

le journal

les infos trimestrielles pour le personnel du CHU



Édito

Par **Christiane Coudrier**, directeur général du CHU de Nantes

8 225 équivalents temps plein (ETP) au 31 mars 2011, contre 8 140 en mars 2010 (soit 85 d'écart) : le plan d'accompagnement de la mise à plat des effectifs est en marche. Cet ajustement des effectifs va de pair avec les réorganisations qui sont en cours : l'amélioration de l'articulation des organisations médicales et soignantes et le travail sur les fonctions logistiques et de support, en plus de celui sur la gestion des ressources humaines, sont indispensables pour améliorer tout autant les conditions de travail et la prise en charge des patients. C'est une démarche longue dont les fruits se font encore attendre dans certains secteurs : les cadres ont exprimé les difficultés rencontrées, la direction générale les reconnaît et a la volonté de les surmonter. Le directoire s'implique aussi dans la gestion de ce dossier et le suit avec attention.

Le retour progressif à l'équilibre financier et le très bon niveau d'activité du CHU nous permettent de travailler sur nos projets à plus long terme. Les groupes de travail du projet médical - projet Île de Nantes ont bien avancé : les futurs pôles hospitalo-universitaires se dessinent, les premières actions sont mises en œuvre (voir page 9) et le programme technique détaillé a été terminé dans les délais.

Suite à la rencontre avec le ministre de la Santé en mars dernier, le CHU attend désormais le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), prévu pour le 31 mai. Si le projet médical prépare l'Île de Nantes, il doit aussi avoir des effets à plus court terme : gestion des lits, réorganisation des blocs opératoires, préparation du plateau ambulatoire... C'est l'hôpital du XXI^e siècle que nous dessinons aujourd'hui.

Sommaire

3 à 7. actualités

8 à 11. institutionnel

Certification V2010

Projet médical

Évaluations des pratiques professionnelles

11. recherche-innovation

12. organisation-ressources humaines

13. métier

Agent de sûreté

14. culture

Les nouveaux partenariats

15. rétrospective



Information patients

Un nouveau livret d'accueil

Le nouveau livret d'accueil du patient est arrivé avec un format, une maquette et des contenus entièrement revus.

Plus petit, plus maniable et plus pratique pour le patient, le nouveau livret d'accueil vient d'être entièrement revu. Dans une maquette plus aérée et plus claire, en accord avec notre charte graphique, le contenu, allégé, va à l'essentiel des questions que se pose le patient. Un travail photographique réalisé de concert avec certains services de l'hôpital, permet de mettre en exergue les professionnels qui y travaillent et donne une vision plus concrète du lieu d'hospitalisation.

Le livret se compose de six grands chapitres : repères sur le CHU (missions, organisation, présentation des établissements), admission et sortie (admission, frais d'hospitalisation, sortie), séjour (accueil dans le service, l'équipe qui vous prend en charge, vie quotidienne, aide et accompagnement), hygiène et sécurité (lutte contre les infections nosocomiales, consignes spécifiques), droits et information (démarche qualité, dossier médical, personne de confiance, directives anticipées...), règlements, chartes des patients.

Les patients pourront y puiser de quoi comprendre leur séjour à l'hôpital et leurs droits. Il doit leur être remis systématiquement dès l'admission, accompagné du questionnaire de sortie et de l'enveloppe.

Le livret d'accueil fait partie de la démarche qualité du CHU. Cet outil doit permettre à chaque professionnel d'améliorer ses échanges avec le patient et de répondre aux aspirations légitimes des malades accueillis et de leurs proches.

Le circuit de commande reste le même que pour la précédente édition (s'adresser aux magasins centraux).

Un livret pour les stagiaires en services de soins

Dans le même esprit et suivant également les préconisations de la charte graphique récemment instaurée, un livret d'accueil des stagiaires en services de soins est désormais à votre disposition.



L'agenda...

6 mai 2011

Journée d'information sur l'insuffisance cardiaque. Porte-ouverte du réseau Respecti-cœur et conférence.
Hôpital Nord Laënnec, de 10h à 17h.

12 mai 2011

Journée nationale sur l'hygiène des mains. Stands d'information.
Halls des établissements du CHU.

19 mai 2011

Journée nationale de dépistage du mélanome. Consultation anonyme et gratuite pour le personnel hospitalier.
Service de santé au travail, le Tourville, De 9h à 12h et de 14h à 17h.

du 18 au 20 mai 2011

39^{es} assises nationales des sages-femmes. Cité des congrès.

du 19 au 21 mai 2011

57^e congrès de la société francophone de médecine et de chirurgie buccale.
Faculté d'odontologie.

19 mai et 21 mai 2011

Prévention et dépistage du Sida et des hépatites par le centre fédératif de prévention et de dépistage du CHU.
Place du Change, Nantes (19 mai)
Place Royale, Nantes (21 mai)

20 et 21 mai 2011

Journée des lactariums de France.
Institut de recherche thérapeutique.

26 mai 2011

Conférence-santé : "fin de vie, quel choix ?"
Amphithéâtre Paul-Lemoine, hôpital mère-enfant. À partir de 18h30.

31 mai 2011

Journée régionale d'accompagnement en soins palliatifs sur le thème : "urgences et soins palliatifs".
Centre de congrès d'Angers

6 juin 2011

Colloque Imad sur "les maladies de l'appareil digestif, de la clinique à la recherche". Cité des congrès.

16 juin 2011

Concert "quatuor à cordes et hautbois", par l'Orchestre national des Pays-de-Loire.
Salle du réfectoire, bâtiment Providence, hôpital Saint-Jacques. À partir de 14h30.

24 juin 2011

Concert fête de la musique de l'orchestre classique du CHU, à 16h.
Hall de l'hôpital Nord Laënnec.



Atelier d'éducation thérapeutique polyarthrite rhumatoïde



Éducation thérapeutique 29 programmes autorisés

L'agence régionale de santé vient d'autoriser 29 programmes d'éducation thérapeutique du CHU de Nantes répondant au cahier des charges défini nationalement.

Exemple

Le service de rhumatologie propose aux personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde des ateliers individuels et collectifs, sous l'égide d'une infirmière de consultation coordinatrice, un médecin spécialiste, une association de patients, des professionnels formés à l'éducation thérapeutique (assistante sociale, diététicienne, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue, podologue...): vivre avec mon traitement; connaissance de la maladie; vie sociale et maladie; diététique; ergonomie et mobilité; estime de soi.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'entend comme « un processus de renforcement des capacités du malade et de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le patient plus autonome afin qu'il devienne acteur de sa prise en charge, tout au long du projet de soins, pour disposer d'une qualité de vie la plus acceptable possible ».

Une unité transversale en soutien

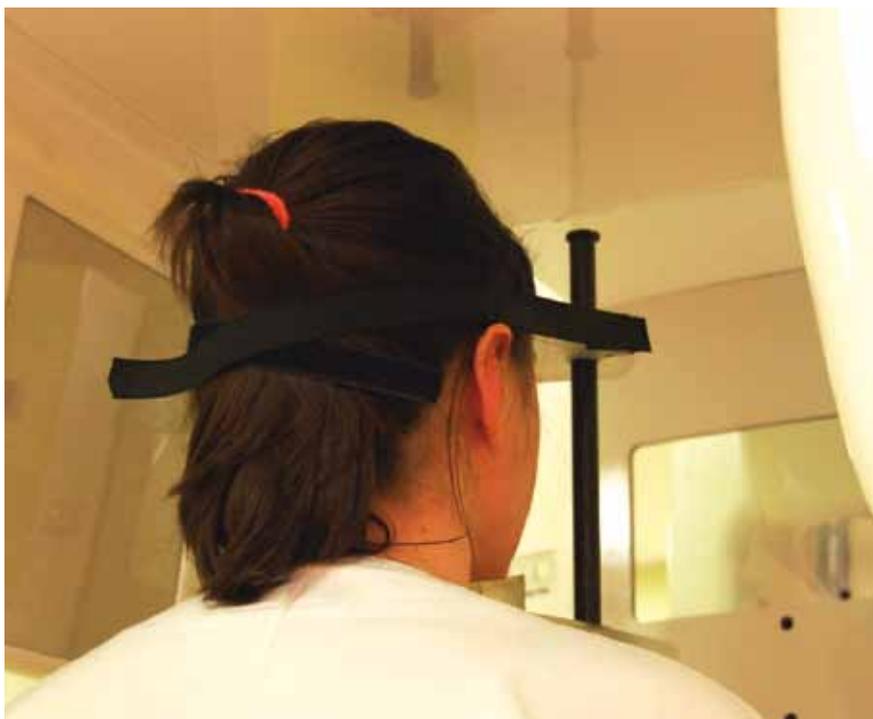
La loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) intègre l'éducation thérapeutique dont le financement par l'agence régionale de santé (au titre des missions d'intérêt général - Mig) est désormais conditionné* par l'adéquation des programmes à des règles précises. L'agrément des programmes conditionne le financement de l'ETP (auparavant accordé sur simple déclaration) à hauteur de 250 € par patient et par an. En 2010, environ 2700 patients en ont bénéficié.

Pour aider les nombreux services ayant instauré de longue date des programmes théra-

peutique à remplir le dossier destiné à valider leur conformité au cahier des charges national, le CHU a créé une unité transversale d'éducation thérapeutique (Utet) placée sous la responsabilité du Dr Leïla Moret, au sein du pôle d'information médicale et santé publique.

L'Utet, qui a élaboré un guide de remplissage du dossier-type, intervient en soutien aux coordonnateurs des programmes pour la constitution de leur dossier, qui doit notamment inclure les attestations de formation et séminaires en éducation thérapeutique des intervenants. Sur la centaine de demandes d'autorisation déposées dans la région, 95% ont été acceptés, dont 29 émanent du CHU de Nantes. Infection par le VIH, diabète, mucoviscidose, allergies alimentaires, dermatite atopique... sont quelques-unes des pathologies concernées. Les projets de programmes d'éducation des patients atteints de céphalées chroniques rebelles, parodontite chronique, porteurs d'une stomie ou sous antivirus K seront déposés avant l'été. Un bilan sera systématiquement effectué trois mois après la date de démarrage des programmes.

*décret du 2 août 2010



Équipements de pointe

Un cone beam en imagerie

Depuis le mois de mai 2010, le service d'imagerie est équipé d'un nouvel outil d'imagerie médicale trouvant de multiples applications dans l'évaluation des structures dento-maxillaires et faciales.

Depuis le mois de mai 2010, le service d'imagerie est équipé d'un *cone beam*, appareil de tomographie volumique numérisée par faisceau conique : un nouvel outil d'imagerie médicale trouvant de multiples applications dans l'évaluation des structures dento-maxillaires et faciales.

Plus précis qu'une radiographie panoramique et moins irradiant que le scanner classique, le *cone beam* réalise des clichés des tissus minéralisés du crâne (os et dents) dans tous les plans de l'espace, offrant la possibilité d'une reconstruction informatique en trois dimensions. Il utilise un faisceau conique ouvert qui lui permet de balayer l'ensemble du volume à radiographier en un seul passage, à l'inverse du scanner traditionnel qui pour sa part effectue des coupes linéaires par de multiples rotations.

Entre panoramique et scanner

Ce nouvel appareil offre donc une résolution d'image supérieure à celle du scanner et permet d'identifier fractures, kystes, lésions osseuses ou corps étrangers. L'appareil a cependant ses limites, il ne permet pas notamment de mesures de densité ni d'examen des tissus mous.

Sa dosimétrie (exposition aux rayons ionisants) se situe globalement entre celle du panoramique et celle du scanner traditionnel, avec des doses pouvant varier de 1,5 à 12 par rapport au scanner et de 4 à 42 par rapport au panoramique en fonction des appareils et de la résolution utilisée. C'est pourquoi le panoramique reste privilégié en première intention, tandis que, selon les recommandations de la haute autorité de santé, le *cone beam* est indiqué dans certains cas précis en implantologie dentaire, en endodontie, en chirurgie buccale, en chirurgie maxillo-faciale et traumatologie, en orthopédie dento-faciale.

ORL, orthopédie et recherche

Enfin des études montrent la faisabilité d'examen des sinus ou de l'appareil auditif en ORL ou encore en orthopédie pour certains examens articulaires du poignet ou de la cheville : la disponibilité de l'appareil vient compenser un fonctionnement et une configuration peu adaptés.

Le *cone beam* permet aussi de développer des programmes de recherche dans le domaine des tissus de soutien et des tissus osseux.

Guides chirurgicaux

Si elle n'apporte pas de réel avantage en terme de diagnostic, la modélisation en trois dimensions peut permettre l'élaboration de guides chirurgicaux. Assisté par informatique, le praticien va ainsi créer avec précision un dispositif permettant, dans le cas de l'implantologie, de fixer la prothèse dentaire en tenant compte de la morphologie du patient, comme par exemple dans le cas d'une masse osseuse réduite.

Nouvelle salle de stéréotaxie Une étape importante en neurochirurgie

La nouvelle salle de stéréotaxie du service de neurochirurgie permet une considérable amélioration des conditions opératoires et post-opératoires pour la pose d'électrodes de stimulation dans le cerveau.



La nouvelle salle de stéréotaxie du bloc de neurochirurgie de l'hôpital Nord Laënnec vient d'ouvrir et le premier patient a été opéré le 20 décembre 2010. « Cette première intervention a marqué une étape importante dans l'évolution de notre technique stéréotaxique, explique le Pr Jean-Paul Nguyen, chef de service de neurochirurgie, puisqu'il s'agissait de passer d'une technique de repérage ancienne, la ventriculographie, à une technique qui repose essentiellement sur l'IRM, permettant de repérer directement les cibles. En effet, les principales cibles où l'on veut positionner une électrode de stimulation pour traiter les mouvements anormaux (maladie de Parkinson et dystonie) sont le noyau sous thalamique et le pallidum interne bien visibles en IRM sur des séquences appropriées. Il est très important de pouvoir contrôler la trajectoire de l'électrode en radiologie classique per

opératoire. Dans ce domaine l'installation classique de téléradiographie (tubes orthogonaux à cinq mètres du film) a été remplacée par des capteurs plans qui permettent d'obtenir un résultat au moins équivalent, en terme de déformation d'image, mais avec des distances beaucoup moins contraignantes entre le tube et le capteur (3,5 m de profil et 2,5 m de face) compatibles avec une salle d'opération de dimension standard ».

Cette nouvelle procédure permet un ciblage bien plus précis avec comme conséquences une intervention plus courte et plus confortable pour le patient et probablement moins de complications infectieuses. De plus, l'abandon de la ventriculographie supprime un temps opératoire, ce qui permettra de réduire notablement la durée moyenne de séjour de ces patients.

Neurostimulation sacrée contre l'incontinence anale Pose du centième « pacemaker »

Depuis 2003, 100 dispositifs de neurostimulation sacrée ont été implantés à l'institut des maladies de l'appareil digestif. Une nouvelle solution contre l'incontinence anale.



Bien que prometteuse, cette nouvelle technique ne fonctionne pas dans 10% à 20% des cas, lorsque la pathologie ne provient pas du système nerveux ou que celui-ci est trop entamé par la maladie.

Pathologie méconnue car souvent taboue, l'incontinence anale affecte pourtant 2% à 10% de la population adulte en France. Si des traitements existent, ils restent malgré tout limités face à un problème de santé publique de cette ampleur. C'est pourquoi des solutions nouvelles sont à l'étude notamment dans le domaine de la chirurgie dite mini-invasive.

Depuis 2003 ce sont ainsi 100 dispositifs de neurostimulation sacrée qui ont été implantés chez les patients du Pr Paul-Antoine Lehur et du Dr Guillaume Meurette à l'institut des maladies de l'appareil digestif du CHU de Nantes. À l'origine mise en place pour l'incontinence urinaire, cette technique apparue en 1995 n'est encore que très peu pratiquée dans le cadre de l'incontinence anale. Elle consiste en la stimulation des nerfs situés au niveau du sacrum pour agir sur toute la zone du petit bassin (anus, rectum

et sphincter) diminuant ainsi immédiatement l'incontinence.

L'intervention réalisée sous anesthésie locale se déroule en deux phases: dans un premier temps, une électrode est implantée par voie percutanée et reliée à un boîtier temporaire afin de tester l'efficacité du dispositif. Dans le cas d'une réduction significative des épisodes de fuite d'au moins 50 %, l'électrode sera dans un second temps reliée à un « pacemaker » définitif implanté dans une loge sous-cutanée au-dessus de la fesse.

Encore à l'étude, cette technique aux résultats encourageants pourrait à l'avenir être proposée plus largement aux patients dont les traitements de première intention ne se sont pas avérés concluants.

En mission humanitaire pendant l'épidémie Sébastien a travaillé un mois en Haïti

Sébastien Jouatel, 29 ans, infirmier diplômé depuis 2003, travaille depuis trois ans et demi dans le service de médecine polyvalente d'urgence. Il a passé en janvier quatre semaines en Haïti dans le cadre d'une mission humanitaire. Récit.

« Dans le cadre d'un partenariat entre le CHU et Médecins du monde, je suis parti le 1^{er} janvier, avec dans mes bagages 10 kilos de cathéters, pour participer à la lutte contre l'épidémie de choléra en Haïti. L'arrivée à Port-au-Prince a été un choc. La situation y est catastrophique, on n'y circule pas à pied sans escorte, les gens sont toujours sous des tentes, un an après...

Je n'ai passé qu'une journée dans la capitale, le temps de visiter un centre de traitement du choléra, avant de partir pour Jérémie, où je devais superviser les équipes de quatre centres – situés à une heure, une heure et demie de distance les uns des autres –, soit une centaine de personnes : organisation du personnel, du centre, notamment la gestion des lits, formation des chefs d'équipe, mise en place de protocoles, affectation du personnel selon les patients... Je m'occupais aussi de la

partie administrative : classement des dossiers, statistiques, demandes de fonds... J'étais avec un infirmier en mission à long terme. Nous organisons des réunions hebdomadaires autour des problèmes et des protocoles à retravailler, en incitant toujours les gens à réfléchir et trouver les solutions eux-mêmes.

Le choléra est surtout dangereux par la déshydratation qu'il provoque. Le soigner n'est pas difficile, c'est vraiment l'organisation et l'information sur les règles d'hygiène et de prévention qui sont importantes. Le plus dur a été d'être confronté à des situations difficiles, il a fallu s'adapter à une autre culture, un travail différent... Je n'ai pas beaucoup profité des magnifiques plages voisines, mais c'était passionnant de découvrir le travail avec une ONG, et très gratifiant de pouvoir me rendre utile là-bas avec mon métier ».



Sébastien avait déjà, précédemment, participé à une mission humanitaire au Bénin, pendant ses congés. Cette fois, il a pu partir dans le cadre de son emploi, "comme pour une formation".

Pour une meilleure prise en charge Guide de la personne hémiparétique

Un livret élaboré par le service de médecine physique et de réadaptation neurologique rappelle les bonnes techniques de prise en charge du patient hémiparétique.

L'unité des personnes cérébro-lésées (2^e Nord) du service de médecine physique et de réadaptation neurologique de l'hôpital Saint-Jacques a constaté une incidence anormalement élevée de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du membre supérieur chez les personnes hémiparétiques hospitalisées. La prévention de ce syndrome est nécessaire pour augmenter la probabilité d'amélioration des capacités fonctionnelles du patient.

Contentions, installation, manutention

En plus d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les professionnels médico-soignants du pôle MPR, un groupe de travail pluridisciplinaire et ouvert s'est constitué. Il comprend des intervenants du plateau technique (médecins MPR, kinési-

thérapeute, ergothérapeute, etc.) et des membres de l'équipe d'étage (cadre de santé, infirmiers, aides-soignants).

Des travaux de ce groupe sont issus des outils pour l'amélioration des pratiques professionnelles. Parmi eux, le livret mémo à l'usage des équipes soignantes, « Les bonnes pratiques d'installation et de manutention ». Il reprend les thèmes abordés lors des staff-EPP :

- contentions et immobilisations du membre supérieur hémiparétique ;
- installation au lit, au fauteuil roulant, à la toilette, au repas ;
- manutention du patient hémiparétique.

Une présentation de ce travail sera réalisée dans les différentes unités du pôle MPR, suivie d'une distribution du livret afin que chaque professionnel prenant en charge des patients hémiparétiques puisse s'y référer.



L'information en amont

L'équipe se rendra également dans les services en amont (hôpital Nord Laënnec et hôtel-Dieu) afin de sensibiliser ses collègues de la filière neurovasculaire.

Le CHU certifié sans réserve Un nouveau programme qualité

La Haute Autorité de Santé a prononcé le 6 décembre dernier la certification V2010 – sans réserve – de l'établissement, assortie de cinq recommandations qui guideront notamment l'élaboration du nouveau programme pluri-annuel qualité-risques-évaluation.



Cinq recommandations :

- prise en charge de la douleur en santé mentale ;
- gestion du dossier patient en MCO et SSR ;
- identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge MCO-SM-SSR-SLD-HAD ;
- démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient MCO-SM-SSR-HAD ;
- mise en œuvre des démarches EPP (RMM).

Des plans d'actions sont déjà définis et en cours de mise en œuvre. Au vu des résultats obtenus en fin d'année, la HAS pourra décider de la levée des recommandations.

Infos...

Le Dr Hélène Abbey est désignée comme coordonnateur des risques associés aux soins. Son rôle : proposer, hiérarchiser et coordonner les différents experts-risque concernés et le programme d'actions ; élaborer des indicateurs de suivi du programme et un bilan annuel.

La visite des experts de la Haute Autorité de Santé s'est achevée le 18 juin 2010 au terme de 70 parcours de soins dans les services et de 40 rencontres avec les instances, les professionnels du CHU et les représentants des usagers. Les experts ont investigué 24 critères tirés au sort et les 13 pratiques prioritaires du référentiel HAS. La concordance des constats effectués lors de la visite leur a permis de valider l'ensemble des cotations des 83 critères de l'auto-évaluation du CHU. Ils ont d'ailleurs souligné unanimement la qualité et la sincérité de l'auto-évaluation du CHU.

Le 6 décembre 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) a prononcé la certification de l'établissement. Ce très bon résultat, puisque c'est la 1^{re} fois que le CHU est certifié sans réserve, est à mettre au crédit de tous les professionnels engagés dans la démarche qualité et sécurité du CHU.

Le programme pluri-annuel qualité risques évaluation (PPQRE)

Les exigences fixées par le référentiel HAS, le niveau des indicateurs obligatoires nationaux et les obligations légales et réglementaires (notamment celles concernant la gestion des risques) constituent le cadre dans lequel s'inscrivent les nouvelles priorités du programme pluri-annuel qualité-risques-évaluation (PPQRE). Ce dernier définit, pour les quatre années à venir, l'engagement de la direction et de la communauté médicale et soignante mais également le rôle de chacun dans le déploiement, le suivi et l'évaluation de la politique qualité et sécurité des soins du CHU.

La mise à jour – en cours – du PPQRE, l'un des éléments du projet d'établissement, permet la mise en cohérence de ce dernier avec le projet médical et le projet de soins. Ses objectifs seront déclinés dans les contrats de pôles pour une application concrète auprès des patients.

La politique qualité risques évaluation, également réajustée en fonction des résultats de la mesure de la satisfaction des patients, prend aussi en compte les recommandations de la commission de relations avec les usagers (CRU). Cet engagement s'articulera de 2011 à 2014 autour de cinq priorités :

- la prise en charge des patients : objectifs de pratiques ;

- la satisfaction des patients ;
- la gestion des risques et la sécurité des activités ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et les démarches de certification ;
- la gestion documentaire.

À l'issue de la troisième procédure de certification, de nouveaux plans d'action doivent notamment répondre aux cinq recommandations formulées par la HAS dans sa décision :

- prise en charge de la douleur en santé mentale ;
- gestion du dossier patient en MCO et SSR ;
- identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge MCO-SM-SSR-SLD-HAD ;
- démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient MCO-SM-SSR-HAD ;
- mise en œuvre des démarches EPP (RMM).

Le PPQRE a été présenté au copil qualité-risques évaluation et validé par la commission médicale d'établissement et le directoire.

De nouvelles instances pour la gestion de la qualité et des risques

La loi HPST et ses décrets d'application ont prévu de responsabiliser les établissements de santé sur un programme d'actions d'amélioration de la qualité et de coordination des risques associés aux soins.

Il vise à médicaliser les plans d'actions, responsabiliser les professionnels et développer la culture de risque, et enfin prioriser les actions et évaluer leur mise en œuvre notamment à l'aide d'indicateurs nationaux rendus publics.

Pour répondre à ces enjeux, le règlement intérieur du comité de pilotage (copil) qualité-risques-évaluation a été revu. Ce copil propose le programme pluriannuel qualité-risques-évaluation du CHU, assure le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions annuels pour répondre aux priorités du programme pluriannuel qualité risques évaluation, adopte un programme d'évaluation et suit les indicateurs associés.

Pour assister le copil et la CME, deux comités ad hoc, un comité de la coordination des risques associés aux soins et un comité de l'évaluation ont été créés et assisteront le copil et la CME dans le suivi et l'évaluation des plans d'actions annuels du CHU.

[Détails sur l'intranet pôles et directions > Durq > certification](#)

Point d'étape sur le projet médical

Depuis fin 2010 les groupes de travail formalisent les axes du projet médical. La validation est prévue pour juin 2011. En attendant une présentation exhaustive, voici un point d'étape, action par action.

1. déclinaison du projet médical dans les pôles

Le CHU se prépare à passer des pôles aux pôles hospitalo-universitaires, pour s'appuyer à terme sur des structures ayant une taille critique plus adéquate face aux enjeux sur les plans de la recherche, de l'organisation des soins et de la gestion. Des médecins préfigurateurs, missionnés par le directoire, travaillent avec les chefs de pôle et les directeurs de plate-forme sur la définition des périmètres et la préparation des projets médico-scientifiques des futurs pôles.

2. aider à la mise en œuvre de nouvelles organisations internes – aider au développement des outils de gestion et à la contractualisation

Suite à un état des lieux sur le management des pôles et sur les relations entre pôles fonctionnels, directions de plate-forme et pôles de soins, les enjeux ont été listés : responsabiliser les acteurs de proximité (chefs de service et cadres de proximité) ; définir un schéma de gouvernance clair et structuré, renforcer les compétences du pôle (gestion/management/pilotage) ; recentrer les cadres supérieurs de pôles sur le management et le soin ; penser de nouveaux métiers ou organisations pour accompagner le pôle dans ses missions ; formaliser la gestion de projet entre pôles et directions fonctionnelles.

3. développer les relations entre le CHU et ses prescripteurs et optimiser l'organisation des secrétariats médicaux

Réorganisation de l'encadrement, désignation de secrétaires référentes, renforcement des moyens en personnels : les actions ont été nombreuses et efficaces, beaucoup de difficultés ont été aplanies ces derniers mois. Il reste à travailler sur le retour rapide des comptes-rendus : le CHU souhaite être accompagné dans la réalisation de cet objectif qui passe par la mise au point de documents médicaux simples et rapides d'utilisation, efficaces et adaptés à leur destination puis par leur déploiement dans les pôles cliniques. L'appel d'offres a été lancé.

4. améliorer la chaîne de traitement de l'information médicale

De nouvelles modalités de codage sont actuellement expérimentées en pneumologie, neurologie et cardiologie. Objectif : mesurer la qualité de codage et de valorisation, le coût de l'organisation et l'impact d'une éventuelle généralisation de l'une des solutions testées.

5. gestion des lits

Une cellule d'ordonnancement sera chargée de

la programmation de chaque étape de la prise en charge, depuis la consultation ayant donné lieu à une hospitalisation jusqu'à la sortie du patient. Une réflexion sur le système d'information et les outils de planification doivent aussi être menés dans ce sens.

6. organisation des blocs opératoires

Suite à un séminaire du CRBO* en février 2011, des groupes de travail thématiques travaillent jusqu'en septembre 2011 sur dix objectifs :

- évaluer la logistique des transferts ;
- évaluer l'implantation des activités ;
- élaborer les vacations Stont Urodig* HME ;
- élaborer les nouvelles maquettes de fonctionnement ;
- élaborer et mettre en œuvre les nouvelles modalités de management ;
- élaborer des processus cibles ;
- fiabiliser la prestation stérilisation ;
- professionnaliser la gestion des matériels et des dispositifs médicaux ;
- élaborer une politique d'instrumentation ;
- définir les bonnes pratiques de gestion des internes ;
- former les cadres « chefs de bloc ».

7. organisation de l'ambulatoire et des hôpitaux de jour

Une première réunion du groupe de travail a eu lieu le 31 janvier 2011 pour acter les principes généraux d'organisation et de fonctionnement des futurs hôpitaux de jour. Le travail se poursuit avec l'accompagnement de l'Anap*.

8. organisation des consultations et des explorations fonctionnelles

Création du groupe de travail le 30 mars 2011.

9. ordonnancement le circuit du patient

Les objectifs, ambitieux, doivent permettre de résoudre des problématiques communes à tous les services : coordonner tous les acteurs de la prise en charge du patient ; réduire les reports d'intervention par manque de lits ; offrir la possibilité de répondre en temps réel aux demandes d'entrée directe, optimiser le « programmé » pour favoriser l'accueil du « non programmé », simplifier le processus de programmation de prise en charge du patient. La C20A* pilote ce travail ainsi qu'une première expérimentation.

10. coordination des parcours de soins intra et extra hospitalier

L'enquête sur les hospitalisations inadéquates a été réalisée en mars. L'analyse est en cours et sera communiquée prochainement.

Le programme technique détaillé Ile de Nantes

Objectif atteint : les grandes lignes du programme technique détaillé ont été présentées au comité de pilotage du projet Île de Nantes le 24 mars 2011, suite au travail des dix groupes de programmation. Ceux-ci ont défini les besoins de chaque secteur d'activité et étudié des schémas d'organisation ainsi que des listes de locaux proposés par l'cade à partir des réflexions des groupes. Présentation complète dans le journal en juin.

*CRBO : centre de ressources des blocs opératoires

Anap : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

Stont : stomatologie orthopédie neuro-traumatologie

C20A : commission d'organisation et d'optimisation de l'activité.



Évaluation des pratiques professionnelles L'indispensable gestion des événements indésirables

Pratique exigible prioritaire

La certification V2010 impose de fortes exigences relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles. Ainsi, la politique et l'organisation de l'EPP sont l'une des pratiques exigibles prioritaires (PEP). La procédure de certification induit aussi le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité, l'engagement de tous les professionnels, l'obligation de revues de morbi-mortalité dans tous les secteurs à risque (anesthésie-réanimations, chirurgie, oncologie), l'instauration de réunions de concertation pluridisciplinaires dans tous les secteurs de cancérologie, de revues de pertinence des soins, de démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique...

Le signalement des événements indésirables et l'intérêt de leur analyse pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par la mise en place d'évaluations de pratiques professionnelles, étaient au cœur de la journée "EPP" du 6 janvier 2010.

Un patient est victime d'une incidence grave (complications neurologiques post-opératoires) au décours d'une opération complexe sur rachis en correction d'une scoliose structurale idiopathique sévère et évolutive idiopathique.

La revue de morbi-mortalité reprend étape par étape, chronologiquement, les événements survenus depuis l'hospitalisation du patient. L'analyse systémique détaille les facteurs liés au patient (niveau de complexité de l'intervention, âge du patient, entourage...), liés aux acteurs (niveau de formation), au fonctionnement de l'équipe (mise en évidence des éléments médicaux importants du dossier, précision des prescriptions, actualisation des procédures, diffusion des informations...), à l'environnement (autres malades graves présents).

Cette revue et son analyse ont été présentées en équipe, avec un cours «rachis complexes et modes de surveillance des complications neu-

rologiques post-opératoires». Grâce à cette revue morbi-mortalité, un projet d'évaluation des pratiques professionnelles est engagé sur le thème « la place des anticoagulants en post-opératoire après chirurgie rachidienne ».

Cet exemple, étudié lors de la journée d'évaluation des pratiques professionnelles du 6 janvier dernier, illustre la présentation de l'outil "Alarm facile" destiné à analyser les causes profondes des événements indésirables graves.

L'un des nombreux thèmes abordés au cours de cette rencontre professionnelle médico-soignante qui a réuni 130 personnes. « *Un véritable succès, pour Catherine Villatte, coordinatrice générale de soins : En mettant en évidence l'impact sur la qualité et la sécurité des soins, ces échanges autour de l'analyse d'événements indésirables liés aux soins ont été l'occasion d'apprécier l'engagement des professionnels pour l'amélioration de la prise en charge des patients* ».

Infertilité et fécondation in vitro

Le 1^{er} Embryoscope® français à Nantes

Le centre d'assistance médicale à la procréation (AMP) du CHU de Nantes est le premier centre en France à bénéficier du prêt d'un Embryoscope® pour la réalisation d'une étude collaborative internationale.

« Il s'agit d'un équipement révolutionnaire, l'avenir de la reproduction assistée », affirme le Dr Miguel Jean, chef du service de biologie de la reproduction. L'appareil n'est pas impressionnant : un écran d'ordinateur et un incubateur de petite taille sur une simple table de bureau. Mais il ne faut pas s'y fier : l'Embryoscope® est un équipement de très haute technologie qui devrait améliorer les chances de succès des fécondations in vitro (Fiv).

Amélioration de la qualité embryonnaire

« Cette technologie nous permet d'observer l'embryon minute par minute, de la fécondation in vitro au transfert dans l'utérus, ce qui laisse espérer une amélioration substantielle dans les résultats de l'implantation embryonnaire », résume le Dr Jean.

La culture embryonnaire repose sur un principe très simple : plus l'environnement de l'embryon (température, exposition à l'oxygène ou au dioxyde de carbone...) est stable, mieux il se porte et plus son développement est favorisé. Auparavant, tous les soins nécessaires à sa vie imposaient de le sortir de l'univers douillet de son incubateur pour le placer, à intervalles réguliers, sur la platine du microscope. Autant de sources de stress pénalisantes pour son développement. Grâce à l'Embryoscope®, il n'est plus nécessaire de déranger l'embryon : tout se fait à distance, porte fermée, grâce à un système complexe qui allie robotisation, informatique et imagerie de très haut niveau. Ainsi, un microscope est enfermé dans l'incubateur avec l'embryon et permet de visualiser en continu son développement. « Nous souhaitons pour l'instant réserver cette technologie aux embryons les plus fragiles », précise le Dr Jean.



Top ten

Avec chaque année plus de 1 000 tentatives de Fiv et Icsi (fécondation in vitro avec micro-injection), 500 IAC (insémination intra-utérine) et 300 IAD (insémination artificielle avec sperme de donneur) par an, le centre AMP nantais est l'un des dix premiers centres français.

Génétique médicale

Une première en France grâce au séquençage à haut débit

Une étude coordonnée par le Dr Cédric Le Caignec a permis d'identifier grâce à une nouvelle méthode, le séquençage génétique à haut débit, le gène responsable d'une maladie rare.

L'équipe coordonnée par le Dr Cédric Le Caignec, du service de génétique médicale, chercheur à l'Inserm U915 de l'institut du thorax, a trouvé une aiguille dans une meule de foin : parmi plus de 20 000 gènes, elle a identifié celui qui est en cause dans la maladie de Hadju-Cheney : « C'est une pathologie très rare et très invalidante dont est atteint un jeune patient suivi au CHU de Nantes. En nous associant aux équipes de génétique de l'hôpital Necker à Paris et du CHU de Dijon, nous avons pu réunir six familles de malades dont nous avons analysé et décrypté le génome grâce à une technique nouvelle, le séquençage génétique à haut débit, qui nécessite un équipement coûteux et une expertise en bioinformatique ». Un patient travail d'analyse des données a permis de traquer "NOTCH 2", le gène présentant une mutation.

Deux autres maladies génétiques ont déjà été identifiées à l'étranger grâce à cette méthode. En France, c'est une première qui a fait l'objet d'une publication dans *Nature genetics*.

Cédric Le Caignec considère que le séquençage à haut débit « pourrait révolutionner une partie de la médecine. Pour cette recherche, nous avons dû faire appel à une société privée, pour un coût de 5 000 € par patient. Si nous possédions l'équipement et l'utilisions largement, l'examen reviendrait dix fois moins cher et pourrait révolutionner une partie de la médecine en permettant une prise en charge individualisée des patients en fonction de leur "carte génétique" pour établir un diagnostic certain de maladies rares, mais aussi pour connaître leurs prédispositions, prévoir l'évolution, adapter le traitement... ».



La maladie de Hadju-Cheney

ne touche qu'une centaine de familles dans le monde. Elle provoque une acro-ostéolyse : « les os "fondent" », explique le Dr Cédric Le Caignec (en photo ci-dessus).

En prélude à l'emménagement sur le PTMC

La réorganisation des blocs est en cours

Dans l'optique de l'emménagement en 2013 sur le nouveau plateau technique médico-chirurgical (PTMC), une complète réorganisation des blocs opératoires est en cours. Moins de salles, mais une activité repensée à tous les niveaux.

Comité stratégique

Christiane Coudrier,
P^{rs} Gilles Potel, François Guoin,
Paul-Antoine Lehur et
Corinne Lejus.
D^{rs} Éric Bord et Loïc
Le Normand, Stéphane
Guerraud, Hubert Jaspard,
Martine Macé.

Objectifs

préfigurer PTMC ; roder les organisations ; prévenir les risques et promouvoir qualité et sécurité des soins ; améliorer les conditions de travail dans les blocs opératoires ; accompagner l'évolution d'activité

Stéphane Guerraud, directeur de la plateforme 6, est chargé de coordonner la réorganisation des blocs opératoires en vue de l'ouverture du plateau technique médico-chirurgical prévue en 2013. Objectif : préparer le passage de 30 à 22 salles, en augmentant l'amplitude des journées opératoires et en mutualisant certaines ressources. Une gageure dont la préparation minutieuse est en cours depuis plus d'un an. Début 2010, l'accompagnement de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a aidé à déterminer des pistes de travail. Les études réalisées ont été complétées d'un état des lieux approfondi qui a été partagé et présenté aux représentants de l'ensemble des équipes en février 2011. La conduite de ce projet est soumise aux arbitrages d'un comité stratégique. Un groupe projet opérationnel suit l'avancement des travaux. Il est composé de représentants des chirurgiens, des anesthés-

istes, de l'encadrement, la direction du personnel et de la coordination générale de soins. Les chantiers prioritaires ont été définis. Sur la base de deux grands scénarii de vacations opératoires, les organisations de travail seront préparées et formalisées avec les équipes.

Concrètement, l'activité de chirurgie ORL intégrera l'actuel bloc opératoire Stont avant la fin d'année, mais cette fusion s'inscrit dans un projet complet de réorganisation des activités opératoires. La définition de règles de fonctionnement actualisées et partagées, le pilotage très opérationnel et le management des activités sont des priorités inscrites dans la conduite du changement afin de préparer au mieux l'organisation de l'activité sur le futur plateau opératoire. Ce projet constitue donc une étape de la préparation du PTMC et il s'articule pleinement avec les projets institutionnels qui visent à améliorer le parcours du patient à l'hôpital.

Mise à plat des effectifs

Un plan d'accompagnement

La mise à plat n'est pas seulement une affaire d'effectifs, elle concerne aussi les organisations. Un plan d'accompagnement assiste cette nouvelle étape du travail.



Objectifs

Concrétiser la solidarité et la contribution de tous les secteurs et corps de métiers à la performance globale de l'établissement.

Le plan d'accompagnement de la mise à plat des effectifs (Map) établit un lien avec d'autres chantiers engagés dans le cadre du contrat de performance et prépare les futures organisations sur Île de Nantes. Il s'articule autour de trois chapitres :

- **l'articulation des organisations médicale et soignante** pour une meilleure coordination médico-soignante. Un référentiel d'organisation de l'unité de soins est en cours d'élaboration dans deux unités tests (hospitalisation commune tête et cou - pneumologie Sud). Pour garantir sa cohérence avec d'autres chantiers, cette démarche est pilotée par la commission de l'organisation et de l'optimisation de l'activité (C20A) qui validera les référentiels ainsi que la méthodologie de déploiement ultérieur dans l'ensemble des unités de soins.
- **les fonctions logistiques et de support** sont à améliorer pour faciliter le fonctionnement des unités de soins. Après un premier diagnostic, un plan d'action à court, moyen et long

terme sera travaillé conjointement, sur chacun des processus, par la coordination générale de soins, les pôles personnel et relations sociales, technique et logistique, la direction des systèmes d'information et des télécommunications et le pôle pharmacie-stérilisation, en associant responsables des processus et utilisateurs. Parallèlement, la fonction brancardage s'étoffe et se déploie sur les sites de l'hôpital Nord Laënnec et de l'hôtel-Dieu.

- **la gestion des ressources humaines** : de nouvelles procédures ont accompagné la constitution des nouvelles maquettes (gestion de l'absentéisme, des roulements et plannings notamment). Un travail de fond sur la gestion des métiers et compétences complètera ce travail sur les effectifs. Dans l'objectif global d'amélioration des conditions de travail, un plan de prévention des risques psychosociaux sera formalisé, s'articulant avec le plan de prévention des risques professionnels et le document unique.



Jérôme Olivet et l'un de ses collègues

Agent de sûreté

"Gardien de la paix" à l'hôtel-Dieu

Jérôme Olivet, agent de sûreté, connaît l'hôtel-Dieu mieux que personne : ses collègues et lui passent leurs journées et leurs nuits à en arpenter tous les recoins pour veiller à ce que tout se passe bien.

L'appellation officielle est « agent de prévention et de sécurité des biens et des personnes » mais on les appelle couramment « agents de sûreté ». Souvent confondus avec les agents de sécurité qui s'occupent du risque incendie, eux sont là pour éviter les dégradations, sabotages, vols et agressions, veiller globalement au maintien de la sérénité des lieux.

D'abord médiateurs

Jérôme Olivet a intégré en 2006 l'équipe du service sûreté du CHU, qui compte actuellement 16 agents et deux responsables. Par équipes de trois, ils sont à pied d'œuvre 24 heures sur 24, par vacations de douze heures, de 7h à 19h et de 19h à 7h. « L'un d'entre nous assure une permanence dans la guérite à l'entrée principale pour gérer le trafic des véhicules entrant et sortant. Les deux autres, lorsqu'ils ne sont pas appelés, font des rondes, vérifient qu'il ne se passe rien d'anormal et interviennent si c'est le cas... Nous devons passer partout au moins une fois par jour ».

Les agents de sûreté sont parfois appelés par erreur : « Lorsqu'on ne sait pas vers qui se tourner, on compose le 17 ! Une fois, on m'a appelé parce que Clinicom était en panne... En revanche, lorsqu'une situation tendue nécessite l'intervention d'un médiateur, il ne faut pas hésiter à nous appeler très vite, avant que la situation dégénère. Nous préférons nous déplacer pour rien plutôt qu'être obligés de faire face à une agression physique, ce qui n'est pas normalement notre rôle. ». Les urgences sont leur destination la plus fréquente : « Douleur, tension, panique et attente engendrent l'énerverment, voire l'agressivité. Quand on arrive aux urgences, on n'est forcément pas dans son état normal. Et le dimanche entre 5h et 9h, les soirées qui finissent mal amènent aussi des gens alcoolisés... Il nous revient de tempérer, désamorcer... ».

Lorsqu'ils ne cavalent pas d'un bout à l'autre du site qu'ils connaissent comme leur poche, les agents de sûreté assurent aussi la partie administrative de leur travail : tracer toutes leurs interventions et tâches.

Un PC sûreté fin 2011

Même s'il a de nombreux aspects positifs (aide, relations publiques...), ce métier comporte des risques, c'est pourquoi des améliorations sont en cours : formations, contrôle d'accès, vidéo-protection, réactualisation et mise à jour de procédures. La création d'un PC sûreté en fin d'année 2011 complètera la sécurisation de l'ensemble du site.

Contact sûreté : 17



Jean Lecointre - exposition Le lieu unique

Personnels et patients

Si la culture au CHU de Nantes se porte bien, c'est avant tout grâce à l'investissement de nombreux professionnels de l'hôpital qui, chacun à sa place, contribuent au succès de ces manifestations. Ainsi le personnel des cuisines de l'hôtel-Dieu, qui régulièrement dispose quelque 900 cartons d'invitation sur les plateaux repas des patients, ceux du service déménagement qui installent la scène des concerts ou ceux qui participent aux orchestres hospitaliers et à l'association Art'Hop !

Mais ce sont finalement les malades qui donnent du sens à ces actions culturelles, en trouvant le courage physique et intellectuel de participer à ces manifestations et en manifestant un esprit de curiosité qui leur permet de profiter d'une hospitalisation pour découvrir le travail d'artistes reconnus.

Lieu unique, Onyx, Pannonica

Les nouveaux partenariats

Après l'orchestre national des Pays de la Loire, les festivals des 3 continents, "Aux heures d'été" et "Les rendez-vous de l'Erdre", trois nouvelles structures enrichissent l'offre culturelle du CHU.

Les difficultés d'une politique culturelle dans un hôpital ne sont finalement pas très éloignées de celles de structures plus classiques. Le CHU de Nantes mise sur les partenariats avec les salles ou festivals de l'agglomération pour un rapprochement culturel ville-hôpital. Structures et artistes participants acceptent de jouer le jeu qui consiste à adapter leur travail aux attentions particulières que requiert le public hospitalisé, fragilisé par la maladie. En plus de l'orchestre national des Pays de la Loire, des festivals des 3 continents, "aux heures d'été" et "les RDV de l'Erdre", trois structures viennent permettre au CHU de Nantes d'élargir son offre culturelle.

Le lieu unique

Les expositions du vidéaste Pierrick Sorin et de Jean Lecointre, artistes atypiques de la scène graphique contemporaine, ont initié une collaboration avec la programmation "arts plastiques" du lieu unique. Elle s'est poursuivie avec une programmation musicale, celle d'Emmanuelle Parrenin, venue en concert au CHU le 13 avril dernier à l'occasion de sa résidence au lieu unique. Cette musicienne, figure fondatrice de la scène folk en France, chante et joue avec des très anciens instruments : la vielle à roue, le

piano à pouces, l'épINETTE des Vosges... À l'issue du concert un échange passionnant s'est construit avec le public, curieux de son travail.

Onyx

L'établissement public de coopération culturelle de Saint-Herblain s'engage avec le CHU dans un projet danse. La chorégraphe Geneviève Pernin interviendra à l'hôpital Nord Laënnec en novembre prochain dans les chambres des patients, avec son spectacle "si vous avez 5 mn, je viens danser rien que pour vous", en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire pour des patients transplantés et dans le service d'endocrinologie pour des patients anorexiques.

Le Pannonica

La salle nantaise de musiques actuelles du quartier Talensac interviendra en complément du festival des rendez-vous de l'Erdre sur le volet jazz de la programmation du CHU. Le Pannonica a déjà proposé aux patients de l'hôtel-Dieu un premier concert de Philippe Lemoine quartet le jeudi 14 avril dernier. Et l'orchestre jazz du CHU sera sans doute programmé au Pannonica dans le cadre de scènes ouvertes.



Aide humanitaire

6 novembre

Une ambulance récupérée à l'hôpital Saint-Jacques, remise en état, chargée de matériel médical équipe désormais le dispensaire de Badinko grâce à l'association "Les amoureux du désert".



Salon formathèque

20, 21, 22 et 23 janvier

Le département des instituts de formation (Dif) du CHU participait au salon formathèque qui s'est déroulé au parc des expositions de la Beaujoire à Nantes.



Intubation difficile

13 janvier

Une formation étonnante a permis à des médecins anesthésistes, urgentistes et réanimateurs de toute la France, de parfaire leurs connaissances des techniques d'intubation difficile.



Signature de la charte avec la cité des congrès

6 février

Signature de la charte de partenariat entre la cité internationale des congrès de Nantes et le CHU, à l'occasion de la Folle journée.



Dépistage diabète

17, 22, 24 février

Les journées de dépistage pour le personnel hospitalier ont connu un vif succès : 170 personnes se sont fait dépister à l'hôtel-Dieu, 183 à l'hôpital Nord Laënnec et 166 à l'hôpital Saint-Jacques.



Les 10 ans de la Pass

22 février

La Pass a célébré ses dix ans d'action médico-sociale au service des plus démunis, en présence du D^r Suzanne Tartière, directeur médical du Samu social à Paris et du D^r Xavier Emmanuelli, fondateur et président du Samu social.



Journée de lutte contre la douleur

14 avril

La 8^e journée annuelle du comité de lutte contre la douleur (Clud) du CHU de Nantes a abordé différentes thérapeutiques non médicamenteuses physiques de la douleur, complémentaires des traitements médicamenteux et des approches psychocorporelles. Ont été notamment envisagés les massages, la physiothérapie antalgique, les électrostimulations transcutanées, les orthèses et corsets, la prévention des douleurs induites par les soins...



La polyarthrite rhumatoïde

28 mars

L'équipe d'éducation thérapeutique de rhumatologie a organisé une conférence-débat sur la polyarthrite rhumatoïde et le rôle de l'éducation thérapeutique.



Journée découverte de hockey-fauteuil

13 avril

Journée découverte de hockey-fauteuil au pôle MPR avec la participation de deux sportifs de haut niveau, Jérôme Courneil et Jean-Pascal Laffont, internationaux de basket handisport.



Concert d'Emmanuelle Parrenin

13 avril

Le CHU de Nantes a accueilli en concert Emmanuelle Parrenin à l'occasion de sa programmation au lieu unique. Pour les patients et ouvert au grand public.