnin. Sont associés à cette démarche : le Conseil régional de Midi-Pyrénées, le Centre National d'Etudes Spatiales (CNES) et le réseau de soins DIAMIP, présidé par le Dr. Jacques Martini.

DIABSAT comporte trois volets. Le premier est dédié à l'éducation, à la nutrition et à l'hygiène de vie. Il est mis en oeuvre à l'aide de logiciels conçus par le service de diabétologie et disponibles pour le public diabétique en pharmacie sur des bornes à écran tactile. Il s'agit de véritables logiciels d'éducation permettant aux personnes d'équilibrer leurs repas de façon très personnalisée et de mettre en route une activité physique adaptée. Le deuxième aspect de ce programme est le dépistage itinérant des complications du diabète assisté par satellite. Le troisième volet est la télé-expertise de plaie du pied diabétique qui se pratique via un smartphone avec la participation des médecins et infirmiers libéraux. Cette formule permet à ces derniers d'accéder au dossier du patient par téléphone portable, ce qui réduit les déplacements et améliore l'échange entre l'hôpital et ces professionnels de santé ambulatoire.

Une première dans le Gers

La première campagne itinérante de dépistage des complications du diabète a été lancée au printemps dans le département du Gers. A raison de huit journées de dépistage



Le camion Diabsat arrive dans un village du Gers.

par mois et d'une journée par commune, 144 personnes ont pu être examinées.

Les patients sont reçus sans rendez-vous. Informés par les médecins, les pharmaciens et d'autres professionnels para-médicaux, ou par voie de presse, ils se présentent à cette consultation où une infirmière réalise un bilan ophtalmologique, podologique ou rénal, s'ils s'avèrent nécessaires.

Les rendez-vous avec les spécialistes nécessitent des déplacements parfois longs et peuvent susciter une attente conséquente. En allant vers les patients, il est possible d'accélérer l'intervention de ces spécialistes grâce à la liaison satellitaire.

Le camion utilisé est équipé de matériel de dépistage : rétinographe, podomètre électrique et appareil de mesure de la micro-albuminurie (état rénal). Tout cela est accessible gratuitement et facilite le suivi. Les données sont recueillies par une infirmière. Elles sont transmises via le centre serveur du MEDES (médecine spatiale) alimenté par liaison satellitaire. Elles sont interprétées par des ophtalmologues, diabétologues ou podologues et les résultats sont adressés aux médecins traitants qui peuvent alors prendre les décisions nécessaires au traitement de leurs patients.

Une meilleure surveillance

Cette organisation permet d'assurer une meilleure surveillance chez des patients qui doivent être vus chaque année : « On va, explique le Dr. Martini, vers le patient et c'est très important. Ce programme DIABSAT permet ainsi de toucher des personnes jusqu'alors isolées et de renforcer la coordination de leur prise en charge et des actions de dépistage déjà entreprises par les réseaux de santé, tout en optimisant l'intervention des ressources médicales et para-médicales de proximité. »

La réussite de l'expérience menée dans le Gers incite à poursuivre la campagne itinérante de dépistage vers d'autres secteurs : le Tarn fin 2010, puis le sud de la Haute-Garonne en 2011. Le choix se porte en priorité sur les zones périphériques les plus excentrées.

De même, l'expérience d'éducation par les logiciels dans les pharmacies, devrait être poursuivie, mais directement au domicile des patients, en collaboration avec le Centre de référence e-Santé du CHU de Toulouse. ■

OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE : un nouveau caisson pour une technique prometteuse

Après avoir démontré ses vertus thérapeutiques dans les accidents de plongée, les embolies gazeuses et les intoxications au monoxyde de carbone (CO), le caisson hyperbare révèle son efficacité pour soigner de nouvelles maladies. Afin de développer son usage, une nouvelle installation plus moderne, plus performante et de plus grande capacité est implantée à Purpan.

De la polio et du tétanos à la gangrène gazeuse et au métrô

Le Professeur Louis Lareng a été l'un des premiers médecins familiarisés avec l'utilisation des caissons d'oxygénothérapie hyperbare, alors qu'il était président de la Société de Réanimation de Langue Française : « L'origine, relate-t-il, remonte à la période où dans les services de maladies infectieuses on étudiait la respiration artificielle en raison du traitement de la

poliomyélite par poumon d'acier. C'est en recherchant ensuite des traitements adaptés à la lutte contre le tétanos que l'on s'est orienté vers l'administration d'oxygène à pression supra-atmosphérique car le bacille du tétanos est un germe anaérobie qui se développe en milieu pauvre en oxygène. Puis on a utilisé cette technique pour le traitement de la gangrène gazeuse (également

liée à un germe anaérobie) et pour les intoxications par le monoxyde de carbone.

« De ce fait on a très tôt mis en place un appareil permettant d'oxygéner les patients à une pression supra-atmosphérique. Le premier a été fabriqué à Marseille par un atelier de chaudronnerie habilité à confectionner des appareils sous pression pouvant être utilisés dans les profondeurs marines. »



Le Pr. Louis Lareng, un des pionniers de l'utilisation des caissons hyperbares.

S'appuyant sur l'expérience des hôpitaux de Paris, pionniers de ces techniques, le CHU de Toulouse a installé en 1971 le premier caisson à Purpan, près du centre de réanimation.

Une dizaine d'années plus tard, un second appareil plus élaboré, permettant de régler la pression et sécurisé, a remplacé le premier caisson. Son acquisition avait été rendu possible par un partenariat entre le CHU et le Conseil régional et l'obtention de fonds européens.

« C'était très intéressant médicalement et économiquement, note Louis Lareng. On pouvait à la fois soigner davantage de patients, étendre les indications et accompagner les patients tout en continuant si nécessaire les soins de réanimation. »

Après les fonds marins, c'est des entrailles de la terre toulousaine qu'est venu un nouveau développement de la médecine hyperbare. C'est, en effet, à l'occasion des travaux de construction de la première ligne de métro de Toulouse (1987/1993) qu'il a été possible de bénéficier de deux chambres. A titre préventif, des crédits avaient été affectés à cette extension. La

raison en était la nécessité de pouvoir traiter des accidents éventuels d'ouvriers travaillant sur les tunneliers, en situation de décompression.

Fort heureusement, il n'y a pas eu d'accident lors de ce vaste chantier et le centre de médecine hyperbare de Purpan a pu pleinement exploiter le caisson agrandi qui a fonctionné jusqu'au 4 juillet 2010. ■



Le premier caisson à Purpan dans les années 70.

INVESTISSEMENT

Un caisson confortable et sécurisé va pouvoir accueillir vingt-deux patients par séance



La console de commande du nouveau caisson.

Après plusieurs décennies d'expérimentation et d'utilisation, le caisson hyperbare a non seulement démontré ses vertus thérapeutiques, mais aussi révélé que l'on pouvait recourir à ses services pour

traiter une palette beaucoup plus large de maladies. Allié aux progrès technologiques, ce succès a conduit le CHU à acquérir un matériel plus moderne, plus performant et de grande capacité.

Les deux nouvelles chambres hyperbares du CHU doivent entrer en service fin 2010. Un chantier conséquent a été mené pour les implanter à Purpan, ce qui a amené durant la période transitoire l'installation d'un caisson provisoire de six places.

C'est en 2006 qu'a été lancée la réflexion sur le changement de matériel. La décision de remplacement a été prise dans le cadre du programme d'équipement médical 2009-2010 du CHU. Elle a conduit à une procédure d'appel d'offres. Trois entreprises ont répondu : les françaises Comex et Techplus et l'allemande Haux.

C'est cette dernière qui a présenté la meilleure offre et a été retenue pour ce marché qui inclut : la livraison du caisson, le prêt d'un caisson mobile durant les travaux, l'enlèvement du vieux caisson, la fourniture des dispositifs médicaux de surveillance et d'assistance respiratoire et le transfert en 2013 du



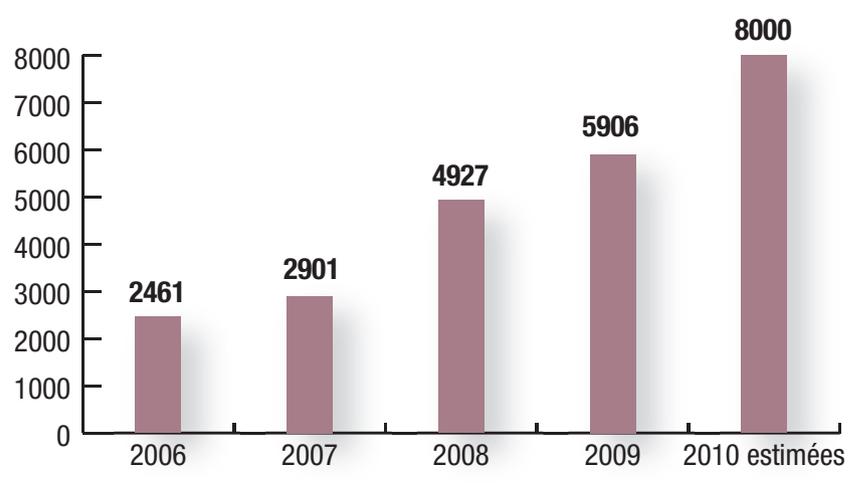
Jean André, ingénieur bio-médical coordonnateur du projet.

caisson au futur bâtiment URM de Purpan, près de la nouvelle clinique Pierre-Paul Riquet.

Un projet mené rondement

La procédure a été menée rondement, ainsi que l'explique Jean André, ingénieur bio-médical coordonnateur du projet : « Il était impossible d'attendre davantage, explique-t-il. Outre l'obsolescence de l'installation, il y avait un problème de maintenance avec le matériel en place pour lequel on ne disposait plus de certaines pièces détachées. En cas de rupture de ces pièces, il aurait fallu les faire usiner, ce qui entraînait un coût élevé et des temps d'attente longs. Il y avait donc des risques de panne et par voie de conséquence d'interruption de l'activité pendant plusieurs semaines. De plus, l'accroissement des indications, la nécessité de disposer d'une plus grande capacité et d'un caisson performant justifiait son remplacement pour répondre à la demande régionale et accroître sa rentabilité. Le CHU a donc engagé un investissement de 1,436 million d'euros pour l'achat du matériel et les dispositifs médicaux. A ce montant, il convient d'ajouter ultérieurement, 83.000 euros de frais de transfert futur et 40.000 euros d'intégration au système informatique hospitalier. »

Nombre annuel de séances d'oxygénothérapie hyperbare – CHU de Toulouse – 2006-2010



Deux modules

Le nouveau caisson est composé de deux modules ou chambres et d'un sas qui se rejoignent en formant un angle droit. Les deux chambres peuvent accueillir vingt deux patients assis ou huit allongés. Le caisson en « L » reçoit d'un côté les cas aigus et de l'autre les chroniques. L'adaptabilité de l'aménagement intérieur est rendue possible par l'utilisation de fauteuils amovibles à roulettes. Ils peuvent être retirés des chambres en totalité ou partiellement pour permettre l'installation de lits ou brancards pour les malades de réanimation ou les patients alités. Le caisson est fermé lors du traitement. En cas d'urgence, les entrées et sorties se font par un sas dont la configuration permet également l'accès des personnes transportées sur un brancard.

La partie production regroupe l'ensemble des dispositifs techniques nécessaires au fonctionnement des deux chambres thérapeutiques « aiguës » et « chroniques » ainsi que du sas. C'est là qu'est produit l'air comprimé avec deux circuits distincts : une ligne basse pression et une ligne haute pression. On trouve également dans cette partie des dispositifs de régulation pour les fluides médicaux, de lutte contre l'incendie et les tableaux et raccordements électriques. Les deux chambres comportent en outre des appareils médicaux d'assistance respiratoire et de surveillances des paramètres

physiologiques des patients. Les dispositifs médicaux à l'intérieur des deux chambres sont modulables et peuvent être adaptés au besoin médical du patient.

Une communication directe avec l'opérateur

Le caisson hyperbare est piloté par un infirmier spécialisé depuis le tableau général de commande, doublé d'un tableau secondaire. Grâce à cette installation, l'opérateur visualise en permanence tous les paramètres de traitement et les paramètres de surveillances physiologiques, ce qui permet d'effectuer toutes les adaptations. Un système d'interphonie et de communication audiovisuelle autorise un dialogue direct avec les patients se trouvant à l'intérieur du caisson. Ces derniers peuvent aussi, si besoin, solliciter l'opérateur. Compte tenu de la longueur des séances (deux heures), les patients ont la possibilité, au choix, d'écouter la radio ou de regarder la télévision.

« Tout est enregistré dans un but médico-légal, indique Jean André. Le système informatique livré par le constructeur permet l'archivage des paramètres de traitement des deux chambres et des paramètres de surveillances physiologiques. Ainsi un médecin peut quand cela est nécessaire consulter les données. A terme, ces éléments seront conservés sur le serveur central du CHU et intégrés au dossier du malade ». ■

MÉDICAL

L'usage du caisson hyperbare s'étend : pathologies bullaires, intoxication au CO, infections nécrosantes, cicatrisation des plaies à problème, lésions post-radiques...

L'oxygénothérapie hyperbare consiste en l'inhalation d'oxygène à des pressions supérieures à la pression atmosphérique dans un but thérapeutique. Pour cela, le patient est placé dans une chambre hyperbare (appelée communément caisson) où l'on augmente la pression ambiante grâce à une unité de production d'air. Des compresseurs prélèvent l'air atmosphérique, le transforment en air de qualité médicale et le stockent sous pression dans des réservoirs. L'air est ensuite délivré dans la chambre hyperbare à la pression désirée. L'oxygène médical provient du réseau hospitalier. Le patient assis ou couché dans la chambre, inhale l'oxygène au moyen d'un masque, plus rarement par l'intermédiaire d'un respirateur. Une réserve de bouteilles d'oxygène et de mélanges particuliers comme l'Hélium-Oxygène (utilisés pour les accidents de plongée de type décompression) complète l'installation.

Le traitement est délivré sous formes de séances caractérisées par la pression maximale atteinte, la durée et le (ou les) gaz inhalés. Chaque séance comporte une phase de compression, une phase de palier(s) de pression et une phase de décompression. La séance d'oxygénothérapie hyperbare standard comprend une phase de compression de 10 min pendant laquelle la pression dans la chambre augmente de 1 à 2.5 ATA (ATA = Atmosphères Absolues), un palier de pression à 2.5 ATA pendant 90 min et une phase de décompression de 10 min pendant laquelle la pression dans la chambre est ramenée à la pression atmosphérique. La durée totale de la séance est de 110 min. Le patient inhale de l'oxygène tout au long de la séance entrecoupé à la phase de palier d'inhalation d'air



Pr. Michèle Genestal, praticien hospitalier en réanimation médicale.

pendant 5 min toutes les 25 min pour éviter la toxicité de l'oxygène. Les patients bénéficient en général de 1 à 2 séances par jour avec un délai minimum de 3 heures entre 2 séances. Le nombre total de séances est fonction de la pathologie traitée.

« L'oxygénothérapie hyperbare, explique Michèle Genestal, professeur et praticien hospitalier en réanimation médicale, est le seul traitement efficace dans les accidents de plongée de type « décompression » et dans les embolies gazeuses. L'utilisation d'oxygène à une pression supra-atmosphérique permet de solubiliser et d'éliminer les bulles d'azote qui obstruent les vaisseaux et/ou qui se forment dans les tissus. Dans les intoxications au monoxyde de carbone, l'oxygénothérapie hyperbare est le seul traitement permettant d'éliminer en une séance la totalité

du CO présent dans l'organisme en particulier au niveau des compartiments profonds comme les neurones, le myocarde et l'hémoglobine fœtale qui est à l'origine des complications secondaires (neurologiques, cardiaques, mort fœtale).

Un rôle préventif et curatif

« L'observation clinique, ajoute le Pr. Genestal, a démontré que l'oxygénothérapie hyperbare était efficace pour traiter les plaies avec retard de cicatrisation, en particulier chez le diabétique, l'artéritique, le traumatisé, le brûlé, le gelé ou lors de l'infection de fractures ouvertes complexes. Dans tous les cas, l'oxygénothérapie hyperbare en association avec les traitements classiques a un rôle préventif et curatif de l'infection. Elle permet, d'éviter ou de limiter les amputations, notamment chez le diabétique. »

Les développements récents de l'oxygénothérapie hyperbare concernent les lésions post-radiothérapie, les infections nécrosantes des parties molles, les écrasements de membre, le syndrome des loges, les strangulations. Les lésions radio-induites peuvent survenir plusieurs mois ou plusieurs années après irradiation de la sphère ORL ou irradiation pelvienne (cancers de la prostate, de la vessie ou de l'utérus...). Il en résulte un appauvrissement vasculaire progressif qui aboutit à une atrophie muqueuse avec nécrose de la mandibule ou saignements vésicaux ou rectaux. « L'oxygénothérapie hyperbare, poursuit le Pr. Genestal, a démontré récemment qu'elle avait un effet réparateur sur les lésions muqueuses, osseuses, vésicales ou rectales post-radiothérapie en association avec les traitements classiques.

Elle est capable de déclencher une revascularisation des lésions par néo-angiogénèse car elle mobilise les cellules souches de la moelle osseuse et favorise leur implantation dans les tissus à réparer. ».

Un effet favorable adjuvant

Les infections nécrosantes des parties molles sont liées à des bactéries anaérobies strictes (qui se développent dans les milieux privés d'oxygène comme la gangrène gazeuse) et/ou à des bactéries anaérobies facultatives (comme le streptocoque) sécrétant des toxines nécrosantes des tissus et altérant la microcirculation. L'oxygénothérapie hyperbare en complément de la chirurgie, de l'antibiothérapie et de la réanimation a un effet



Pour le traitement, le patient est placé dans une chambre hyperbare appelée communément caisson.

favorable adjuvant. Les écrasements de membres, le syndrome des loges se caractérisent dans la phase postopératoire par la survenue d'oedèmes majeurs de revascularisation qui peuvent être prévenus ou limités par l'utilisation en postopératoire immédiat de l'oxygénothérapie hyperbare. De même, l'oxygénothérapie hyperbare utilisée dans un délai de

moins de 6 heures après une dépendaison a un effet anti-oedémateux cérébral. En réanimation, les recherches actuelles concernent l'effet de l'oxygénothérapie hyperbare sur les dysfonctions microcirculatoires. L'indication de l'oxygénothérapie hyperbare dans les surdités brusques pourrait être rattachée à un effet microcirculatoire sur l'oreille interne.

Les pathologies éligibles à l'oxygénothérapie hyperbare

Un groupe de travail constitué par la Haute Autorité de Santé a validé en 2007 les indications de l'OHB suivantes.

PATHOLOGIES AIGÜES :

- Intoxication au monoxyde de carbone chez les patients à haut risque de complications à court ou à long terme (perte de conscience à l'admission ou avant l'admission ; signes neurologiques, cardiaques, respiratoires ou psychologiques ; femmes enceintes).
- Accident de décompression : traitement initial et des déficits résiduels.
- Embolie gazeuse.
- Infections bactériennes à germes anaérobies ou mixtes, nécrosantes des tissus mous.
- Abscesses intracrâniens, pleuro-pulmonaires, hépatiques.
- Ecrasement de membre (fractures ouvertes de type III Gustilo B et C).
- Surdité brusque.
- Greffes de peau et lambeaux musculo-cutanés à vitalité compromise.

PATHOLOGIES CHRONIQUES :

- Ostéomyélite chronique réfractaire.
- Lésions radio-induites (ostéoradionécrose de la mandibule, cystite radio-induite, rectite radio-induite, en traitement préventif de l'ostéoradionécrose en cas d'extraction dentaire).
- Ulcères ou gangrènes ischémiques chez les patients diabétiques en ischémie critique chronique, sans possibilité de revascularisation ou persistant après vascularisation optimale.
- Ulcères ou gangrènes ischémiques chez les patients non diabétiques en ischémie critique chronique, sans possibilité de revascularisation ou lésions persistant après revascularisation optimale.
- Neuroblastome de stade IV.
- Pneumatose kystique de l'intestin.

A partir des recommandations de la Haute Autorité de la Santé, l'indication des séances d'oxygénothérapie hyperbare est posée lors d'une consultation spécialisée avec un médecin titulaire du diplôme inter-universitaire de médecine sub-aquatique et hyperbare. L'objectif est de vérifier l'indication, l'absence de contre-indication, de préciser les modalités du traitement, d'informer le patient et de recueillir son consentement. Au cours de cette consultation, le patient est informé de la possibilité de survenue d'une otite barotraumatique et des moyens de sa prévention. Le traitement préventif et curatif de l'otite barotraumatique bénéficie d'une collaboration permanente avec le service d'ORL. A l'issue des séances, une consultation spécialisée évalue les effets du traitement hyperbare.

En conclusion, l'oxygénothérapie hyperbare s'intègre progressivement dans des filières de soins dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. L'oxygénothérapie hyperbare est une thérapeutique en plein développement, encadrée au niveau international par la recherche clinique et fondamentale. ■

TÉMOIGNAGE

Une activité passionnante et diversifiée



L'équipe du caisson hyperbare, au centre Betty Flecher, infirmière hyperbariste.

Betty Flecher est infirmière hyperbariste. Elle travaille au CHU de Toulouse depuis cinq ans, après avoir exercé en réanimation à Paris. Elle a opté très rapidement pour le caisson. Mais pour y parvenir, elle a dû participer à une formation de quinze jours à Lille, suivie d'une épreuve écrite, pratique et orale couronnée par l'attribution d'un certificat d'aptitude à la pratique de l'hyperbarie médicale. L'obtention de cette mention C est obligatoire pour accéder à cette spécialité ouverte aux infirmiers de réanimation.

« Avant de partir à Lille, relate Betty Flecher, nous sommes soumis à une importante série d'exams médicaux au même titre qu'un plongeur professionnel afin d'éliminer toute contre-indication. Lors de notre formation, nous abor-

don toutes les spécificités de la médecine et de la technologie hyperbare. Il s'agit d'une installation complexe qui reproduit les conditions d'une plongée pouvant atteindre de 10 à 30 mètres de profondeur pour les séances thérapeutiques. »

Betty Flecher a aujourd'hui quatre ans d'expérience sur le caisson hyperbare.

« J'apprécie beaucoup cette activité, dit-elle, car notre travail est très varié. Nous avons toute une partie technique à gérer, nous programmons et veillons au bon déroulement des séances et au respect des règles de sécurité, nous effectuons les mises en pression et surveillons les paramètres des machines que ce soit de la production d'air médical à la délivrance des fluides au patient.

« Nous prenons en charge aussi bien des patients autonomes que des patients de réanimation, ainsi que des enfants. Nous pouvons être amenés à les accompagner à l'intérieur de la chambre hyperbare durant toute une séance.

Outre les soins infirmiers courants que nous leur dispensons, nous nous sommes aussi spécialisés dans la prise en charge des pansements pour les retards de cicatrisation complexe.

« Notre rôle relationnel est tout aussi important. Il est nécessaire de bien expliquer au patient le déroulement d'une séance de caisson et de dédramatiser ce lieu confiné dans lequel il va rester 110 minutes. Le climat de confiance que nous créons permet d'aborder ce traitement plus sereinement ». ■

Une nouvelle restauration... du meilleur goût



Le projet de réorganisation de la restauration a été conçu en plaçant le malade au cœur de la réflexion des professionnels. Il est mis en œuvre selon le principe qui consiste à lui demander ce qu'il aime et non plus ce qu'il n'aime pas.



Un service attentif aux désirs des malades.

Ces questions auxquelles s'ajoute un constat peu favorable émanant des consommateurs quant à la qualité des repas proposés, ont amené la direction du CHU à engager une réflexion sur l'organisation et l'offre d'une restauration de qualité, adaptée à la demande et aux besoins. L'étude a été menée avec l'assistance d'un cabinet d'audit extérieur. Elle a été effectuée selon trois thèmes : la prestation et le contenu ; la distribution des produits ; la fabrication des repas.

Exemple de recherche : les plans alimentaires étaient jusqu'alors établis sur quatre semaines. Le travail de réflexion s'est opéré avec la mise au point de cycles plus courts pour les menus, sur la base de vingt jours en tenant compte de la saisonnalité des produits.

« Il s'agit, explique Christian Lalande, d'éviter que les gens qui reviennent de façon cyclique retrouvent tous les lundis la même chose. » Nous avons aussi abordé la prise de commande des repas. C'est un sujet fort. Au lieu de demander aux patients ce qu'ils

n'aiment pas, on leur demandera ce qu'ils apprécient. On a porté une attention particulière aux secteurs « des longs séjours » et des enfants en proposant des prestations adaptées (produits, texture, quantité...). Pour la restauration du personnel, nous allons aussi répondre aux nouvelles attentes, afin d'offrir les produits les plus appréciés. »

Un service attentif aux désirs

Pour la distribution, le souhait est de revenir à une prestation classique. Ainsi pour le petit déjeuner, les soignants passeront avec le chariot et proposeront aux malades qui pourront choisir, thé ou café, jus d'orange, confiture, pain frais...et viennoiseries le dimanche seulement, car celles-ci sont trop riches en gras pour être distribuées tous les jours.

(1) Sous la responsabilité de Didier Lafage, directeur du Pôle EHL, Christian Lalande gère la restauration pour l'ensemble du CHU.

« **L**es choses ont changé ! » s'exclame Christian Lalande, ingénieur en chef chargé de l'hôtellerie au CHU (1). Et il ajoute : « L'organisation actuelle de la restauration date du début des années 90. Les équipements et les prestations ont vingt ans d'âge. Il y a donc un décalage entre les attentes des clients et la prestation assurée. »

Vingt ans après, le contexte a beaucoup évolué : la durée moyenne des séjours a été divisée par deux, l'ambulatoire s'est développé, les matières premières ne sont plus les mêmes, la réglementation alimentaire est devenue draconienne... Il est inconcevable aujourd'hui d'éplucher les pommes de terre au sein du service restauration.



La réorganisation des offices alimentaires a été également réalisée en concertation avec les soignants.



Françoise Pistre, cadre supérieur de santé et Christian Lalande, ingénieur en charge de la restauration ont associé à la réflexion du groupe projet Guy Castel, représentant des usagers (à gauche sur la photo).

Le service du petit déjeuner se fera avec de la vaisselle classique : « Tout cela, souligne Christian Lalande, montrera que l'on est davantage attentif aux désirs du patient. Cela valorisera également les soignants, du fait de ces prestations appréciées. »

Quant aux repas, l'option retenue sera celle de préparations plus simples, alliant les nécessités liées à l'état de santé du malade et le plaisir de manger. Les repas seront servis à des heures plus proches du temps réel : 12 heures à 12 heures 30 pour le déjeuner, 19 heures à 19 heures 30 en ce qui concerne le dîner. Le service sera adapté à chaque catégorie de patients.

Des centres de dressage de plateaux seront créés à proximité des services de soins permettant de donner de la souplesse à la distribution auprès des patients et de garantir la fraîcheur des mets, donc leur qualité. Ces structures seront organisées en plots de distribution équipés d'un écran tactile qui

définit la composition de chaque plateau en fonction des choix du patient et des prescriptions. L'agent du service restauration, responsable du plot de distribution, gère la totalité du contenu des plateaux et du chariot.

Des offices équipés du matériel nécessaire (chariot, lave-vaisselle, réfrigérateur...) seront implantés.

La fabrication du plat principal sera assurée à 80 % par des prestataires extérieurs fournissant des assiettes individuelles en surgelé. Les hors d'œuvres, potages et préparations spéciales pour les régimes continueront à être élaborés à l'unité du Chapitre, qui deviendra de plus en plus une plateforme de distribution.

« L'ensemble du projet, indique Christian Lalande, a été conçu de façon pluridisciplinaire. Il a été construit sur des valeurs plaçant le malade au cœur de la réflexion. Les services de soins, les diététiciens, les hygié-

nistes, les informaticiens, les logisticiens, les cuisiniers, le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN), les usagers ont été associés à la démarche. Celle-ci a intégré également des objectifs économiques obtenus à travers des gains de productivité et un investissement maîtrisé. »



Un centre de dressage de plateaux.

La restauration en chiffres

Le service de restauration du CHU emploie actuellement 297 agents. Ce nombre sera ramené à 199, du fait des départs à la retraite et des départs volontaires qui sont de l'ordre de 20 à 25 par an.

Le volet social de cette réorganisation a été suivi par la cellule d'accompagnement des projets structurants dont la mission a été de mettre en adéquation les projets individuels et collectifs (formations et formations diplômantes, repyramidage, Validation des Acquis et de l'Expérience...).

Chaque jour, le service assure 7000 repas (dont 60% pour les patients). Cela représente 2,7 millions de repas à l'année. A noter que le développement de l'ambulatoire a entraîné une baisse de 20% du nombre de repas en vingt ans.

Cinq jours par semaine, des fournisseurs régionaux et nationaux livrent 6 à 8 tonnes de produits au service restauration.

Françoise Pistre, cadre supérieur de santé :

« *L'alimentation du patient est un soin, au même titre que les autres soins.* »

Cadre supérieur de santé en mission transversale à la direction des soins, Françoise Pistre a en charge l'évolution des indicateurs d'activité, l'amélioration des pratiques professionnelles et participe à l'ensemble des projets structurants, dont la restauration.

« A la direction des soins, nous sommes très sensibles aux besoins des patients. L'alimentation chez un patient au cours de son séjour hospitalier est considérée comme un soin au même titre que les autres soins qui lui sont dispensés. »



*Les plateaux repas :
une présentation plus attrayante.*

Les questionnaires de sortie et la visite de certification ont mis en évidence la nécessité de revoir la restauration dans notre établissement :

- insatisfaction des patients au niveau de la présentation et de la qualité ;
- mécontentement des soignants qui recevaient leurs doléances.

Conscient de cette problématique, la direction des soins et le service restauration ont décidé de s'interroger :

- Comment concevoir une alimentation de qualité tant gustative que qualitative ?
- Comment répondre au mieux aux besoins des patients ?
- Comment l'alimentation hospitalière peut-elle être aussi une alimentation « plaisir » ?

Ceci a amené à construire ce projet en étroite collaboration avec les différents acteurs : les usagers, les soignants et le service restauration.



Les points forts sont pour les patients :

La mise en place d'une nouvelle formule petit déjeuner avec pain frais, jus de fruits, laitage... Moment le plus apprécié de la journée par le patient, car c'est souvent son repas principal.

- Le choix des menus parmi une liste de vingt plats.
- Une présentation plus attrayante des plateaux.

Pour les soignants :

- La prise de commande informatisée.
- La réorganisation des offices avec un nouvel équipement (chariots petits déjeuners, lave vaisselle...) pour une plus grande ergonomie et une meilleure fonctionnalité.

Un office type pourra être visité sur le site de Rangueil.

Ce projet construit en partenariat avec l'ensemble des acteurs a toujours eu comme fil conducteur « la satisfaction des patients » accueillis au CHU.

La composition du groupe projet

Didier Lafage : directeur du pôle EHL
 Virginie Antoine : responsable qualité restauration
 Richard Barthès : directeur de la formation, accompagnement et projets structurants
 Marie-Hélène Borie : directrice du pôle PISTE
 Nicolas Cathalau : acheteur, pôle EHL
 André Getto : technicien restauration
 Anne Ghisolfi-Marque : praticien hospitalier
 Raymond Labatut : cadre supérieur de santé, pôle des spécialités médicales
 Christian Lalande : ingénieur en chef chargé de l'hôtellerie
 Martine Lère : cadre de santé hygiène hospitalière
 Catherine Le-Saux : cadre supérieur de santé diététicienne
 Jean-Gabriel Lévrier : directeur adjoint du pôle EHL
 Caroline Martineau : cadre de santé diététicienne
 Colette Morelle : cadre supérieur de santé, pôle des voies respiratoires
 Françoise Pistre : cadre supérieur de santé, direction des soins
 Corinne Poble : chef de projet, direction des systèmes d'information et d'organisation
 Philippe Rampin : technicien restauration



Petit déjeuner, le patient choisit.

Verbatim

Les personnels soignants et les patients de l'hôpital Larrey s'expriment sur la nouvelle prestation de petit déjeuner.

Les soignants :

« Le petit déjeuner est vraiment amélioré et diversifié. »

« C'est un petit déjeuner de qualité qui propose un choix de bons produits. Jus de fruits et miel constituent un plus. »

« Les modalités de service sont fonctionnelles et pratiques. C'est un petit déjeuner adapté aux différentes demandes. »

Les patients :

« C'est bon et il y a de tout : jus de fruits, compote, yaourt. »

« Ce petit déjeuner, c'est un plus... C'est convivial et adapté. »

Guy Castel, représentant des usagers : « Un projet qui va au-delà de nos attentes. »

« Parmi les réclamations des patients, explique Guy Castel, membre du Conseil de surveillance du CHU où il représente l'UFC Que Choisir, la question des repas a été fréquemment évoquée. Elle est aujourd'hui naturellement associée au souci de bien-être et de santé. Pour les gens qui se demandent comment faire pour rester en bonne santé, l'alimentation tient une part importante. Ce souci est encore plus marqué chez les gens hospitalisés. »

« Lorsque j'ai été convié à la réunion du CLAN, j'ai fait part des plaintes reçues à ce sujet et j'ai été informé du projet de réorganisation de la restauration. J'ai découvert que celui-ci allait très au-delà de nos attentes, qu'il était élaboré en concertation, que les remarques des patients étaient prises en compte, ainsi que le souci diététique. »

« Ce projet est donc remarquable, car il prend en considération les intérêts des patients, de l'institution et du personnel. Les personnes hospitalisées se plaignaient à la fois de la matière et de la manière : pas bon, pas chaud, trop cuit, portions sous plastique impossible à ouvrir ! »

Enfin le projet tient compte de la diversité des patients (enfants, adultes, personnes âgées) et des pathologies.

« Aujourd'hui les gens préfèrent moins, mais mieux. Le projet de nouvelle restauration va permettre de passer du menu déplaisir au menu plaisir. Cela devrait répondre aux souhaits des patients. »

La maintenance du patrimoine hospitalier se réorganise

Le CHU de Toulouse regroupe des établissements implantés sur plusieurs sites : Hôtel-Dieu, Purpan, Rangueil, Larrey, Paule de Viguier, La Grave, Casselardit, le Chapitre sur le territoire de la ville de Toulouse et La Fontaine Salée à Salies du Salat. Ce patrimoine représente une surface de plus de 500.000 m² avec plus de 2.800 médecins et 10.000 personnels hospitaliers, pour accueillir chaque année 160.000 malades et 600.000 consultants.



Le secteur maintenance du Pôle Patrimoine Immobilier et Services Techniques (PISTE) a en charge l'entretien de ce patrimoine. A la demande de la direction générale du CHU, il vient de réorganiser sa mission. L'objectif fixé était : de ré-internaliser la maintenance de certains sites auparavant confiés à des prestataires externes ; de maîtriser la sous-traitance ; de valoriser la prestation offerte ; d'améliorer la traçabilité, le suivi des demandes d'intervention ; de s'ouvrir sur d'autres domaines de compétence, comme la maintenance d'une blanchisserie industrielle, d'une plate-forme logistique ou encore celle des équipements d'une unité de stérilisation. Pour répondre à ce défi, une refonte complète des services techniques a eu lieu. Avec l'assistance de la direction des ressources

humaines, cette refonte a conduit à rédiger 179 fiches de postes au secteur maintenance et à mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Celle-ci permet la mise en cohérence des évolutions des métiers techniques avec les évolutions professionnelles des agents. Elle assure aux cadres et aux personnels techniques une bonne maîtrise de leur emploi, des formations et des promotions professionnelles, en valorisant une gestion par métier. A l'issue de ce travail, une bourse des emplois a été instaurée pour permettre aux 179 personnes concernées sur les 191 agents des services techniques de postuler sur les différents postes offerts.

Pour affecter chaque agent, une commission constituée des ingénieurs du secteur

maintenance, du pôle patrimoine immobilier et services techniques du CHU a été créée. Cette commission a étudié toutes les candidatures et positionné les agents sur l'une des 179 fiches de postes. Après concertation des participants, 83% des agents ont eu leur premier choix validé et 9% des agents ont eu leur deuxième choix validé. La commission a statué sur 15 candidatures (8% des agents) dont les choix 1 et 2 ne correspondaient pas aux fiches de postes choisies (grade, compétences requises...).

Cinq grands secteurs d'activité

Le résultat de cette démarche a donné lieu à la création d'un service clients, d'un service infrastructures techniques, d'un bureau



Djamil ABDELAZIZ, ingénieur responsable du secteur Maintenance Sécurité Ingénierie, Pôle Piste entouré d'une partie de l'équipe technique.

méthodes maintenance, d'un bureau d'études et d'ingénierie et d'un service travaux d'aménagement au sein du secteur maintenance.

Le service clients a pour mission de répondre aux demandes d'intervention technique sur les installations proches des patients et des soignants.

Le service infrastructures techniques assure la conformité réglementaire de toutes les installations techniques et la continuité de service. Il pilote et contrôle la maintenance externalisée et réduit les dépenses d'énergie du CHU.

Le bureau méthodes maintenance gère les marchés de prestations de services et de fournitures, tout en contribuant à réduire la proportion des interventions curatives au bénéfice du préventif. Il évalue la performance des services d'exploitation, tout en leur apportant un soutien en matière de supervision des demandes d'intervention. Le bureau d'études et d'ingénierie garantit la cohérence patrimoniale des installations techniques et assiste les services d'exploitation.

Le service travaux d'aménagement quant à lui, conduit les travaux de restructuration et d'amélioration technique à la demande des pôles cliniques hors permis de construire.

Deux projets de contractualisation

Pour mettre en place cette nouvelle organisation, deux projets de contractualisation ont été développés en parallèle.

Un premier consiste à formaliser les relations entre le secteur maintenance du pôle PISTE (prestataire de service) et tous les autres pôles du CHU par la mise en place d'un contrat élaboré avec un groupe client représentatif.

Un deuxième consiste à formaliser les relations entre les cinq services qui constituent le secteur maintenance. Ces contrats rappellent les droits et devoirs de chacun pour atteindre les objectifs de performance collectifs.

Grâce à la nouvelle organisation, le bureau méthodes maintenance a mis en place une nouvelle interface de communication web. Elle permet aux clients de déposer leurs demandes d'intervention via Intranet à tout moment, avec la possibilité de suivre le traitement de leurs demandes, à l'aide de quelques clics depuis leurs postes de travail. Ce nouveau mode de fonctionnement qui permet de communiquer directement, a été généralisé sur l'ensemble du CHU de Toulouse le 19 avril 2010, date du basculement des équipes opérationnelles.

Chaque intervention donne lieu à une évaluation qualitative par le client, ainsi que par l'agent qui l'a réalisée.

Les rapports d'activité montrent un indice de satisfaction proche de 90% ce qui constitue un début encourageant et nous permet de travailler à l'amélioration de la qualité de service. ■

Des indicateurs qualité accessibles aux usagers

Depuis le 21 août dernier, le CHU a l'obligation de mettre à disposition du public et des usagers les résultats de dix indicateurs de qualité définis au niveau national et qui permettent de comparer l'établissement à l'ensemble des autres hôpitaux publics et privés.

Cette réglementation* s'inscrit dans le cadre de la politique de transparence développée par le ministère de la Santé à l'égard des usagers et de la population.

Celle-ci s'est déjà traduite par :

- La création de la plate-forme Platines (site Internet « Platines.gouv.fr ») qui fournit au public de nombreuses informations quantitatives et qualitatives sur tous les établissements de santé.
- La volonté affichée de développer une batterie d'indicateurs compréhensibles par tous, permettant à chacun de guider ses choix. La perspective de publier un indicateur de la mortalité dans chaque établissement a d'ailleurs suscité de nombreuses discussions et des débats au plan national.

Concrètement, les usagers doivent pouvoir accéder facilement aux données que l'établissement se doit de présenter conformément au modèle établi dans une instruction ministérielle du 9 juin 2010.

Les indicateurs concernés sont :

- 5 indicateurs relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, déjà intégrés par le ministère de la Santé dans le tableau de bord national (repris par la presse dans les classements).
- 5 indicateurs issus des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) qui ciblent la tenue du dossier patient.

Un dispositif d'affichage

Un dispositif d'affichage a été mis en place dans les Espaces d'information des usagers du CHU en collaboration entre la direction

de la qualité et la délégation à la communication et à la clientèle. Les données sont également accessibles sur le site Internet du CHU dans la rubrique destinée aux usagers et visiteurs.

Si la notoriété des équipes et des praticiens entre dans la tradition hospitalière, il convient de s'habituer désormais à la publicité des résultats collectifs.

Sur simple demande, la direction de la qualité pourra également fournir les données. Tout professionnel médical ou paramédical sollicité sur le terrain se devra donc d'orienter l'utilisateur demandeur en conséquence ou pourra, s'il le souhaite, éditer directement les données à partir d'Intranet (rubrique Communication-Clientèle-Culture-Associations/Clientèle/Indicateurs qualité).

Si la notoriété des équipes et des praticiens entre dans la tradition hospitalière, il convient de s'habituer désormais à la publicité des résultats collectifs à travers des indicateurs nationaux. Ils reflètent globalement le dynamisme de notre démarche et notre efficacité collective sur des fondamentaux de la qualité sur lesquels les usagers, portent un regard de plus en plus intransigeant.

En matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales, les résultats sont en amélioration depuis deux ans. Le CHU a rejoint un rang de classement correct au niveau national au regard de l'ensemble des

indicateurs utilisés par les autorités. Les résultats en ce qui concerne les moyens de la lutte contre les infections nosocomiales se sont améliorés avec le travail continu de structuration du CLIN et de l'EOH. La consommation des produits hydro-alcooliques, qui renvoie aux bonnes pratiques d'hygiène des mains, s'est généralisée au CHU. Pour autant, le CLIN et l'EOH ne se satisfont pas de ces progrès notables, les normes de référence étant susceptibles de devenir prochainement plus exigeantes. De même certains des indicateurs doivent encore progresser nettement.

S'agissant de la tenue du dossier patient, l'engagement du département en charge de celui-ci porte sur plusieurs chantiers, tels que la suppression des recopiations des prescriptions médicales par les infirmiers. L'amélioration de la qualité de la prescription de médicaments s'avère payante, même si les résultats sont encore perfectibles, comme cela a été relevé par la HAS lors de la dernière certification.

La tendance à la progression sur les dernières années constitue dès lors un véritable encouragement à poursuivre les efforts. ■

* Références

- **Article 5 de la loi du 21 juillet 2009** qui prévoit que les établissements publics et privés de santé devront mettre à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.
- **Décret du 30 décembre 2009** qui concerne les dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- **Arrêté du 30 décembre 2009** qui fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public leurs résultats et son annexe qui fixe la liste des indicateurs concernés Cette liste a vocation à être actualisée chaque année.
- **Instruction N°DGOS/PF/192/2010 du 9 juin 2010** relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. ■

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins au CHU de Toulouse

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (mâj. : 21 juin 2010)

Année 2008	Résultat de l'établissement	Positionnement de l'établissement (Classe de performance)	Évolution par rapport à l'année précédente	Atteinte de l'objectif national (oui / non)
Le score agrégé (score sur 100)	90.32	B	↗	sans objet
ICALIN* (Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) (score sur 100)	100	A	→	OUI
ICSHA* (Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques) (score sur 100)	84.4 %	B	↗	OUI
SURVISO* (Surveillance des infections du site opératoire) (réalisation d'une enquête d'incidence)	OUI	8/11	→	OUI
ICATB* (Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques) (score sur 20)	19	A	↗	OUI

* ICALIN (indice composite d'activité des comités de lutte contre les infections nosocomiales)

Il traduit l'implication et le niveau d'engagement de l'établissement dans la prévention du risque infectieux en particulier de sa direction, de son équipe d'hygiène et de son CLIN.

* ICSHA (indice de consommation des produits hydroalcooliques)

Depuis 2005, cet indicateur mesure la consommation d'un des produits phare utilisés pour l'hygiène des mains, mesure clé pour réduire la transmission des germes en particulier ceux résistants aux antibiotiques.

* SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO))

Cet indicateur renseigne, sur l'existence ou non d'une surveillance des infections du site opératoire, et le nombre de services qui réalisent cette surveillance par rapport à l'ensemble des services chirurgicaux.

* ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques)

Il mesure l'implication de l'établissement dans la politique de bon usage des antibiotiques.

QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE (mâj.: 21 juin 2010)

Année 2009	Résultat de l'établissement (valeur + fourchette)	Positionnement de l'établissement par rapport à la moyenne nationale	Évolution par rapport à l'année précédente	Atteinte de l'objectif national (oui / non)
Tenue du dossier patient (TDP) (score sur 100)	70 ±4	☹️	→	NON
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) (pourcentage de dossiers conformes)	53% ±11%	😊	→	NON
Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) (pourcentage de dossiers conformes)	63% ±11%	☹️	→	NON
Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) (pourcentage de dossiers conformes)	64% ±11%	☹️	→	NON
Tenue du dossier anesthésique (DAN) (score sur 100)	76 ±4	☹️	→	NON

Les indicateurs qualité sont affichés dans les espaces d'information des usagers situés dans les halls d'accueil des établissements du CHU.



CERTIFICATION PAR L'HAS version V2007 : certification avec suivi - septembre 2009

Axes d'amélioration

Prise en charge de la douleur	●			
Prise en charge de la fin de vie	●			
Qualité de l'hôtellerie et de la restauration	●			
Hygiène / stérilisation		●		
Respect des droits du patient	●			
Continuité et organisation des soins			●●	
Prise en charge médicamenteuse		●		
Prévention des risques		●●		
Évaluation des pratiques médicales et soignantes	●			
Management	●			

Un point correspond à un axe d'amélioration, la couleur indique le niveau d'importance.

- L'établissement fonctionne très bien sur ce critère
- L'établissement est invité à s'améliorer sur ce critère
- L'établissement doit s'améliorer sur ce critère
- L'établissement doit impérativement s'améliorer sur ce critère

Une première évaluation au service de Post-Urgences Médicales

Créé en novembre 2008, le service de Post-Urgences Médicales reçoit des patients en provenance directe des urgences, avec un objectif de durée de séjour de cinq jours ou moins, afin de disposer en permanence de lits. L'organisation du travail est orientée vers l'efficacité : constituer un recueil de données en temps réel, rédiger un rapport d'hospitalisation à l'admission du patient, le compléter au fil de l'hospitalisation et le lui remettre le jour de sa sortie.



De gauche à droite : Liselotte Pochard, interne en pharmacie ; Emilie Degris, pharmacien assistant ; Julie Dupouy, interne en médecine et Marie Ecoiffier, médecin praticien hospitalier.

S'est posée la question de la qualité de ce document de sortie : la synthèse du traitement de sortie était-elle claire, explicative, pertinente ? Pharmaciens et médecins ont été associés à la recherche de la réponse. Nous avons évalué le recueil de données sur les traitements pris avant l'admission du patient pour déterminer s'il était

exhaustif et si notre prescription de sortie en expliquait les modifications. En étudiant 50 rapports de novembre 2008, nous voyons que seulement 22 traitements à l'admission sont renseignés de façon complète. Quand au traitement de sortie, il ne l'est que dans 12 cas, en reprenant celui de l'entrée avec ses modifications.

La collaboration mise en place en mai 2009 concerne les étudiants, les internes en pharmacie, en médecine, les pharmaciens et les médecins. Le recueil de données le plus exhaustif possible est recueilli par l'externe en pharmacie avec l'équipe médicale. Une grille lui est dédiée dans le dossier. Le rapport de sortie a été modifié, avec une trame plus complète : elle oblige le médecin à rédiger une synthèse médicale et thérapeutique et à reprendre in extenso le traitement d'entrée. Il s'agit de dire, pour chaque médicament, ce que nous proposons : l'arrêter, pourquoi, modifier sa posologie, le reprendre ... En novembre 2009, les 50 dossiers que nous avons étudiés montrent que 40 traitements de sortie sont renseignés de façon exhaustive sur 42 patients prenant un traitement avant leur admission.

Désormais, tous les jours, la visite médicale a lieu avec les étudiants en pharmacie et en médecine. L'interne de pharmacie nous alerte sur d'éventuelles anomalies de nos prescriptions, les adaptations de galéniques ou de posologie, etc. Nous avons aussi mis en place une politique de déclaration des effets indésirables médicamenteux avec le service de pharmacovigilance. Le travail autour de cet EPP a fait évoluer notre organisation et la question du médicament est discutée quotidiennement entre pharmaciens et médecins. Le bénéfice ? Il est, nous le souhaitons, pour le patient, mais aussi pour nous, qui apprenons tous les jours quelque chose. ■

Emilie Degris, pharmacien assistant
Marie Tubéry, praticien hospitalier

Paroles de soignants

L'infirmier en endoscopie : les « deux autres mains » du chirurgien

L'évolution de certaines disciplines médicales, comme l'endoscopie, a nécessité de la part de l'infirmier des aptitudes professionnelles centrées davantage sur la technique.



L'endoscopie s'applique dans différentes spécialités médicales : la gastro-entérologie, la pneumologie, l'ORL, l'urologie, la réanimation, la cardiologie, la chirurgie viscérale.

Depuis une trentaine d'années, les progrès ont été considérables, grâce aux innovations du matériel endoscopique en matière

d'imagerie et au matériel d'endothérapie de plus en plus sophistiqué. Aujourd'hui, le travail d'équipe des chirurgiens et des médecins endoscopistes permet des avancées médicales de haute technicité au service de la qualité de vie du patient.

Au cœur de cette discipline la collaboration étroite du médecin avec l'infirmière est indispensable.

L'endoscopiste manipule avec précision l'endoscope pour se positionner vers et sur la zone d'intérêt. A sa demande, et toujours sous sa responsabilité, l'infirmière spécialisée l'assiste et devient « ses deux autres mains » pour manipuler le matériel via le canal opérateur de l'endoscope.

L'infirmière doit prendre connaissance de l'indication de l'examen, afin de prévoir le matériel nécessaire et anticiper les gestes en accord avec le médecin.

Les champs d'action en faveur de l'endoscopie concernent aussi l'adaptation régulière au nouveau matériel : bistouri, guides, cathéters, prothèses, anse à polypectomie,

matériel à mucosectomie, matériel à résection sous muqueuse, matériel d'écho endoscopie, de navigation électromagnétique intra-bronchique, matériel à biopsies....

Depuis quelques années une retransmission numérique de l'image de très haute définition permet à l'infirmière et à l'opérateur de suivre conjointement et en direct le déroulement de l'examen sur écran vidéo. Cette « double vision » renforce le partenariat.

L'infirmière a un rôle prépondérant dans le nettoyage et la désinfection du matériel en endoscopie, en lien avec le respect des modes opératoires validés et soutenus par le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales). La compétence et la méticulosité sont indispensables pour assurer la sécurité du patient, en particulier pour la désinfection des endoscopes thermosensibles.

De même, le savoir-faire dans la maintenance et la gestion du matériel extrêmement coûteux et fragile est nécessaire.

L'infirmière se trouve au centre d'une équipe pluridisciplinaire (anesthésistes, radiologues, chirurgiens...). Elle participe à la prise en charge du patient dans sa globalité et en toute sécurité dès l'entrée dans le service jusqu'à la sortie. Sa polyvalence est donc primordiale. ■

Chantal Cledat, Endoscopie pulmonaire, hôpital Larrey

Cécile Barrue, Endoscopie digestive, hôpital Purpan

Les formations annuelles

Le Groupement pour la Formation en Endoscopie (GIFE) propose, depuis 1983, plusieurs formations annuelles spécialisées en endoscopie bronchique et digestive, à destination des infirmiers et cadres de santé travaillant au sein des plateaux techniques. Au programme, il y a eu notamment la « **Semaine annuelle de formation du GIFE** » qui s'est tenue en juin 2010 au CHU de Toulouse.

Elle a permis de regrouper les équipes médicales, paramédicales, anesthésiques, radiologiques, pharmaceutiques des sites de Larrey, Purpan, Rangueil et de l'Hôpital des Enfants, mais aussi des infirmiers en endoscopie venus de toute la France. Une centaine de personnes ainsi réunies ont pu échanger sur leurs pratiques professionnelles.

Au sein du GIFE, un groupe de travail élabore un programme de formation pour la mise en place d'un Diplôme Universitaire à destination des infirmiers, permettant l'apprentissage et la reconnaissance de ce « nouveau métier ».

30 novembre, élection à la Commission des Soins

un vote important

Les professionnels paramédicaux sont invités à voter le 30 novembre prochain pour élire les membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.



Qu'est ce que la Commission des Soins ?

Une instance qui assure la représentativité des professionnels para-médicaux au sein de l'institution.

Les enjeux

S'engager dans la vie institutionnelle en donnant votre avis sur le projet de soins, la qualité du parcours de la prise en charge

des usagers, la prévention et la gestion des risques, les dispositifs de professionnalisation des acteurs, l'enseignement, la recherche en soins et l'innovation.

Tous les sujets structurants de la vie de l'établissement y sont aussi présentés.

Quelle est sa composition ?

36 représentants titulaires et 36 suppléants seront élus dans les différents collèges :

- Collège des cadres de santé : 13 sièges.
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : 18 sièges.
- Collège des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture : 5 sièges.

Comment fonctionne la commission ?

- 6 à 7 séances plénières par an.
- Un bureau composé de 4 à 6 membres prépare l'ordre du jour.
- Des représentants désignés à plusieurs instances ou comités du CHU (Conseil de surveillance, CLIN, CLUD...) assurent le lien.

En pratique

Le scrutin se fera uniquement par vote par correspondance, par voie postale exclusive. Les professionnels concernés recevront à leur domicile, un courrier comprenant la procédure et le nécessaire électoral.

En vue de l'acheminement du matériel électoral, vous êtes invités à actualiser si besoin dans les meilleurs délais votre adresse personnelle auprès des gestionnaires du pôle. ■

Création d'un pôle régional des formations sanitaires et sociales



La formation des professionnels de santé est un acte fondamental qui détermine l'efficacité et la qualité d'un système de santé et la confiance que peuvent lui accorder les patients et leurs familles.

Le regroupement des dix écoles et instituts de formation du CHU de Toulouse sur un lieu unique est un pari sur l'avenir. Former ensemble 1500 étudiants engagés dans les 10 métiers représentés est un projet nouveau et ambitieux. La proximité professionnelle, l'apprentissage de modules communs, la découverte de l'interdisciplinarité et de la coopération vont contribuer à former des professionnels plus ouverts et adaptés aux exigences de la prise en charge de demain.

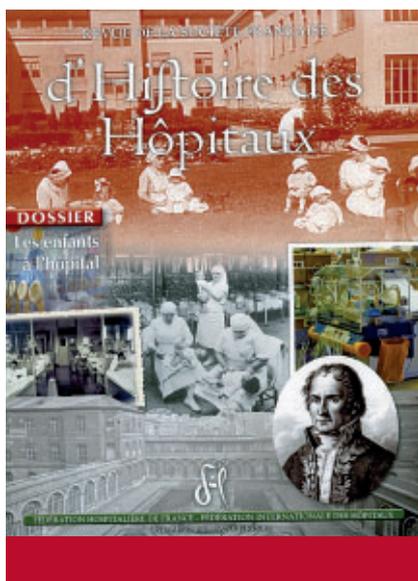
La création en 2014/2015 d'un pôle de formation régional et universitaire aux métiers de la santé sur un site unique sera complétée par le positionnement d'une plate-forme d'e-learning, mettant en totale synergie formation initiale et formation continue, offrant le modèle d'une véritable formation tout au long de la vie. Le Conseil régional de Midi-Pyrénées occupe une place centrale dans ces projets en tant que financeur, mais aussi en tant que partenaire actif aux côtés du CHU. Rappelons que la formation soignante et médico-sociale assurée par les écoles et instituts du CHU de Toulouse a évolué depuis le transfert de compétence au Conseil régional qui finance dorénavant le fonctionnement des établissements de formation du CHU. Cette évolution va s'accroître dans les années à venir avec la poursuite de la réforme des programmes, l'intégration progressive dans le système universitaire LMD (Licence, Maîtrise, Doctorat) et le rapprochement accru avec les professionnels de terrain.

Le projet régional répond également aux besoins de mise aux normes et de rénovation, avec le regroupement sur un site unique. Tout ce dispositif aide à la mutualisation des moyens humains, matériels, organisationnels et pédagogiques.

Un siècle d'évolution des métiers à l'hôpital

La Société Française d'Histoire des Hôpitaux tient son colloque bisannuel à Toulouse le 10 décembre prochain.

Le 10 décembre 2010 se tiendra à la salle des Pèlerins à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques le troisième colloque de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux (SFHH) sur le thème « Un siècle d'évolution des métiers à l'hôpital ». Le terme de « métiers » a été volontairement choisi pour souligner la diversité et la pluralité des professions hospitalières qui, réduites au tout début du siècle à quelques carrières peu valorisantes et très mal rétribuées, comportent aujourd'hui plusieurs centaines de filières professionnelles attractives. Mais avant de parler de ce colloque, il convient de présenter la SFHH.



Une société fondée en 1958

La Société Française d'Histoire des Hôpitaux (SFHH) est une association régie par la loi de 1901, créée en 1958 sous l'égide de la Fédération hospitalière de France et de la Fédération Internationale des Hôpitaux. Son président fondateur était M. Jean IMBERT, professeur émérite de l'Université de Droit de Paris, membre de l'Institut.

Ses présidents d'honneur actuels sont M. Jean FAVIER, historien, membre de l'Institut et M. Maurice ROCHAIX, membre fondateur, Docteur en Droit.

Aujourd'hui, le conseil d'administration de la société, sous la présidence de M. Jean-Paul Segade, poursuit l'œuvre entreprise par les membres fondateurs et rassemble autour de lui des administrateurs venant d'horizons très différents. Ainsi se réunissent trois fois par an, à Paris, en province où à l'étranger, des historiens, des universitaires, des hospitaliers, des archivistes, des conservateurs de musée... dont le travail est dynamisé par la complémentarité de leurs connaissances

Schématiquement les objectifs principaux regroupent des thèmes portant sur :

- L'encouragement et le développement de l'étude de l'histoire des hôpitaux ou des établissements de bienfaisance et la connaissance de l'histoire institutionnelle, économique et sociale à travers les archives hospitalières, tant administratives que médicales.
- La protection et la mise en valeur du patrimoine mobilier et immobilier hospitaliers, et des archives anciennes, modernes et contemporaines.
- Le rapprochement des chercheurs de tous pays aux fins de mieux faire apparaître l'importance du passé dans la réalité de la vie quotidienne et de mieux maîtriser l'avenir.

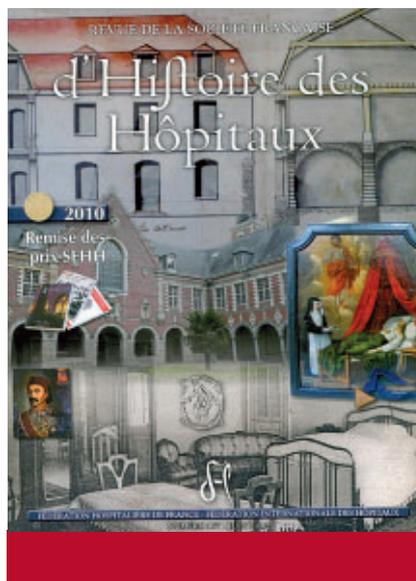
Dans ces buts, la SFHH contribue à l'organisation de conférences et à l'enseignement à l'Ecole des Hautes Etudes de Santé

Publique. Elle participe aussi à la valorisation du patrimoine hospitalier, en aidant à la réalisation de guides descriptifs par département ou de monographies par hôpital et en publiant une revue trimestrielle.

La Revue trimestrielle de la SFHH*

Cette revue, largement diffusée en France et à l'étranger, est placée sous la direction de M. Bernard Belaigues et vient d'être récemment modernisée et richement illustrée. Elle regroupe dans chaque numéro, sur une centaine de pages couleur, des articles divers et variés allant de l'histoire d'un hôpital (petit ou grand) à des thèmes plus généraux concernant la politique de santé (par exemple : Evolution du droit des personnes hospitalisées – Santé et évolution du droit hospitalier- L'industrialisation de la construction hospitalière, etc.), des épisodes de la vie quotidienne (Etre infirmier au XIX^e siècle), des portraits et techniques (Arthur Rimbaud à l'hôpital de la Conception - Le sang liquide de vie - La greffe d'organes, etc.), des reportages sur le patrimoine (Le musée des HCL à 70 ans - L'évolution de l'architecture hospitalière des origines à nos jours : l'exemple de l'Île-de-France, etc.), et de très nombreuses notes de lectures, ainsi que des annonces ou des comptes-rendus d'expositions et de colloques.

* Le tarif individuel d'adhésion à la société et d'abonnement à la revue est de 45 euros par an. S'adresser à : SFHH Hôtel-Dieu, 1 place de l'Hôpital, 69 002 Lyon. Les chèques doivent être libellés à l'ordre de la SFHH à l'adresse ci-dessus.



Régulièrement un numéro comporte un dossier approfondi (Les enfants à l'hôpital - L'air et l'eau au service de la médecine - La longue et laborieuse genèse des CHU...). Enfin des documents d'archives sont présentés sous une forme humoristique dans la rubrique : En flânant dans les archives hospitalières...

Le colloque de Toulouse du 10 décembre 2010

La SFHH organise aussi tous les deux ans un colloque thématique. Le sujet de cette année est : *Un siècle d'évolution des métiers à l'hôpital*. Ce thème, très riche et passionnant, mérite une réflexion et une synthèse approfondies, car depuis 1900, la médecine est passée des ventouses scarifiées aux transplantations d'organes et des rayons X à l'IRM et au Pet Scan. Au fil des décennies, le médecin « charitable » est devenu « praticien hospitalier » et les cornettes blanches ont été remplacées par des infirmières laïques qui elles-mêmes se sont spécialisées et adaptées aux nouvelles techniques de soins et de diagnostics. De profonds changements ont eu lieu dans toutes les professions hospitalières, certaines disparaissant ou se transformant radicale-

ment tandis que d'autres naissaient, puis se développaient pour répondre aux progrès des sciences médicales, amenant autour du lit du malade un nombre de plus en plus important de « soignants ». Ces profondes et bénéfiques mutations seront envisagées sous l'angle médical et historique, mais aussi en détaillant leurs multiples aspects sociologiques et économiques.

C'est à la description vivante et passionnante de cette extraordinaire évolution que la Société Française d'Histoire des Hôpitaux vous convie le 10 décembre à Toulouse. Un certain nombre de places a été réservé, avec l'aimable autorisation de la SFHH, au personnel de notre CHU. Les inscriptions gratuites doivent être prises auprès de la délégation à la communication. ■

Jacques Frexinos

Le concours bisannuel de la SFHH

A côté de ce travail d'édition la SFHH organise tous les deux ans avec le précieux et indispensable concours du service des Archives de l'AP-HP qui en assure la coordination scientifique et technique, un concours, doté de plusieurs prix, destiné à encourager et récompenser les travaux de recherche historique sur les hôpitaux. Les meilleurs travaux sont récompensés par les médailles de la SFHH et également par des prix dotés par le mécénat hospitalier (FHF, MNH, SHAM, ANFH, ADH), ainsi que par un mécène privé (prix Yseult-Schwartzbach). Cette session 2010 a mis en compétition 47 concourants dont deux candidats belges et deux suisses. Notre fierté toulousaine a été honorée par la médaille attribuée au travail de Raymonde Fournet et Jacques Frexinos, édité par les Hôpitaux de Toulouse : *Trois siècles de soins infirmiers dans les hôpitaux de Toulouse*.

Programme de la journée du 10 décembre

8h30 Accueil des participants. Salle des pèlerins.

Matinée 9h00 - 12h30

Accueil et introduction

- M. Pierre Cohen, président du conseil de surveillance
- M. Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHU de Toulouse
- M. Jean-Paul Segade, président de la SFHH

... **Modérateur : Pr. Jacques Frexinos (Chargé de mission patrimoine historique au CHU de Toulouse)**

• Pr. Yves Baille (Conservatoire du patrimoine médical AP-HM Marseille) :

Un siècle de progrès de la médecine : des rayons X à l'IRM, des ventouses scarifiées aux greffes d'organes.

• Pr. Daniel Rougé (Doyen de la Faculté de médecine Toulouse-Rangueil) :

Du médecin « charitable » au praticien plein-temps, la mutation du corps médical.

• Mme Michelle Bressan (Infirmière Conseillère Générale des Etablissements de Santé) :

Evolution professionnelle du personnel soignant

• M. François-Xavier Schweyer (Professeur de sociologie E.H.E.S.P. Rennes) :

Evolution de la formation du personnel soignant.

• M. Patrick Chamboredon (Président du Conseil Inter-Régional Provence Alpes Côte d'Azur et Corse. Ordre des Infirmiers) :

Evolution sociologique du personnel soignant

• M. Dominique Loison (Directeur général adjoint du C.G.O.S. Paris) :

L'action sociale du C.G.O.S. : 50 ans d'évolution

• Mme Marie-Ange Guererro (Ancienne directrice des soins CHU Nice) :

Historique et évolution de la représentation syndicale

• M. Carles Hervàs (Professeur d'histoire de la médecine Barcelone) :

L'évolution de la profession d'anesthésiste dans les hôpitaux catalans (1890 - 1975)

12 h - 12h 45

Discussion générale

Après-midi 14h00 - 16h30

... **Modérateur : Mme Marie-Thérèse Leprêtre (Directrice des soins CH Vendôme)**

• M. Richard Barthes (Directeur formation CHU de Toulouse) :
Les processus d'évolution et de transformation des métiers hospitaliers

• Mme Maïlys Mougnot (Archives AP- HP Paris) :

Des métiers disparus aux métiers transformés

• M. Daniel Moïnard (Directeur général de CHU) :

Evolution de la fonction directoriale

• M. Guy Castel (Représentant des usagers du CHU de Toulouse) :

Les attentes des « patients » au cœur de l'évolution des métiers

• M. Christian Chevandier (Professeur des Universités Le Havre) :

Métiers de soins et marché du travail : histoire économique et sociale

16h - 16h30 Discussion générale et conclusions