

Trait d'union

Magazine des Hôpitaux de Toulouse

www.chu-toulouse.fr



L'écoute des usagers pour améliorer la qualité

Le comité de coordination
en cancérologie

Le dispositif de prise
en charge de la douleur



Expresso

- 4 Le CHU candidat à la création d'un Institut du vieillissement et de la prévention de la dépendance
- 5 Une nouvelle unité d'hospitalisation chirurgicale à l'Hôpital des Enfants
- 6 Innovation : la chirurgie robotisée en ORL
Visite ministérielle au Gérotopôle

Magazine

- 8 La moelle osseuse au service de l'insuffisance cardiaque
- 10 Pérenniser l'hospitalisation à domicile
- 11 Prise en charge de la douleur : des soignants mobilisés et des équipes mobiles
- 14 Formation à distance pour les biologistes

Dossier

- 16 Cancer : pour une action toujours plus efficace

Stratégie

- 19 Usagers : une expression positive

Communauté hospitalière

- 23 Glucocompteur : et si l'on comptait glucides et insuline...

Ressources humaines

- 24 Le handicap n'est plus un tabou
- 26 Actualités sociales

Histoire

- 28 Quand les barbiers-chirurgiens opéraient à l'Hôtel-Dieu

Dossier Cancer

pour une action toujours plus efficace

Issus des directives du Plan Cancer 2003-2007, **les Comités de Coordination en Cancérologie (3C)** sont des cellules qualité chargées de structurer et d'évaluer les activités en cancérologie d'un établissement ou d'un territoire de santé.

► pages 16 à 18

Stratégie

Usagers : une expression positive



Sur l'ensemble des patients hospitalisés, seulement 0,42% adressent des courriers de plainte au CHU. Malgré cet indicateur largement favorable, il convient de réaliser des efforts dans plusieurs domaines. La recherche d'une plus grande efficacité passe par une meilleure connaissance des clients et usagers.

► pages 19 à 22

Le CHU candidat à la création d'un IHU du vieillissement et de la prévention de la dépendance

Le gouvernement a récemment annoncé la création de cinq centres d'excellence (Instituts Hospitalo-Universitaires), chacun disposant d'un budget d'environ 160 millions d'euros. L'Université Paul Sabatier et le CHU de Toulouse ont décidé dans la logique du Gérontopôle de présenter un projet d'IHU du Vieillissement et de la Prévention de la Dépendance. Il associe les ressources importantes de l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé en Midi-Pyrénées.

Comme l'ensemble des pays européens, la France est touchée par un processus de « vieillissement inéluctable ». Selon l'INSEE d'ici à 2050, le nombre de personnes de plus de 80 ans devrait augmenter de 75% et celui des plus de 75 ans doubler. Ces résultats sont le fruit des progrès de l'espérance de vie, qui augmente désormais de 3 mois par an. Ce phénomène est encore plus marqué en Midi-Pyrénées.

L'IHU du Vieillissement et de Prévention de la Dépendance devient une nécessité au regard de l'évolution démographique de nos sociétés et des avancées possibles de la recherche clinique et fondamentale dans ce domaine. L'Institut permettrait de fédérer les forces importantes des Pôles Métabolique et Vasculaire du CHU et les unités de recherche qui y sont associées avec l'Institut de Médecine Moléculaire, le Pôle et l'IFR Neurosciences, ainsi que le Gérontopôle. Des relations internationales fortes sont de même établies avec l'IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics) dont le siège est à Toulouse et le programme mondial de l'OMS sur le vieillissement.

Les candidatures seront examinées par un jury international constitué d'experts reconnus dans les domaines scientifiques, technologiques et industriels.

Éditorial



Pierre Cohen

**Député-maire de Toulouse
président du conseil d'administration
des Hôpitaux de Toulouse.**

Les grands chantiers en cours dans les cinq sites du CHU vont révolutionner ces deux prochaines années l'offre de soins en Midi-Pyrénées.

Ces deux prochaines années, les grands chantiers en cours dans les cinq sites du CHU vont révolutionner l'offre de soins en Midi-Pyrénées.

La première pierre de la clinique universitaire du cancer sera posée d'ici quelques semaines au Cancéropôle. Elle se retrouvera au cœur d'une dynamique de convergence entre recherche, innovation et soins.

A Purpan, la construction de l'hôpital du XXI^{ème} siècle se poursuit avec la nouvelle clinique Pierre-Paul Riquet, le bâtiment urgences-réanimations-médecine et le bâtiment de psychiatrie. Ils seront desservis à la fin de l'année par deux stations de la nouvelle ligne du tramway.

A Rangueil, la construction d'un nouveau plateau technique pluridisciplinaire, équipé du robot chirurgical Da VinciSi HD, tourne résolument le CHU vers l'avenir.

A Ancely, l'Hôpital Garonne est prêt à accueillir les services de long et moyen séjour de La Grave, au sein du seul gérontopôle de France. Cette installation, reportée finalement en mai, a mis en lumière le désengagement de l'Etat en faveur de la vieillesse et de la dépendance. Les familles et le personnel ont manifesté leur mécontentement face à la hausse du forfait journalier et au manque de moyens humains. Suite à une table ronde entre le CHU, le Conseil général et l'Etat, des solutions ont finalement été trouvées. Elles concilient qualité de service et accès aux soins pour tous.

Le CHU s'est par ailleurs engagé dans une démarche innovante en matière de santé à domicile et d'autonomie, avec la création, en mars dernier, du centre expert e-santé à La Grave. Ce centre, à vocation nationale et européenne, est placé sous la gouvernance conjointe du CHU et des pôles de compétitivité Cancer-Bio-santé et Aérospatiale Valley. Il a reçu le soutien de la Communauté urbaine du Grand Toulouse.

Avec ce projet, le CHU favorise, une fois encore, les synergies entre les mondes de la santé, de la recherche, de l'industrie, de l'université... Pour le plus grand bénéfice des malades.



L'hôpital Garonne a ouvert ses portes

L'hôpital Garonne a accueilli le 24 Mars les premiers malades des unités de soins de suite et de réadaptation qui étaient auparavant installés au pavillon Sénac à Purpan. Le soleil était au rendez-vous. Les résidents ont pu profiter des jardins et apprécier la qualité de l'environnement paysager. Les services de long séjour s'installeront à leur tour sur le site courant mai.

Jean-Jacques Romatet
Directeur général

Réflexion de fond ou le virage ambulatoire

Les problèmes rencontrés aujourd'hui sont presque toujours ceux que l'on n'a pas pu ou voulu aborder et traiter précédemment. Il est généralement difficile de traiter à chaud des questions structurelles qui nécessitent réflexion, ouverture d'esprit et souvent courage.

Notre CHU connaît actuellement une situation assez saine, une bonne attractivité, un équilibre financier retrouvé.

Il serait très dangereux de se satisfaire de ce constat momentané. Autour de nous, l'amélioration de l'offre de nos concurrents se poursuit, des activités se structurent, parfois à notre détriment et à partir de compétences médicales acquises au CHU.

Nous nous reconstruisons massivement, c'était indispensable et ce sera un facteur important d'attractivité. Mais à quoi servirait-il de renouveler notre patrimoine en s'appuyant sur les organisations d'hier. Ouvrons les yeux et soyons lucides. Nous sommes encore fondamentalement conservateurs dans nos organisations. Ceux qui nous observent, nous auscultent, nous évaluent, l'Agence Régionale de Santé notamment, ont récemment effectué un diagnostic critique et généralement juste du CHU, de sa part dans la concurrence, de sa capacité à optimiser ses équipements, de son appétence à développer les modes de soins qui se répandent autour de nous.



Éditorial

Traditionnellement, notre activité est l'hospitalisation complète et la consultation. Peu à peu, nous avons entr'ouvert la porte des activités ambulatoires, de façon inégale, mais nettement inférieure à ce qui se fait ailleurs et pourrait se pratiquer chez nous qui enseignons la médecine aux futurs médecins. Il est vital pour nos malades, pour notre clientèle, pour notre place dans l'offre de soins, il est essentiel pour la qualité du travail de nos personnels que nous fassions un choix fort, positif, structurant en faveur d'un développement organisé de l'ambulatoire médical et chirurgical. Il est également important de ne pas le faire discipline par discipline, mais en partage interdisciplinaire.

Partout où d'autres pratiquent médecine et chirurgie ambulatoire, nous devons faire aussi bien. Là où, en tant que CHU nous pouvons montrer le chemin en développant de nouvelles voies, il est de notre responsabilité et de notre mission de nous y engager.

Certes, une grande partie de notre mission restera heureusement celle du recours et de l'hospitalisation lourde. Mais nous courrions un grave risque à ne pas ouvrir suffisamment notre palette, à ne pas être aussi pleinement au rendez-vous de la médecine rapide et sûre, en réponse aux attentes de notre population.

Il faudra faire des choix demain à Ranguel-Larrey, à Pierre-Paul Riquet. Faisons ceux de notre temps.

Expresso

5

Hôpital des Enfants : extension et humanisation



Sur notre photo, on reconnaît de gauche à droite : le Pr. J. Guitard, le Pr. J.P. Olives (Responsable médical du Pôle Enfants), Audrey Guitard, directrice du Pôle Enfants, Mr et Mme Escaich, médecins.

L'Hôpital des Enfants dispose d'une nouvelle unité d'hospitalisation chirurgicale. Elle permet de répondre à une forte augmentation (25% en trois ans) de la demande, en raison notamment de la très forte attractivité régionale de l'établissement. Cette ouverture concrétise un projet structurant du Pôle Enfants, inscrit dans le contrat de pôle, concernant le regroupement, l'extension et l'humanisation de la chirurgie pédiatrique.

Porté par la direction du pôle et particulièrement par le Pr. Jacques Guitard et le Pr. Jérôme Sales de Gauzy (chirurgiens), ce projet a pour objectifs : d'accroître de cinq lits les capacités d'hospitalisation ; d'humaniser la prise en charge en supprimant les chambres doubles, ce qui a conduit à créer une nouvelle unité de seize lits ; d'améliorer la lisibilité de la filière de prise en charge par regroupement des activités de chirurgie pédiatrique (viscérale et orthopédique).

Cette nouvelle unité d'hospitalisation chirurgicale a pu ouvrir ses portes en décembre 2009 grâce à la forte implication des professionnels de santé et de la direction du Pôle Enfants, mais aussi, pour une partie du financement (17 %), à la générosité de plusieurs mécènes.

15 ans de vie et de rire à l'Hôpital mère-enfant



Le Pr. J.P. Olives a rejoint le groupe « Les Blues Blanches ».

Ce sont 15 ans de vie et de rire que la Commission éducation et culture de l'Hôpital des Enfants et de Paule de Viguier a fêté le 4 décembre dernier pour rendre hommage aux membres de la commission, mais aussi aux équipes de pédiatrie, aux bénévoles, aux associations et artistes qui depuis de nombreuses années œuvrent pour offrir des moments d'évasion aux enfants hospitalisés. Deux cents personnes avaient répondu à l'invitation à cette soirée d'anniversaire dont le programme artistique était riche, avec la participation de : Bertrand Maon (baryton basse - Prix des Victoires de la Musique 2006 avec le chœur de chambre « Les Eléments »), Grand Air et P'tit Bonheur (Soignants Chanteurs de l'Hôpital des Enfants), Le trio Lakhdar Hanou (musique du Moyen Orient), Georges Besombes et Blandine Chesneau (comédiens clowns), The Trio Labbé's Family (jazz, musique contemporaine).

Jusqu'à une heure tardive, « Les Blues Blanches » ont fait danser les convives.

La Fête des Mères 2010 avec « Hôpital Sourire »



Pour la douzième année consécutive, « Hôpital Sourire » renouvelle la tombola (2 € le billet) de la Fête des Mères, du 15 mai au 30 mai.

Ces billets seront en vente :

- dans les centres Leclerc du Grand Toulouse (Roques sur Garonne, Blagnac, Saint-Orens et Rouffiac : aux caisses toute la semaine et sur les stands d'Hôpital Sourire les 28 et 29 mai ;
 - dans plusieurs restaurants Mac Donald (Blagnac, Fenouillet, Saint-Jory, Montauban, Caussade) ;
 - dans les agences de la Banque Populaire Occitane.
- Le produit de cette tombola permettra de réaliser de nouveaux aménagements d'espaces de jeux et de lieux de vie, de financer de nombreux spectacles, dont l'intervention de clowns et d'artistes au chevet des patients, l'achat de jouets et de soutenir « Télé TAM TAM », la chaîne interne de l'Hôpital des Enfants. Les personnels hospitaliers qui désirent participer à cette campagne et vendre des billets de tombola, pourront le faire à partir du 3 mai 2010. Contact pour le retrait des carnets : Danièle Poloni - 05 34 55 84 43

Innovation : la chirurgie robotisée en ORL



Le Dr. S.Vergez aux commandes du robot.

Depuis novembre 2009, la chirurgie robotisée transorale est utilisée avec succès en cancérologie ORL par le Dr. Sébastien Vergez du Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale et le Pr. Elie Serrano. Cette nouvelle technique chirurgicale permet d'aborder, par les voies naturelles, des régions anatomiques jusqu'alors inaccessibles par la chirurgie classique. Les bénéfices sont incontestables pour les

patients atteints de tumeurs qui nécessitaient une chirurgie par voie cervicale « à ciel ouvert ». Cette chirurgie, beaucoup moins invasive pour le patient présente nombre d'avantages : suites opératoires moins lourdes, durée d'hospitalisation raccourcie, séquelles anatomiques et fonctionnelles atténuées. L'équipe ORL du CHU de Toulouse est la deuxième équipe du sud de la France à adopter cette innovation chirurgicale. ■

La secrétaire d'état chargée des aînés en visite au Gérontopôle

C'est dans le tout nouvel hôpital Garonne encore inoccupé, que Jean-Jacques Romatet et le Pr. Bruno Vellas ont accueilli le 4 Février Nora Berra, secrétaire d'état chargée des aînés, en présence des équipes du Gérontopôle, de Pierre Gauthier, directeur de l'ARH, et de Xavier Chastel, directeur de l'ARS nouvellement nommé.



La secrétaire d'état accueillie au gérontopôle.

Cette visite a donné l'occasion au Pr. Bruno Vellas de rappeler les enjeux sociétaux d'importance, liés à l'augmentation de l'espérance de vie qui est aujourd'hui de 85 ans en Midi-Pyrénées. Il a dressé un bilan d'activité particulièrement fécond concernant les projets et recherches menés par le Gérontopôle depuis 2007 (essais cliniques sur les molécules innovantes, étude MAPT, création de l'institut du vieillissement, étude GuidAge...).

Nora Berra avait, en effet, officialisé la reconduction des trois plans d'action assignés initialement au Gérontopôle, en raison de la qualité des actions réalisées, en y ajoutant la mise en place d'une charte qualité de la prise en charge gérontologique.

La secrétaire d'état, au cours de son allocution, a confirmé le leadership du CHU en matière de vieillissement, et en particulier, dans le développement de la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer. Le 10 décembre 2009, une deuxième lettre de mission signée par Roselyne Bachelot et

La secrétaire d'état a par ailleurs promis d'apporter son soutien au CHU et aux équipes du Gérontopôle toulousain. L'ambition affichée est de figurer parmi les cinq instituts hospitalo-universitaires français constitués sur le thème de la dépendance (voir en page 4). ■

La moelle osseuse au service *de l'insuffisance cardiaque*

Première nationale au CHU Rangueil : l'administration de cellules de la moelle osseuse pour traiter des patients ayant une fonction cardiaque affaiblie.



Le Dr. Jérôme Roncalli, membre de la Fédération des Services de Cardiologie, de l'Unité 858 de l'Inserm et du CIC-Biothérapies, CHU Rangueil, Toulouse.

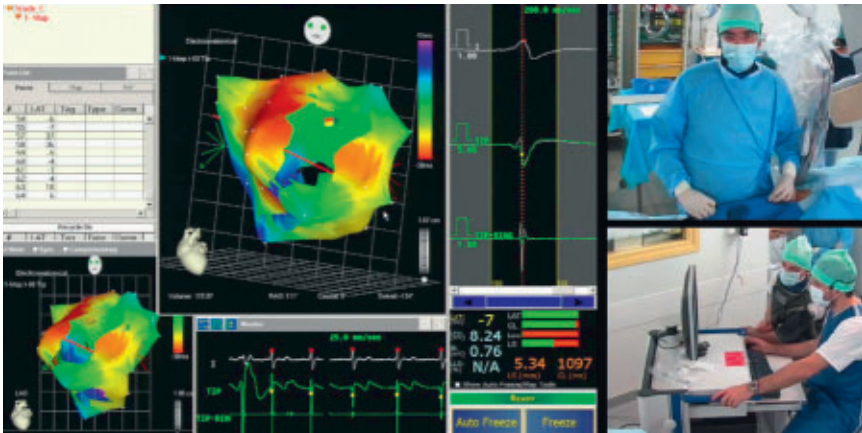
Depuis le début des années 2000, le Dr. Jérôme Roncalli du CHU de Rangueil a en charge la gestion des activités de biothérapies à visée cardiologique. Il a participé au premier projet d'étude clinique en ce domaine, baptisé MAGIC. Celui-ci portait sur l'injection de myoblastes chez des patients ayant des cardiomyopathies sévères relevant d'un traitement par pontage. Il y a eu ensuite l'étude BONAMI dont l'objectif était l'amélioration de la viabilité du muscle cardiaque après infarctus du

myocarde par l'administration intra-coronaire de cellules de la moelle osseuse.

Actuellement est mis en œuvre le programme MESAMI qui consiste en l'administration d'un type différent de cellules de la moelle osseuse pour traiter l'insuffisance cardiaque. Cet essai clinique est expérimenté au CHU Rangueil. C'est une première en France.

Le nombre de **cardiopathies ischémiques** est croissant depuis l'amélioration de la prise en charge de l'**infarctus du myocarde** à la

phase aiguë. Cela conduit parfois, quelques années plus tard, à des impasses thérapeutiques chez des patients restant symptomatiques malgré un traitement médical optimal. C'est dans ce contexte que les procédures de **thérapie cellulaire cardiaque** sont en cours de validation. En 2005, le Dr. Jérôme Roncalli avait réalisé au CHU de Rangueil, les premières injections en France de cellules de la moelle osseuse dans les artères coronaires de patients ayant présenté un infarctus récent. Il développe maintenant des appro-



Les cellules de la moelle osseuse sont administrées dans le myocarde grâce à un système de repérage électromécanique.

ches de thérapie cellulaire pour des patients plus graves avec des artères coronaires occluses et qui souffrent d'angine de poitrine ou d'essoufflement malgré les dilatations avec pose de **stents** ou pontages coronaires qu'ils ont pu avoir par le passé.

Cette nouvelle approche conduit à utiliser la sous-population des Cellules Souches Mésoenchymateuses de la moelle osseuse (CSMs). Il a été montré que ces CSMs peu-

vent participer à la création de nouveaux vaisseaux dans le cœur d'animaux.

Ainsi la phase pilote du programme MESAMI a été initiée par le Dr. Roncalli en décembre 2009, avec l'administration dans le **myocarde** grâce à un système de repérage électromécanique (comme un GPS) de CSMs cultivées et préparées à l'Etablissement Français du Sang (EFS) chez des patients présentant une **ischémie chronique** avec fonction cardiaque

affaiblie. Un mois après les premières injections, le premier patient se sent mieux à l'effort puisqu'il ne ressent plus de douleur angineuse, mais il reste encore essoufflé. Il faudra attendre les résultats de cette étude et d'autres encore dans le monde pour connaître le bénéfice réel de ces nouvelles prises en charge des maladies cardiovasculaires. Néanmoins, les travaux de recherche dans ce domaine sont nombreux et passent pour certains par l'étude de mécanismes impliqués dans la survie des cellules comme cela est fait dans le laboratoire de recherche du Pr. Angélo Parini à l'INSERM U858, en collaboration avec le Dr. Philippe Bourin de l'EFS. La mise en œuvre de telles procédures au sein des services de cardiologie (Pr. Galinier et Pr. Carrié) est le résultat d'un lourd investissement au sein du CHU de Toulouse pour réunir des équipes de recherche clinique et de recherche fondamentale.

Le programme MESAMI 2 qui est en projet aura pour objet l'amélioration de la survie des cellules après injections dans le myocarde effectuées par voie percutanée. ■



MUTUELLE MGTS



Solidarité

Une valeur qui monte!

www.mgts.fr

Toulouse - Centre ville
8, place de la Trinité, 31000 Toulouse
Tél. 05 62 88 26 00

Toulouse - Centre ville
8, place de la Trinité, 31000 Toulouse
Tél. 05 62 88 26 00

Tarbes
8, avenue de la Marne, 65000 Tarbes
Tél. 05 62 93 52 33

NOS AGENCES
Toulouse - Pont des Minimes
70, bd Matabiau, BP 7051, 31069 Toulouse
Cedex 7 - Tél. 0 810 131 111

Bagnères-de-Bigorre
Rue Blanche-Odin, 65200 Bagnères-de-Bigorre
Tél. 05 62 95 48 98

Pamiers
26, rue de la République, 09100 Pamiers
Tél. 05 61 68 77 67

Albi
105, boulevard Soult, 81000 Albi
Tél. 05 63 49 17 37



Pérenniser l'hospitalisation à domicile

Le CHU a contribué à la création de l'association « Santé Relais Domicile » afin d'apporter une réponse qualitative à une forme croissante d'hospitalisation.



Santé Relais Domicile fonctionne 24 heures/24 et 7 jours/7

L'hospitalisation à Domicile (HAD) permet de dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et para-médicaux continus et nécessairement coordonnés. Elle doit contribuer au maintien à domicile de personnes atteintes de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables, qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisées en établissement de santé.

Le CHU de Toulouse dispose depuis février 1984 d'un service d'hospitalisation à domicile qui a répondu aux objectifs fixés à cette démarche. Parallèlement s'est développé depuis 2003 un organisme associatif « Santé Relais 31 » qui prend également en charge l'hospitalisation à domicile.

En novembre 2008, le CHU de Toulouse et « Santé Relais 31 » ont conclu un engagement de coopération dont l'objectif était le regroupement des activités d'HAD, afin d'améliorer la réponse à apporter aux besoins, à la qualité du service et au maillage du territoire. Cet accord a débouché sur la création d'une nouvelle structure « Santé Relais Domicile » gérée par une association loi 1901 et délivrant les soins à partir de trois sites : Toulouse, Montastruc et Léguevin.

« Ce projet, accompagné par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, explique le Pr. Bernard Pradère, président de la CME, a pour ambition d'apporter une réponse qualitative et pérenne aux besoins des patients hospitalisés à domicile par : une continuité de la prestation de jour comme de nuit et sept jours sur sept ; un territoire d'intervention élargi ; un éventail complet des prises en charge dont les soins palliatifs, la périnatalité et les chimiothérapies organisées en lien avec la pharmacie du CHU. »

L'action menée par « Santé Relais Domicile » permet d'assurer, sur prescription médicale, au domicile, des soins médicaux et para-médicaux complexes en permanence, avec une prise en charge psycho-sociale adaptée à chaque situation. Ce partenariat vise à terme à la prise en charge de 150 patients en hospitalisation à domicile.

Précisons que l'hospitalisation à domicile peut être prescrite par tout médecin, hospitalier ou exerçant à titre libéral.

« Santé Relais Domicile » fonctionne donc avec des intervenants libéraux, du personnel salarié de l'association « Santé Relais Domicile » et du personnel mis à disposition par le CHU dans le cadre d'une convention. Ces derniers relèvent du CHU pour la gestion administrative et statutaire et du président de l'association sur le plan fonctionnel.

Pour le CHU, une infirmière d'évaluation est joignable au : (05 61 7) 72054 pour organiser la prise en charge à domicile. ■

Les acteurs de l'hospitalisation à domicile

- Le médecin traitant. Il est le pivot de la prise en charge du malade à domicile et assure le suivi du patient.
- Les cadres de santé de l'HAD. En relation avec les différents intervenants, ils coordonnent la permanence et la continuité des soins.
- Les sages-femmes de l'HAD. Elles organisent la prise en charge des patientes relevant de l'obstétrique, en coopération avec les sages-femmes libérales et les infirmiers libéraux.
- Les assistantes sociales de l'HAD. Elles évaluent les possibilités du réseau familial et social pour garantir les conditions d'existence au domicile les plus adaptées.
- La psychologue de l'HAD.
- Les infirmiers libéraux ou salariés de l'HAD.
- Les aides-soignant(e)s de l'HAD.
- Les autres professionnels de proximité : pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues...



25 rue Paule Raymond - 31200 Toulouse - Tél : 05 34 40 40 40
Mail : had.accueil@santerelais31.org - Internet : www.santerelais31.fr

Prise en charge de la douleur *des soignants mobilisés et des équipes mobiles*

La lutte contre la douleur est devenue l'une des préoccupations majeures du CHU. Initiées dans le cadre du CLUD, les actions dans ce domaine s'intensifient et se multiplient. Des équipes spécialisées et disponibles se mettent en place, s'appuyant notamment sur les principes de pluridisciplinarité et de mobilité et sur l'utilisation de nouvelles techniques.

Constitué sous l'égide de la Commission Médicale d'Etablissement, le CLUD (Comité de LUTte contre la Douleur) co-présidé par Nathalie Cantagrel, médecin-anesthésiste et Jean- Marc Bergia, cadre de santé, a pour objectif de structurer, organiser, valoriser et coordonner les initiatives existantes, afin d'améliorer la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs tout en promouvant la mise en œuvre d'actions nouvelles. Son fonctionnement est basé sur le volontariat et l'engagement du personnel de santé du CHU dans la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement.

Pour atteindre ses objectifs définis de façon réglementaire, le CLUD se base sur des groupes de travail pluridisciplinaires dont les missions ont été ainsi définies :

- réaliser un audit des personnels et des pratiques afin de recenser les manques en ce domaine ;
- développer la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux pour une meilleure connaissance des techniques et possibilités thérapeutiques antalgiques ;
- aider à la mise en place de protocoles de prises en charge de la douleur dans les différents services ;

- mettre en commun des moyens humains, des compétences, des connaissances et des expériences au service de la lutte contre la douleur ;
- uniformiser les moyens matériels et les techniques antalgiques ;
- contribuer à l'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des patients en fin de vie et de leur famille ;
- coordonner et développer la recherche clinique et les essais thérapeutiques.

Le premier travail a été la rédaction et la mise en œuvre de protocoles de prise en charge de la douleur. Cette réflexion d'équipe englobant aussi bien les juristes que les pharmaciens, les médecins et paramédicaux a abouti à la rédaction de près de 35 protocoles.

En parallèle, la formation des personnels soignants a été instaurée au sein même des équipes par des formateurs « accrédités » par le CLUD, afin que le message transmis soit toujours identique et conforme aux avancées de la recherche et de l'innovation thérapeutique. Des référents douleurs médicaux et paramédicaux ont été identifiés par secteur de soin. Ils ont pour mission de veiller à ce que les protocoles soient connus et appli-



La prise en charge de la douleur au CHU de Toulouse notée A lors de la dernière visite de certification.

qués dans les services. Ils sont informés de façon régulière des nouveautés en matière de douleur.

En complément de ces actions de formation sur le terrain, le CLUD anime une session d'approfondissement des connaissances dans ce domaine et va prochainement proposer une version e-learning de ces formations pour suivre l'évolution des technologies et être accessible à l'ensemble du personnel. Il organise aussi tous les deux ans une journée d'échanges ouverte à l'ensemble des personnels soignants de l'hôpital. Elle aura pour thème en 2010 : douleur, toxicomanie et dépendance.

La douleur induite par les soins reste une réalité et le renforcement de sa prévention fait partie des priorités du dernier plan gouvernemental de lutte contre la douleur. A ce titre un groupe a axé son travail sur plusieurs projets :

- rédaction d'affiches d'information des personnels soignants sur les moyens médicamenteux utilisables afin de prévenir la douleur ;
- réalisation d'un film pédagogique cofinancé par la Fondation de France qui devrait être diffusé nationalement avant la fin de l'année.

Au-delà de la douleur, il convient de lutter aussi contre la souffrance

Au delà de la douleur, le CLUD s'investit aussi dans la prise en charge de la souffrance. Un groupe spécifique associant des médecins, des sophrologues, des psychologues et des personnels paramédicaux a mis son expertise et son écoute au service des patients, de leur famille mais aussi des soignants.

La recherche clinique autour des thérapeutiques antalgiques, la qualité de la prise en charge de la douleur dans des populations ciblées (enfants, toxicomanes, sujets âgés, femmes enceintes, patients en fin de vie) sont des aspects que les professionnels du CLUD ont à cœur de développer.

La structuration de la prise en charge de la douleur, l'engagement de tous les acteurs dans ce défi quotidien au sein de l'établissement a valu à ce dispositif une note globale Alors de la dernière certification. Un article récent publié dans l'Express a lui aussi mis en avant l'excellence du CHU de Toulouse dans ce domaine.

L'équipe du CLUD s'oriente maintenant vers une régionalisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Une première réunion régionale a eu lieu en octobre 2009, faisant éclore la fédération interCLUD, à l'initiative du CLUD du CHU de Toulouse. Elle se concrétisera par la création prochaine d'un site internet nommé MiPyCLUD. ■

Consultez les protocoles du CLUD sur le site Intranet
 Rubrique CLIN, CLAN, CLUD... CLUD
 -Douleurs - Soins palliatifs

Au plus près des patients et des soignants

Des équipes mobiles de lutte contre la douleur se mettent en place au CHU. Au-delà de la dimension technique, elles apportent une dimension humaine et psychologique dans la prise en charge de la douleur aiguë auprès du malade et viennent renforcer la démarche d'amélioration des pratiques professionnelles menée par le CLUD depuis plusieurs années.



Le MEOPA est un gaz analgésique employé pour certains actes de soins douloureux.

« Au CHU, la douleur aiguë existe dans toutes les unités de soins et pas exclusivement au décours d'une intervention chirurgicale. Il faut ainsi être capable de prendre en charge toutes ces douleurs exprimées ou pas par les patients, mais aussi conseiller les équipes, les accompagner, les former. »

Les acteurs hospitaliers de la prise en charge de la douleur rappellent cette évidence pour montrer combien la création d'équipes mobiles contre la douleur est utile. L'action de ces équipes traduit au quotidien un mouvement lancé il y a une dizaine d'années par Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, pour trouver une réponse à un besoin insuffisamment satisfait. Les sollicitations qui arrivent quotidiennement aux trois unités attestent du

bien-fondé de cette initiative et de la pertinence du déploiement de ces équipes. Instaurées initialement à l'Hôpital des Enfants (en 2000), puis développé par le Dr. Olivier dans le cadre du CLUD à Purpan (en 2007), elles voient le jour aujourd'hui sur les sites de Rangueil-Larrey (en 2009) grâce au Dr. Minville dans le cadre du projet de pôle anesthésie-réanimation.

Les douleurs aiguës, sont ainsi prises en compte au sein du CHU, offrant à l'ensemble des services la possibilité d'avoir recours à des équipes spécialisées et disponibles. Quatre missions incombent à une unité de douleur aiguë fonctionnant dans le cadre d'une mise à disposition des équipes par le Pôle anesthésie-réanimation :

- suivi thérapeutique
- conseils
- formation
- recherche.

D'autres moyens sont également mis à disposition au sein du CHU.

Les unités utilisent par exemple, le MEOPA, un gaz analgésique employé pour certains actes de soins douloureux ou pouvant le devenir.

Les équipes ont recours aussi aux procédés non médicamenteux qui se substituent à des prises en charges plus techniques... Il s'agit notamment de la neurostimulation transcutanée (TENS), de l'hypnose et de la sophrologie qui permettent parfois, en quelques séances, d'améliorer la prise en charge de situations douloureuses restées jusque-là trop insuffisamment calmées.



La dimension technique d'une intervention est ainsi enrichie d'une dimension humaine.

Le fonctionnement des unités mobiles permet de développer également une nouvelle approche dans la transversalité. Ces unités amènent des soignants à se déplacer auprès d'autres soignants sans toutefois se substituer aux équipes de soins dans leur prise en charge au quotidien. Les patients vont trouver ici une opportunité supplémentaire de dialoguer, exprimer leur douleur et se sentir encore plus écoutés dans leur problématique douloureuse. La dimension technique d'une intervention est ainsi enrichie d'une dimension humaine et psychologique qui contribue à trouver avec l'équipe, dans une certaine mesure, des solutions.

* **Propos recueillis lors d'une table ronde qui réunissait : Isabelle Casaux, Ghyslaine Lopez, Michel Olivier, Richard Pizzuto, Martine Quintard, Nicolas Saffon et Agnès Suc.** ■

Le Centre d'Évaluation et de Traitement

Le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur du service de neurochirurgie du Pr. Jacques Lagarrigue permet une évaluation pluridisciplinaire des patients douloureux chroniques.

Il offre des consultations mais aussi l'accès à des gestes techniques spécifiques, l'opportunité de participer à des études de recherche clinique, la possibilité d'une hospitalisation. Il s'appuie sur une expérience de plus de vingt ans dans ce domaine, ainsi que sur l'expertise de médecins référents enseignant à la faculté de médecine de Toulouse.

L'accès à des techniques non médicamenteuses peut aussi être proposé en fonction des cas : hypnose, relaxation, mésothérapie.

Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur Service de neurochirurgie

HOPITAL DE RANGUEIL 1, AVENUE DU PR. JEAN POULHES

TSA 50032 31059 TOULOUSE CEDEX - Prise de rendez-vous : 05 61 32 26 35

L'équipe "Résonance"

L'équipe mobile Douleur, Soins palliatifs, Soins de support du CHU de Toulouse appelée Résonance est composée de médecins, d'un cadre de santé, d'une psychologue, d'infirmières, d'une socio-esthéticienne, d'une secrétaire, des bénévoles de l'association, d'accompagnement en soins palliatifs (ASP Toulouse).

Le Dr. Nicolas Saffon est le responsable médical de cette structure qui intervient sur tous les sites du CHU à la demande du patient et de l'équipe soignante référente selon plusieurs modes de prise en charge : au sein des services ou en consultation externe.

L'objectif est d'aider à améliorer la prise en charge de la douleur, de favoriser le confort physique et psychique de la personne malade. Ses actions se conçoivent dans le cadre d'un accompagnement relationnel du patient et de son entourage.

Equipe mobile, douleur, soins palliatifs, soins de support « Résonance »

HOPITAL DE PURPAN - PAVILLON SENAC 1^{ER} ETAGE – PLACE DU DOCTEUR BAYLAC

TSA 40031 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9 - CONTACT : 05 61 77 94 78

QUATRES ÉQUIPES MOBILES EN ACTION

Unité de Douleur Aiguë (UDA)

Hôpital Purpan, services de soins pour adultes

Médecin anesthésiste réanimateur

algologue responsable :

Dr. Michel OLIVIER

Médecins anesthésistes

référents douleur :

Dr Vincent BOUNES, Dr Jean-Philippe

MAGUES, Dr Kathy PARERA

Dr Anne Stéphanie RICHEZ,

Dr Sandrine SACRISTA

Cadre de Santé :

Philippe SAUTIER

Infirmiers et infirmières anesthésistes DE

spécialisés en douleur

Sylvie ARROUZE, Cécile BRUNEL

Marie-Christine CABRE,

Nanou DAYDE, Céline GARIBALDI,

Martine QUINTARD (compétence en

Hypnose), Bénédicte RUIZ,

Dominique SAINTIGNAN

Béatrice SANTIAGO

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

BIP : 46354

Téléphone bureau : 05 61 77 9712

Téléphone cadre de santé : 05 61 77 97 62

Mail : uda.pu@chu-toulouse.fr

Equipe Mobile Douleur Aiguë (EMDA)

Rangueil et Larrey, services de soins pour adultes

Responsable médical :

Pr Vincent MINVILLE

Médecins Anesthésistes Réanimateurs :

Dr Fouad ATALLAH, Dr Benoît BOURDET

Dr Audrey BREDEN, Dr Hélène FAVAREL

Dr Françoise FEDACOU

Dr Anne-Stéphanie RICHEZ

Dr Karim TAJ

Cadre de Santé :

Ghyslaine LOPEZ

Infirmiers et infirmières anesthésistes DE

spécialisés en douleur

Régine BOUBEE, Félix DANG VAN SUNG

Salah FERHANE, Jean-Christophe FOISSAC

Sandrine GASPERI, Alain GUIRAUD

Marie NOUGARET, Christelle PAGES

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

BIP : 44982

Téléphone bureau EMDA : 05 61 32 27 98

Téléphone cadre de santé : 05 61 32 39 25

Mail : boh2.emda@chu-toulouse.fr

Réseau Enfant-Do

Ensemble des Unités

de l'Hôpital des Enfants.

Possibilité d'intervention si nécessaire dans d'autres secteurs du CHU ou seraient hospitalisés des enfants

Pédiatre, algologue :

Dr Agnès SUC

Pédo-psychiatre :

Dr Patricia TIMSIT

Infirmier(e)s anesthésistes DE spécialisés

en douleur :

Patrick SERRANO

Maryline MARIOTTI

Psychologue :

Delphine CAYZAC

Astreinte téléphonique 24h/24h

Téléphone astreinte : 05 34 55 87 02

Téléphone secrétariat : 05 34 55 86 61

Mail : enfant-do.iade@chu-toulouse.fr

Equipe mobile sophrologie

Purpan, Paule De Vigiuer, La Grave

Simone DALBIÈS

Téléphone : poste : 79184

Mail : dalbies.s@chu-toulouse.fr

Réanimation Purpan et Rangueil

Arlette RAYNAUD

Téléphone : postes 22575 et 72292

Larrey

Sylvie LEPAGE

Téléphone : poste 71464

Mail : lepage.s@chu-toulouse.fr

Rangueil

Isabelle CASAUX

Téléphone : poste 43268

Mail : casaux.i@chu-toulouse.fr

Formation à distance pour les biologistes

Après « e-HEMATimage », voici « e-MEDICINimage ». Ce projet s'insère dans le programme européen « Leonardo da Vinci ». Il a pour objet la formation continue en parasitologie et mycologie des biologistes non spécialistes, essentiellement des laboratoires polyvalents, privés ou hospitaliers. Il amène une ouverture sur le monde.

Après l'hématologie, voici la parasitologie et la mycologie médicale. Fort du succès obtenu avec « e-HEMATimage », le Pr. Joël Corberand vient de lancer deux nouveaux programmes de formation continue par Internet à l'intention des biologistes.

Ancien chef du service du laboratoire d'hématologie de Rangueil et président de l'association Formation Continue en Biologie et Médecine (FCBM) dont il a été le fondateur, Joël Corberand contribue ainsi à asseoir une position de leader dont bénéficie le CHU dans un domaine qui utilise avec opportunité les potentialités des nouvelles technologies de communication et qui est porteur d'une efficacité accrue en matière de médecine et de coûts économiques et sociaux.



Le site internet e-MEDICINimage.

gées. Le programme « e-HEMATimage » qui touche maintenant plus de 2500 personnes au sein de 36 pays fait référence.

Les deux nouveaux programmes, regroupés sous l'appellation « e-MEDICINimage », doivent être élaborés d'ici 2011. Ils sont pilotés par le Pr. Joël Corberand, en ce qui concerne la gestion du projet et le Pr. Jean-François Magnaval, chef de service du laboratoire de Parasitologie – Mycologie du CHU de Toulouse, pour ce qui concerne la parasitologie. La mycologie médicale est placée sous la responsabilité du Pr. Dominique Chabasse, également chef de service de Parasitologie – Mycologie, mais au CHU d'Angers.

« e-MEDICINimage » s'adresse aux biologistes des laboratoires polyvalents, essentiellement ceux de ville.

« Ils ont, explique Joël Corberand, un rôle considérable. Ce sont des orpailleurs dont les pépites sont les affections précocement diagnostiquées. Ils traitent le flot énorme d'exams biologiques prescrits dans tous les domaines. C'est à partir de cela que s'effectue

le dépistage. Une plus grande précision de celui-ci permet une prise en charge plus précoce du malade, ce qui augmente les chances de guérison du patient et coûte beaucoup moins cher qu'un diagnostic tardif. »

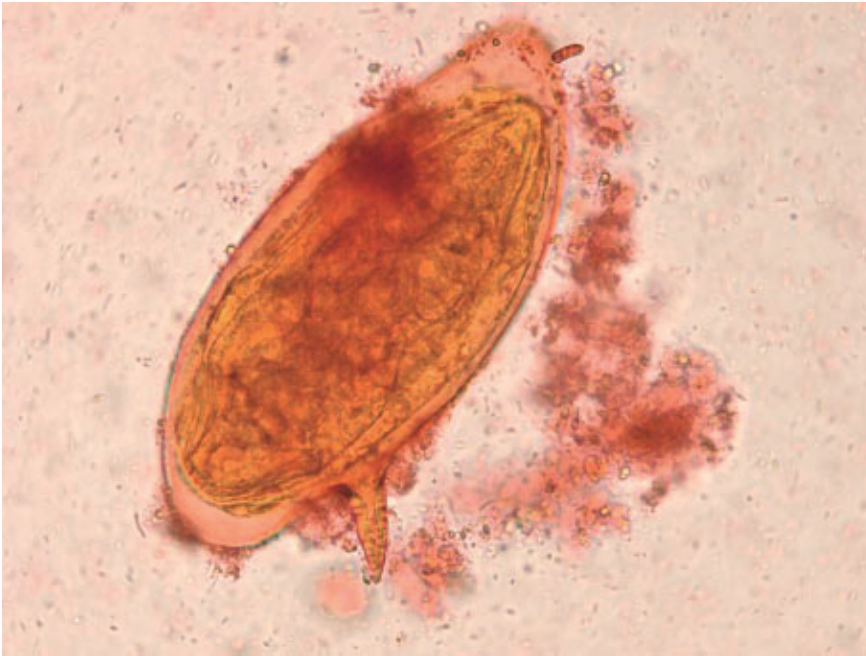
La construction de ces programmes d'e-Learning repose sur deux principes : d'une part le multilinguisme qui offre un accès aisé au plus grand nombre de biologistes de base des différents pays concernés par les langues abordées dans le programme, qui ne maîtrisent pas forcément l'anglais ; d'autre part la technique pédagogique dite de « résolution des problèmes ».

« Il faut, souligne le Pr. Corberand, proposer des formations qui présentent des situations semblables à celles rencontrées dans l'exercice quotidien ».

L'accessibilité à ces programmes d'e-Learning est accrue par la nature du logiciel utilisé qui autorise une connexion automatique à Internet dès l'ouverture de l'ordinateur. Les dossiers sont alors téléchargés et peuvent être travaillés hors connexion au moment qui

« e-MEDICINimage » s'adresse aux biologistes des laboratoires polyvalents, essentiellement ceux de ville

La démarche du Pr. Corberand s'inscrit dans un cadre européen, celui du projet « Leonardo da Vinci ». Elle est fondée sur un partenariat entre plusieurs pays de l'Union Européenne et construite sur la base du multilinguisme. Les nouveaux programmes sont, en effet, conçus en anglais, espagnol, portugais, polonais et français. L'option du multilinguisme permet d'atteindre un maximum de professionnels, aussi bien en Europe que sur d'autres continents (Amérique du Sud, Asie, Afrique) où des coopérations sont déjà enga-



e-MEDICINimage a développé un nouveau programme de formation continue par Internet en parasitologie et en mycologie.

convient au professionnel. Cette façon d'opérer offre une bonne solution à celui-ci qui a l'obligation légale de formation continue. Une fois la mise en place effectuée, au-delà de septembre 2011, le programme associant les trois spécialités (e-HEMATimage, e-PARASITimage et e-MYCOimage) devra s'autofinancer. Ils pourront être accessibles aux biologistes libé-

raux (gratuitement par l'intermédiaire de l'organisme gestionnaire BIOFORMA) ou aux établissements hospitaliers qui souscriront des abonnements annuels. Pour l'Europe, les tarifs proposés seront très compétitifs ; pour les pays plus pauvres, en Afrique notamment, les tarifs seront nettement moins onéreux. La gratuité sera accordée aux pays les plus pau-

vres, selon des principes déjà mis en œuvre pour « e-HEMATimage ».

Le projet en cours est, lui, financé en partenariat. Autour du CHU de Toulouse, qui a accepté d'être promoteur du projet, sont réunis l'association FCBM et les organismes auxquels sont attachés les spécialistes participant à la conception de ces deux programmes : l'Université Paul Sabatier de Toulouse et les instituts de médecine de Barcelone et Salamanque (Espagne), Lisbonne et Carnaxide (Portugal), Gdansk et Varsovie (Pologne), Glasgow et Manchester (UK).

Le coût du projet s'élève à 433.000 € dont 275.000 € sont financés par la Communauté Européenne.

A noter que le Pr. Corberand et le Pr. Magnaval sont les seuls à avoir obtenu le financement d'un projet « Leonardo da Vinci » dans le cadre de l'Université Paul Sabatier, toutes disciplines confondues.

Comme le souligne le Pr. Corberand, ce type de programme multilingue basé sur la technique de résolution de problème est ouvert à toutes les spécialités médicales et paramédicales et même à la gestion administrative de la santé. ■



Messages, leader sur le marché de l'impression et du façonnage, vous propose une gamme de prestations complète, personnalisée et adaptée à vos besoins.



PAO
Conception/Création



Impression
Numérique/Offset



Façonnage
Routage



Duplication
CD/DVD



Développement
Sites internet

111, rue Nicolas-Vauquelin – 31100 Toulouse – Tél. : 05 61 41 24 14 • Fax : 05 61 19 00 43
Email : imprimerie@messages.fr – www.messages.fr



Dossier Cancer



pour une action toujours plus efficace

Issus des directives du Plan Cancer 2003-2007, les **Comités de Coordination en Cancérologie (3C)** sont des cellules qualité chargées de structurer et d'évaluer les activités en cancérologie d'un établissement ou d'un territoire de santé.

Le « 3C » du CHU, issu du Plan Cancer, comprend un comité décisionnaire (direction générale, stratégie, qualité, CME, soins infirmiers et président du « 3C ») et un comité opérationnel composé d'une cellule de coordination (coordonnateur médicale et assistante-qualité) et d'un groupe pluridisciplinaire (médical et paramédical), au sein duquel des groupes de travail ont été constitués. Depuis fin 2009, la formalisation du « 3C » a

été modifiée pour tenir compte de sa mutualisation avec l'hôpital Joseph Ducuing, établissement autorisé pour la délivrance des chimiothérapies dans le cadre d'une convention signée avec le CHU.

Le « 3C » a pour objectif l'optimisation de la prise en charge du patient. Ses missions s'inscrivent dans la démarche de certification des établissements de santé et font par ailleurs l'objet d'un suivi par les tutelles, dans le cadre

des autorisations de traitement du cancer notamment.

Ainsi, le Comité de Coordination en Cancérologie met à disposition des médecins et des soignants des référentiels et thésaurus validés et actualisés par le réseau régional Oncomip et audit interne de leur utilisation. Il assure aussi l'engagement de l'établissement dans une démarche de qualité en cancérologie par :

- La garantie du fonctionnement correct des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Le « 3C » doit tenir à jour et diffuser l'annuaire des RCP, s'assurer de la communication au niveau régional en favorisant l'accès des équipes au Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) régional, et évaluer la qualité des RCP.
- La mise en œuvre du dispositif d'annonce : le « 3C » doit s'assurer de sa mise en place selon les recommandations de l'INCa et favoriser son déploiement par l'élaboration d'outils.
- La remise à chaque patient du programme personnalisé de soins (PPS) synthétisant la proposition thérapeutique issue de la RCP acceptée par le patient : le « 3C » doit élaborer un document-type et s'assurer de sa remise aux patients.

Le « 3C » effectue par ailleurs un suivi plus individualisé. Il doit recenser les soins de support disponibles au CHU, les associations de patients, et les ressources régionales en cancérologie et les rendre visible de l'ensemble de la communauté hospitalière et des patients. L'élaboration d'un classeur personnalisé pour chaque patient peut contribuer à la réalisation de cette mission.

Le « 3C » doit également mettre en place la traçabilité des pratiques et produire annuellement des indicateurs permettant le suivi de l'activité et de la qualité de la prise en charge cancérologique au sein du CHU : RCP, dispositif d'annonce, accès aux soins de support, PMSI, délais d'attente, suivi de l'utilisation des anticancéreux, accès aux essais cliniques et à l'innovation, satisfaction des patients et des équipes soignantes.

Les axes de travail prioritaires du « 3C » ont concerné, pour les deux années écoulées,

Le « 3C » produit annuellement des indicateurs permettant le suivi de l'activité et de la qualité de la prise en charge cancérologique au sein du CHU.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire



Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Le but de celles-ci est de discuter de façon collégiale les dossiers de tous les patients présentant un cancer (phase initiale et rechute), afin de proposer la meilleure stratégie thérapeutique. Les critères de qualité des RCP sont précisés dans la circulaire du 22 Février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

- La **pluridisciplinarité** correspond à la présence d'au moins trois spécialités différentes qui doivent être adaptées au type de la RCP.
- Le **fonctionnement des RCP** doit être **formalisé** : rythme au moins bimensuel, coordonnateur, secrétariat, type de dossiers à présenter, référentiels utilisés. Avant la réunion, une fiche standardisée de données médicales est remplie par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP. Le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) régional constitue le support de référence pour l'informatisation de ces données.
- **Tous les nouveaux cas** doivent être présentés avant mise en route du primo-traitement. Les dossiers des patients nécessitant une modification substantielle du traitement (reprise évolutive, toxicité...) sont également présentés.
- Si le dossier répond à une situation clinique faisant l'objet d'une procédure standard de prise en charge traduite dans un référentiel de pratiques validé par le réseau régional, il est possible de ne pas le discuter. Le dossier doit être **enregistré** dans le DCC et présenté rapidement lors de la RCP. Les autres dossiers sont obligatoirement **discutés**. Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des **référentiels de pratique** élaborés au niveau régional à partir de recommandations de pratique clinique nationales ou supranationales, et régulièrement actualisés. Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connues des participants.
- **L'avis de la RCP** comporte la date de réunion, la proposition thérapeutique, ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin dans le dossier médical.
- **L'évaluation régulière** des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, in fine, du service rendu aux patients.



Le « 3C » met à disposition des soignants des référentiels validés et actualisés par le réseau régional Oncomip.

l'amélioration de la lisibilité de l'activité cancérologique au sein de l'établissement (annuaires divers), le recensement des associations de patients, la diffusion des référentiels, un état des lieux de l'activité et du déroulement des RCP et de la mise en place du dispositif d'annonce, l'élaboration d'outils (fiche de liaison médecin/IDE dans le cadre du dispositif d'annonce et PPS-type), l'élaboration d'un classeur personnalisé à destination des patients (rédaction de fiches effets secondaires des traitements), le recueil des indicateurs d'activité cancérologiques et la rédaction du rapport d'activité annuel.

La mise en place d'audits et d'enquêtes planifiées a été réalisée en lien avec la direction de la qualité et le réseau Oncomip.

Le CHU a également participé en 2009 à l'expérimentation de l'indicateur RCP mis au point par la Haute Autorité de Santé. Le « 3C » dispose sur Intranet d'une rubrique régulièrement mise à jour qui propose des informations relatives à l'organisation et à l'activité de la cancérologie au CHU, aux travaux du « 3C », ainsi que des documents pratiques destinés au personnel pour améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer.

La cellule de coordination du « 3C » du CHU a été transférée sur le site de l'hôpital La Grave. Elle est hébergée temporairement au sein du réseau Oncomip (Hôpital La Grave, ex-bâtiment de biochimie). ■

Le Comité Décisionnaire

du « 3C » est composé de : Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHU ; Bernard Pradère, président de la CME ; Laurent Molinier, chef de service DIM ; Christine Ceaux, directrice des soins ; Martine Servat, chef du projet médical du CHU et du projet santé publique La Grave ; Anne Vitet, directrice de la stratégie ; Isabelle Reynier, directrice de la qualité ; Rosine Guimbaud, présidente du « 3C » et coordonnateur RCP. Participent également au comité au titre de l'Hôpital Joseph Ducuing : Alain Radigales, directeur général de cet établissement ; Thierry Marmet, président de la CME Ducuing, soins palliatifs ; Laure Jonca, chargée des affaires médicales ; Corinne Couteau, présidente adjointe du « 3C », oncologue, coordonnateur RCP.

La Cellule de Coordination

est formée de : Laetitia Daubisse-Marliac, coordonnateur médical « 3C » CHU/Santé publique ; Elise Cortes, chargée de mission/assistante qualité « 3C » CHU ; Laure Jonca, chargée des affaires médicales de l'Hôpital J. Ducuing ; Chantal Derus, ingénieur qualité Ducuing ; Corinne Couteau, oncologue, coordonnateur RCP.

* Dr. Laetitia Daubisse-Marliac
(lundi, mercredi après-midi, vendredi),
tél. 05 61 16 49 37
Mail : daubisse@cict.fr

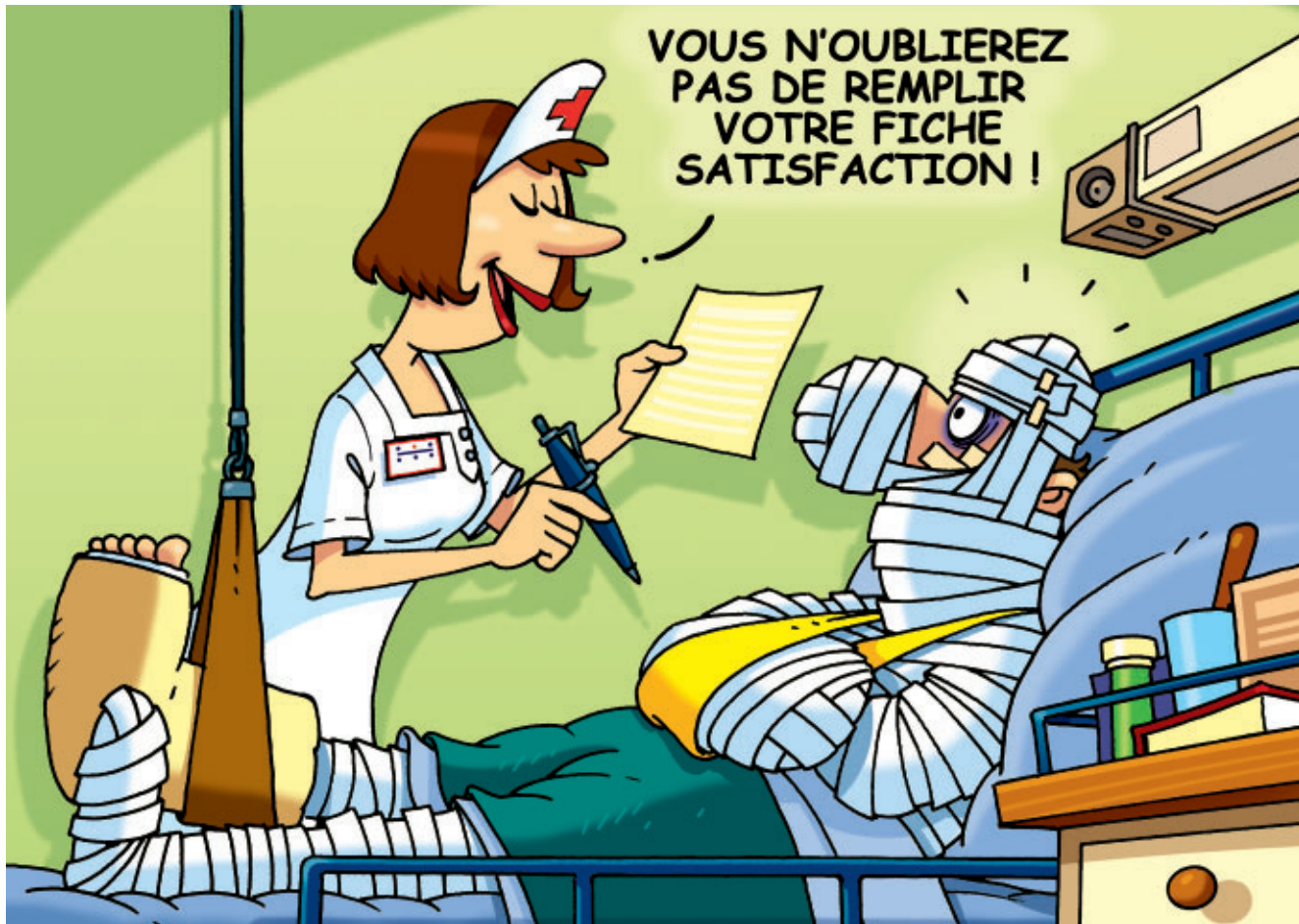
* Elise Cortes (tous les jours),
tél. 05 61 16 49 48
Mail : cortes@cict.fr

L'activité RCP au CHU en 2008

- 21 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire répertoriées
- 713 réunions
- 8938 dossiers présentés / discutés

Usagers une expression positive

Sur l'ensemble des patients hospitalisés, seulement 0,42% adressent des courriers de plainte au CHU. Malgré cet indicateur largement favorable, nous devons réaliser des efforts dans plusieurs domaines. La recherche d'une plus grande efficacité passe par une meilleure connaissance des clients et usagers.



Recueillir le point de vue des usagers et de leurs proches dans une organisation dont la mission première est de soigner répond à au moins trois préoccupations :

- mieux les connaître, afin notamment de bâtir avec chacun d'entre eux une relation permettant l'efficacité des soins ;
- prévoir leur comportement potentiel, afin de programmer de façon ciblée les efforts d'adaptation et de modernisation des infrastructures ;
- mesurer leur satisfaction pour contrôler l'efficacité de notre politique et détecter les améliorations possibles.

Connaître ses clients suppose de passer de l'enregistrement purement administratif ou comptable de leur venue à l'hôpital, à la connaissance de leurs préoccupations et de leurs attentes.

C'est avec ces objectifs que la délégation à la communication clientèle a mis en place en 2009 un dispositif d'écoute des usagers caractérisé par une démarche originale reposant sur la mise en synergie de toutes les compétences impliquées dans la gestion des plaintes et réclamations, constituant ainsi une cellule d'écoute usagers (directions clientèle, droit des patients,

qualité). Cette cellule assure le recueil systématique de l'avis des patients et de leur entourage, ainsi que celui des associations. Elle exploite et analyse les résultats grâce à un outil de gestion informatisé accessible à tous les acteurs concernés. Elle se rend disponible pour être à l'écoute des usagers.

Le nouveau dispositif de recueil de l'expression des usagers repose sur la construction d'une grille de classification des plaintes, la création d'une base de données pour en permettre la saisie et le suivi et la mise en œuvre d'une nouvelle procédure de gestion des courriers de plainte.



Le CHU et ses professionnels assurent une veille permanente sur la finalité des soins : qualité de la prise en charge et satisfaction de l'utilisateur.

La grille d'analyse retenue comprend six items : accueil, soins (médicaux et paramédicaux), information, vie quotidienne, incidents, facturation.

Après un an de fonctionnement de ce nouveau dispositif, le recueil des plaintes exprimées en 2009 permet de dresser un bilan global et exhaustif de l'expression des usagers ou de leurs proches, ainsi que la cartographie des dysfonctionnements.

Au regard de la fréquence et de la criticité des mécontentements exprimés, la cellule d'écoute usagers a proposé aux instances (Commission des Relations avec les Usagers-CRU Commission Qualité Risques

Evaluation Clientèle-CQREC) des plans d'actions prioritaires autour de cinq thématiques. Ils seront mis en œuvre en liaison avec les pôles concernés.

Les usagers, moteurs de la qualité

L'intérêt porté à la gestion des relations avec la clientèle, la mise en service d'un système performant de gestion des plaintes et l'accompagnement de proximité de ce dispositif ont transformé le regard des professionnels sur ces retours d'information. Les positions défensives ou les justifications sont

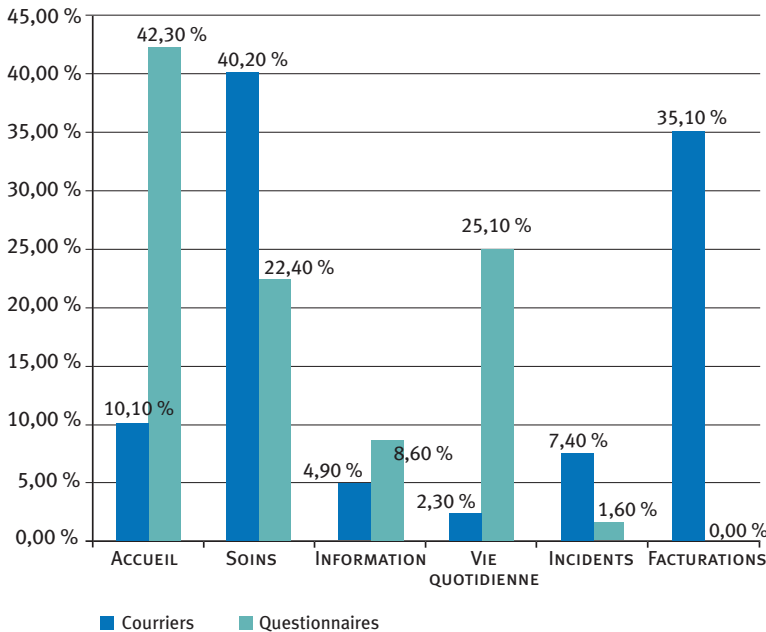
L'organisation de l'expression des usagers se trouve ainsi renforcée et complétée au CHU. Ce dispositif d'écoute client n'aura de sens que si nous montrons notre capacité à tenir compte de cette expression et à mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité au sein de chacun des pôles.

dépassées. Un nouvel état d'esprit prévaut qui privilégie l'utilisation des plaintes comme levier d'évolution de nos pratiques.

« Nous assurons une veille permanente qui recentre le CHU et ses professionnels sur la finalité des soins : la qualité de la prise en charge et la satisfaction de l'utilisateur » explique Marie-Claude Sudre, déléguée à la communication clientèle. Des améliorations ont été enregistrées rapidement, notamment dans la réduction des délais entre l'arrivée du courrier de plainte et l'envoi de l'accusé de réception (8 jours actuellement), dans la qualité de la réponse apportée.

Pour promouvoir cette volonté d'entrer rapidement dans un dialogue constructif, le CHU a lancé une campagne de communication autour des moyens d'expression mis à la disposition des usagers, avec le rappel de leurs droits et la présentation des personnes référentes qu'ils peuvent contacter : déléguée à la clientèle, chargé de clientèle du site hospitalier, commission de relations avec les usagers, médiateurs et représentants des usagers.

La répartition des plaintes (courriers) et des mécontentements (questionnaires de sortie) par catégories



L'expression des usagers en 2009

- 749 plaintes reçues par courrier, mail, téléphone, entretien oral (62 plaintes en moyenne par mois)
- 6245 questionnaires de sortie traités dont 2821 questionnaires avec des observations particulières ou des suggestions
- 57 médiations proposées, 36 médiations acceptées
- 86 dossiers déclarés à la Compagnie d'assurances en responsabilité civile (dommages corporels et matériels indemnitaires gratuits ou contentieux)

Gérard Chabanon, médecin médiateur :



« Il faut conforter ou recréer un lien de confiance »

Médecin médiateur depuis septembre 2009, le Pr. Gérard Chabanon développe une vision positive de cette mission dont

la base peut sembler plutôt négative, puisqu'elle a pour origine les plaintes formulées par les patients, leurs familles ou leurs proches.

« Les personnes qui adressent une réclamation, explique le médiateur, sont soit directement concernées par des dysfonctionnements aux conséquences de niveau de gravité très variable, soit en sont les témoins. En audience de médiation, ils relatent au médiateur ce qu'ils ont vécu - une souffrance induite, par-

fois très profonde – et ce, s'ils le souhaitent, en présence du médecin et éventuellement des personnels de soins qui les ont pris en charge.

À partir de là, nous nous devons de prendre en considération ces demandes et d'y répondre comme il convient ; tant au niveau médical qu'au niveau des équipes de soins et de l'établissement.

Rechercher les bonnes réponses et en tirer les conséquences est, pour nous, une obligation.

Au-delà, c'est aussi contribuer à améliorer l'accueil et la prise en charge de l'ensemble des patients ».

Pour le Pr. Chabanon, cette action s'inscrit dans la démarche de certification conduite par le CHU : « Analyser ce qui

n'a pas été fait, ce qui aurait dû l'être, apporter des mesures correctives adaptées et pertinentes, afin que cela ne se renouvelle pas. La médiation n'est pas une procédure de contentieux, c'est un temps irremplaçable d'écoute, d'information et d'échanges, parfois très vifs, dont le but ultime, qui doit être partagé, est de conforter ou de recréer un lien de confiance perdu ».

C'est un moment essentiel permettant de prendre toute la mesure de la souffrance ressentie aussi bien par le patient, sa famille que, bien souvent, par l'équipe de soins. Cette brève présentation serait incomplète, s'il n'était précisé que parfois le médiateur, outre des réclamations, reçoit aussi des messages de satisfaction et des remerciements.

Un nouvel organigramme

La délégation à la clientèle a intégré la Commission Qualité, Risques, Evaluation, Clientèle (CQREC) mise en place par la direction générale fin 2008. Cette instance co-présidée par le directeur général et le président de la CME valide les propositions de la cellule d'écoute des usagers. Cette cellule est chargée de coordonner

et de relier les actions des équipes et des différentes commissions, de faire vivre un réseau de correspondants sur chaque site, de tirer des enseignements des réclamations et des médiations conduites auprès des usagers et des équipes, afin de s'améliorer en favorisant notamment la participation des associations aux actions engagées.

Depuis 2007 un forum annuel réunit les

associations et les représentants des usagers et tout au long de l'année ils participent à des groupes de travail sur des sujets jugés prioritaires : l'amélioration de l'information du patient, la mise en place d'une charte des relations entre associations et professionnels de santé, le fonctionnement de la maison des associations. ■

Les grands chantiers clientèle 2010-2011

Des groupes projets doivent se constituer autour de sept grandes thématiques.

Ces projets seront pilotés par la direction de la clientèle et le médecin médiateur, en lien avec la direction de la qualité qui apportera son aide méthodologique sur la conduite de projet ou des évaluations de pratiques professionnelles.

Les grandes thématiques retenues sont les suivantes :

- La facturation qui représente 35% des plaintes.
- Le dépôt de valeurs qui fait l'objet de nombreuses réclamations.
- Les pertes de prothèses.
- L'Information du patient : amélioration du livret d'accueil, mise en place d'un Numéro Vert pour les usagers et de maisons des associations.
- Les délais d'attente.
- La satisfaction des accompagnants.
- La qualité de la prise en charge des soins : qualité des informations médicales délivrées au patient et à leur entourage, prise en charge de la douleur, écoute des patients, organisation de la sortie, accompagnement des familles endeuillées. Le Pr. Chabanon, médecin médiateur, conduira ces réflexions.

Ces groupes projets seront menés avec la participation des représentants des usagers.

Evaluation des Pratiques Professionnelles des pneumopathies nosocomiales en réanimation neurochirurgicale

Les pneumopathies nosocomiales sont une préoccupation majeure en réanimation neurochirurgicale, en termes de pronostic vital pour le patient et de bon usage des antibiotiques. Une antibiothérapie probabiliste inappropriée peut être à l'origine de l'augmentation de la durée de séjour et de la mortalité. Par ailleurs, une antibiothérapie probabiliste à spectre trop large représente un risque écologique avec la sélection de bactéries multi résistantes.

L'objectif de cette EPP était d'évaluer les pratiques dans les deux unités réanimation du service de Neurochirurgie (Ranguel et

Purpan), afin de vérifier si les protocoles utilisés étaient adaptés aux germes rencontrés.

Cette EPP, initiée en 2008, a réuni un groupe pluridisciplinaire composé des anesthésistes des deux unités, des pharmaciens, de l'infectiologue et le bactériologiste, référents du Pôle Neurosciences.

L'état des lieux réalisé en 2009 a montré, d'une part que des protocoles existaient mais qu'ils étaient peu utilisés et donc que les pratiques étaient différentes entre les prescripteurs et d'autre part que les germes

le plus souvent rencontrés ne nécessitaient pas une antibiothérapie probabiliste lourde. La discussion a abouti à un protocole distinguant la prise en charge des pneumopathies nosocomiales précoces et tardives. Ce protocole a été validé par le comité anti-infectieux le 5 octobre 2009. Il est actuellement utilisé par tous les prescripteurs des deux unités de réanimation du service de neurochirurgie.

Par ailleurs, un suivi bi-annuel du niveau de résistance des germes rencontrés a été mis en place, afin de vérifier la pertinence du protocole utilisé. ■

Jean-Jacques Tiravy - Pharmacien

PAROLES DE SOIGNANTS

Et si l'on comptait glucides et insuline...

Le Glucocompteur est un mémo pratique de format 18/12 cm facile à emporter et simple à utiliser. Il aide les patients diabétiques à calculer les glucides des repas et à adapter l'insuline.



et injecte la dose d'insuline calculée. Afin d'aider cette prise en charge et ses calculs, il a été développé un outil d'accompagnement, le Glucocompteur, conçu et réalisé à partir du recueil des besoins et préférences de 20 patients. Sa diffusion large est permise par le soutien d'un laboratoire.

Dès l'ouverture, le patient est accompagné pour faire un calcul rapide de ses glucides et de la dose correspondante. D'un seul regard, il consulte, sur la partie gauche les quantités de glucides d'aliments de référence très souvent utilisés. Sur la partie droite un mémo réunit les repères personnalisés du patient : repère repas (ratio pour 10g de glucides définis par le médecin) et repère correction (coefficient à utiliser si la glycémie n'est pas dans les objectifs surtout avant les repas). Enfin une réglette de calcul permet, après affichage du ratio, l'annonce en lecture directe de la quantité d'insuline utile en fonction des glucides.

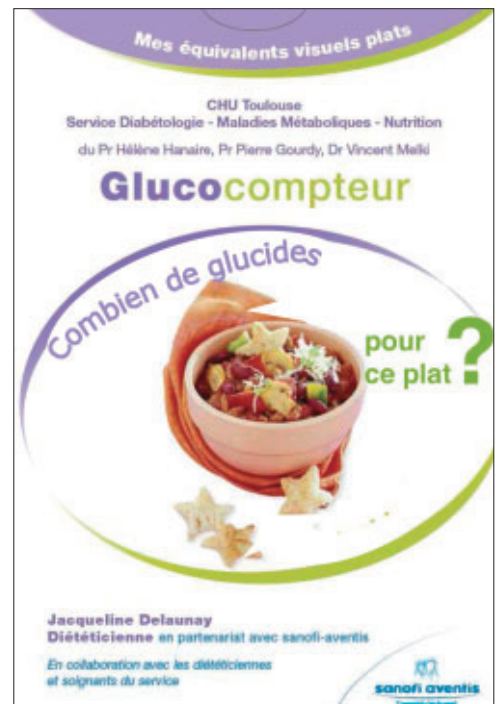
Pour des aliments particuliers, en dépliant complètement le document, le patient peut consulter une table alimentaire de plus de 300 aliments à la portion ou aux 100g classés par catégories, et lire les glucides de l'aliment choisi, par une sélection à l'aide de tirettes. Cette table spécifie également la présence de graisses et une notion d'index glycémique qui l'aideront pour le choix des aliments et l'interprétation de ses résultats glycémiques. Puis des repères visuels, soit 48 photos de féculents, plats et desserts, complètent l'outil pour l'estimation des quantités dans l'assiette. Enfin, une partie libre au dos du document permet la per-

sonnalisation du document et facilite la mise en mémoire de données individuelles ou d'aliments favoris.

L'utilisation du Glucocompteur est initiée en accompagnement, sous forme collective lors de séances éducatives de résolution de cas ou mise en situation. Il est remis au patient pour son retour au domicile.

Actuellement cet outil est en cours d'évaluation dans le service de diabétologie du Pr. Hanaire. Il le sera bientôt en pédiatrie dans le service de diabétologie du Dr. Le Tallec, et dans d'autres services de diabétologie grâce à une diffusion large de l'outil. ■

Jacqueline Delaunay, diététicienne, service diabétologie-nutrition-maladies métaboliques du Pr. Hélène Hanaire, CHU Rangueil.



Le patient diabétique de type 1 doit réaliser une dose d'insuline rapide avant chaque repas. Cette dose dépend de la quantité de glucides qu'il consomme et de sa sensibilité à l'insuline.

Pour adapter ses doses au plus près, il calcule les glucides de chaque repas et doit connaître la composition glucidique des aliments et bien estimer leur quantité dans son assiette. Puis, connaissant la dose d'insuline qui lui permet l'assimilation de 10g de glucides pour ce repas (ratio d'insuline/10g de glucides), il multiplie les glucides par ce ratio

Quand les barbiers-chirurgiens opéraient à l'Hôtel-Dieu

Il fut un temps où la chirurgie était considérée comme un art manuel, indigne d'être exercé par les médecins qui revendiquaient un statut hautement intellectuel car ils argumentaient et posaient les diagnostics en latin ! Experts à manier le ciseau et le rasoir, les barbiers étaient naturellement aptes à utiliser la lancette pour les saignées et à réaliser de petites interventions chirurgicales. Il faut aussi souligner qu'à cette époque la médecine était essentiellement exercée par des religieux auxquels les « opérations » étaient déconseillées en application de la règle énoncée au concile de Tours (*ecclesia aborret a sanguine*). Les barbiers devinrent ainsi des collaborateurs chirurgicaux indispensables.



Actes chirurgicaux : manuscrit de Salerne

1320. La nouvelle confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien

Dédaignés par les médecins qui leur refusaient le statut universitaire, les barbiers, qui s'occupaient aussi du bon fonctionne-

ment des bains publics, étaient assimilés aux ouvriers manuels ou aux compagnons des boutiques. Ils se regroupèrent alors en une corporation qui eut une chapelle dédiée à ses saints protecteurs, Saint-Côme et Saint-Damien, dans l'église des Frères

Prêcheurs lieu où avaient lieu toutes les réunions de la confrérie. A leur tête se trouvaient les *bayles*, élus tous les ans, chargés de la direction de l'ensemble des activités. Ensuite venaient les maîtres-jurés, choisis par leur capacité professionnelle et leur pro-

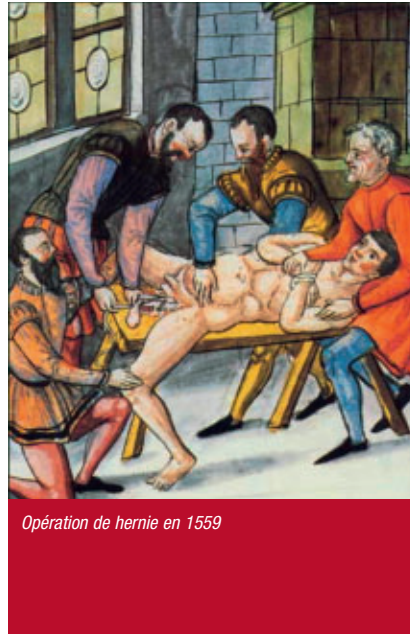
bité, et ayant la responsabilité de l'enseignement. En troisième position se plaçait la catégorie la plus nombreuse, les compagnons ou *massips*, souvent salariés par les maîtres. En dernier se situaient enfin les apprentis qui au terme d'une période plus ou moins longue pouvaient accéder au rang supérieur.

1517. L'Office de Chirurgie et Barberie de Tholoze

Au début du XVI^e siècle les compagnons s'organisèrent eux-mêmes en corporation appelée : *Compagnons de l'Office de Chirurgie et Barberie de Tholoze*. La Faculté de médecine soutint cette création car elle y vit le moyen efficace de contrarier les trop grandes ambitions des chirurgiens de Saint-Côme. Les compagnons élisaient un chef ou abbé, assisté d'un lieutenant et de quatre conseillers, pour régir leur confrérie et faire observer les statuts. Ils assistaient aux lectures et à des démonstrations anatomiques faites sur des cadavres, probablement avec plus d'assiduité que les écoliers en médecine. Tout nouveau venu ou *bejaulne* devait choisir deux parrains et payer une collation à la compagnie. Au musée Paul Dupuy est conservé le recueil de vingt quatre portraits et armoiries des maîtres-chirurgiens, ouvert en 1634. Chaque portrait peint à l'huile sur des feuilles de parchemin porte le nom du maître-chirurgien, celui de la ville dont il est originaire, la date de sa promotion et son âge.

1554. Les premiers chirurgiens de l'Hôtel-Dieu

Cette nouvelle « confrérie » allait prendre une place importante dans le service des hôpitaux qui, à vrai dire, n'attirait pas beaucoup les docteurs-régents (professeurs) de la Faculté. Les chirurgiens, par contre, étaient très intéressés par un poste qui leur permettait d'obtenir le titre de « maître-chi-



Opération de hernie en 1559

urgien », après huit ou dix ans de service hospitalier, et de s'installer ensuite en ville, sans payer de taxes. Le premier poste fut créé en 1554. Dès 1558, le Conseil de l'Hôtel-Dieu autorisa le chirurgien De Burat à prendre un apprenti auquel il devait enseigner l'art de la chirurgie. En 1575, il y avait à l'Hôtel-Dieu un intendant en chirurgie et un chirurgien-major gagnant maîtrise, en quelque sorte un interne en premier. Plus tard le chirurgien fut tenu de faire coucher dans les salles des blessés deux aides pour secourir les malades. C'était les toutes premières gardes... L'intendant en chirurgie devait venir deux fois par semaine à l'heure des pansements *pour examiner les plaies, la manière dont elles étaient pansées et communiquer ses lumières au chirurgien*. Il pouvait tenir boutique ouverte dans une maison appartenant à l'Hôtel-Dieu, dans le quartier Saint-Cyprien et travailler en tant que chirurgien à la ville comme à la campagne pourvu que le service des malades n'en souffre pas. Toutefois pour pratiquer l'opération de la

Pierre (extraction d'un calcul vésical), le barbier-chirurgien laissait la place à un lithotomiste pensionné par la ville. C'était en effet une institution toulousaine originale que de rétribuer un chirurgien chargé de soigner gratuitement les pauvres et les besogneux qui souffraient de la maladie de la pierre, affection suffisamment répandue pour justifier un tel service.

1743. Un choix obligatoire : la barberie ou la chirurgie ?

L'enseignement de la chirurgie fit au XVIII^e siècle des progrès remarquables. Auparavant en août 1604, le roi Henri IV pour améliorer le niveau des études médicales, avait créé à Toulouse une troisième chaire d'enseignement de la chirurgie et de la pharmacie. Le titulaire Jean de Queyrats avait eu beaucoup de mal à se faire admettre par ses collègues. A Toulouse, en 1731, le conseil de l'Hôtel-Dieu autorisa un chirurgien à faire un cours d'anatomie, mais en 1705 une chaire d'Anatomie-Chirurgie avait été créée et donnée à Jean-Joseph Courtial. L'ordonnance royale du 23 avril 1743, allait marquer une étape décisive dans la reconnaissance officielle des chirurgiens. Elle était la récompense des premiers travaux de l'Académie de Chirurgie. Elle séparait nettement le corps des *barbiers-perruquiers-baigneurs-étuvistes* du corps des chirurgiens auxquels étaient désormais interdites les ressources lucratives de la *barberie*. Il fallut donc choisir... Il est probable que beaucoup de barbiers-chirurgiens hésitèrent longtemps ! Mais ce choix obligatoire permit aux chirurgiens « volontaires » de se détacher enfin de la *barberie* pour rejoindre le corps médical. Toutefois ce n'est que cinquante ans après, en 1794, que les médecins et les chirurgiens furent enfin « regroupés » par un même diplôme, lors de la réforme présentée par Fourcroy et Chaussier. ■

Pr. Jacques Frexinos