

le journal

les infos pour le personnel du CHU



Événement - p.10
L'emménagement
dans le PTMC
se prépare

Actualités p. 4 à 7

Innovation-recherche

- 8. Néonatalogie / recherche paramédicale
- 9. Thérapie génique / cœur artificiel

Institutionnel

- 11. Certification HAS : objectif septembre 2014
- 12. Le bilan carbone / cellules d'ordonnancement
- 13. Ircan : unis contre le cancer
- 14. L'ugri traque les bactéries

Outils

- 15. AP², un nouvel outil pour tous
- 10. Projet Ulysse : le lauréat connu cet été
- 11. Certification HAS : objectif septembre 2014

Personnel et relations sociales

- 16. Du nouveau dans l'épargne-temps
- 17. Métier : onco-gériatre

Culture

- 16. Projet artistique au CATTP Philéas-Fogg

Rétropective

- 19. Les événements des derniers mois en images



Futur plateau technique médico-chirurgical

Édito

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

Ce début d'année 2013 est riche des différents projets que nous avons à conduire. La feuille de route du CHU, définie dans son projet d'établissement 2013/2017, se met en œuvre progressivement. En effet, nombreuses sont les réalisations qui voient le jour actuellement et témoignent du travail déjà réalisé. Il nous appartient, dans cette période de forte évolution, de maintenir ensemble le cap des actions engagées.

Ainsi, ce numéro présente un point d'étape sur plusieurs chantiers institutionnels de l'établissement. La préparation de l'emménagement dans le plateau technique médico-chirurgical et la mise en œuvre de ses projets connexes se poursuivent avec l'exemple de la réanimation chirurgicale qui intégrera le nouveau bâtiment en septembre. De même, le projet Ulysse, qui vise à définir le nouveau système d'information hospitalier de l'établissement, connaîtra une étape importante cet été avec le choix de la société prestataire. Parallèlement, la certification 2014 est,

dès à présent, en préparation. Enfin, le nouvel hôpital de jour des adolescents, ouvert en début d'année, soigne désormais les jeunes en souffrance physique et psychique en établissant un lien entre toutes les disciplines.

La recherche est également à l'honneur avec plusieurs initiatives intéressantes reflétant l'implication de l'ensemble des équipes pour innover. Le « Diep », nouvelle technique de reconstruction mammaire, le programme Nidcap en néonatalogie, le développement de la recherche paramédicale ou encore l'association de l'établissement à la conception du nouveau cœur artificiel total français sont autant de sujets qui nous concernent tous.

La période estivale devrait permettre à chacun un repos bien mérité dans la perspective d'une rentrée pleine de projets. Je vous souhaite de bonnes vacances et une lecture agréable de ce nouveau numéro du journal interne, comme toujours témoin de la diversité et du dynamisme de notre établissement !

L'agenda...

18 juillet

festival Aux heures d'été
Selim ou la source prisonnière (conte)
à 14 h 45, pédiatrie 2^e étage

9 août

festival Aux heures d'été
concert Heejazz
à 14 h 30, hôtel-Dieu – hall 1^{er} étage

29 août

festival les RDV de l'Erdre
concert jazz
14 h 30, hôtel-Dieu – hall 1^{er} étage

30 août

festival les RDV de l'Erdre
concert orchestre jazz du CHU
à 14 h 30, hôtel-Dieu – hall 1^{er} étage

31 août

concert orchestre jazz du CHU
à 12 h, la Grimaudière, sur les bords de l'Erdre – La Chapelle-sur-Erdre

7 et 8 septembre

portes ouvertes du PTMC (plateau technique médico-chirurgical)
à partir de 14 h, hall du PTMC – niveau 1
32 boulevard Jean Monnet – Nantes

12 et 13 septembre

congrès régional annuel de la fédération hospitalière de France sur le thème « La personne âgée fragile - prévenir aujourd'hui pour mieux vieillir demain »
à partir de 9 h, cité des congrès de Nantes

9 et 20 septembre

congrès de cardiologie pédiatrique et congénitale
chambre du commerce et de l'industrie (CCI) – salons des Salorges
16 quai Ernest-Renaud – Nantes

du 8 au 12 octobre

congrès de la société de néphrologie et de la société francophone de dialyse
à partir de 8 h, cité des congrès de Nantes

6 décembre

colloque « Interrelation recherche-formation-pratique en soins paramédicaux » organisé par le département des instituts de formation
Ifsi – bâtiment Léonie Chaptal
50 route de Saint-Sébastien – Nantes

Suivez les actualités du CHU de Nantes sur www.chu-nantes.fr, Facebook, Twitter, Google+.

Sécurisation du circuit du médicament

Analyser les erreurs pour les éviter

Une des missions de la commission de sécurisation du circuit du médicament est d'analyser les erreurs récurrentes afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent.

Sous la responsabilité du Pr Éric Batard, médecin, et du Dr Julien Mahé, pharmacien, la commission de sécurisation du circuit du médicament réunit deux directeurs, un pharmacien, un cadre de santé chargé de mission à mi-temps, auxquels s'ajoutent les membres de quatre groupes de travail (formation, évaluation du risque lié au circuit du médicament, Crex et gestion documentaire).

«C'était un mercredi soir en mars, se souvient Mélanie, infirmière. Après le départ de ma collègue à 17h30, j'ai changé la seringue électrique d'une patiente sous morphine pour la passer sous Oxynorm®, un produit que je n'avais jamais utilisé. Je me suis trompée dans la dilution et puis, je ne sais pas pourquoi, je n'ai pas bien rempli l'étiquette. Ensuite, mes collègues ont regardé le débit et pas l'étiquette... Heureusement, l'erreur a fini par être détectée, bien qu'avec retard, et il n'y a pas eu de conséquence grave pour la patiente. Mais j'ai eu très peur, et puis j'ai perdu confiance en moi, je me sentais nulle. Heureusement, mes collègues m'ont bien soutenue, et j'ai découvert que je n'étais pas la seule à m'être trompée avec ce médicament». Dûment signalée, la mésaventure de Mélanie est en effet venue rejoindre les fiches d'événements indésirables (FEI) déclarées via Norméa, s'ajoutant à d'autres concernant le même produit. De quoi alerter la*

nouvelle commission du circuit du médicament : *«Les PHU traitent leurs propres FEI, explique Cécile Pécot, cadre de santé dans la commission. L'intérêt du comité de retour d'expérience (Crex) de la commission est d'avoir une vision globale des FEI déclarées. La gravité ou la répétition d'un événement nous incitent à analyser la FEI pour rechercher les causes d'erreur et mettre en place des actions correctrices transversales. En l'occurrence, nous avons conclu qu'il fallait proposer un mode opératoire sur l'utilisation de l'Oxynorm® pour tout l'hôpital, afin d'éviter les erreurs de calcul. Nous y associerons un étiquetage harmonisé spécifique. Comme il s'agit ici d'un antalgique, ce travail sera fait en collaboration avec le Clud et validé par le groupe gestion documentaire de la commission.»*

Ce document sera disponible dans Ennov sur l'intranet.

** Le prénom a été changé*

Endoscopes souples thermosensibles

Un traitement centralisé à l'hôtel-Dieu

La centralisation du traitement des endoscopes, effective depuis mars dernier à l'hôtel-Dieu, améliore la qualité et la sécurité de cette opération.

Le centre de traitement des endoscopes souples thermosensibles (Cetres, UF 7351) a vu le jour après trois ans d'étude de faisabilité et de coordination. Ce projet a été mené par le Pr Didier Lepelletier, responsable médical de l'Ugri et du Cetres, et par Nathalie Bodet, cadre de santé de l'Ugri, missionnée pour ce projet, en lien avec la direction de la plate-forme 5 (Martine Macé, Barbara Robert).

Ouvert en mars dernier, le centre de traitement des endoscopes souples thermosensibles (Cetres, UF 7351) traite les endoscopes utilisés en hépato-gastro-entérologie, urologie, ORL et anesthésie-réanimations de façon optimisée.

Coordonnée par l'unité de gestion des risques infectieux (Ugri, voir aussi p.14), l'organisation du Cetres est adaptée à l'activité des secteurs d'endoscopie, programmée ou en urgence, y compris en dehors des heures ouvrables.

La centralisation permet : une professionnalisation des compétences (six aides-soignants allient formations théoriques et pratiques et expérience antérieure dans les unités de soins) ; une mécanisation accrue (matériel spécialisé de pointe et capacité de stockage pour réguler les activités et la rotation des endoscopes) ; une traçabilité améliorée (prochainement informatisée) ; un suivi technique optimisé ; un suivi microbiologique facilité ; une veille technologique permanente et un suivi du parc des

endoscopes renforcé en collaboration avec le service biomédical et les industriels.

Situé au 5^e étage de l'aile Nord B, le Cetres permettra de diminuer l'incidence des non-conformités des contrôles bactériologiques et ainsi le taux de séquestration des endoscopes.

La rotation des endoscopes entre le Cetres et les services est réalisée par des verticalités et des itinéraires définis. Basée sur la programmation des actes, elle est essentielle au succès de cette centralisation. Elle est assurée à la fois par des navettes pluriquotidiennes réalisées par l'équipe institutionnelle des coursiers, mais aussi par les agents du Cetres. Cette rotation pourrait être complétée à l'avenir par l'utilisation de robots programmés.

Le Cetres continuera de traiter les endoscopes à l'ouverture du PTMC. Une étude de faisabilité sera prochainement conduite pour la prise en charge des endoscopes des hôpitaux femme-maternité et enfant-adolescent.

L'équipe de l'hôpital de jour Adolescent. De gauche à droite (debout) : Jean Plissonneau, psychologue; Noémie Praud, interne de psychiatrie; Laurence Dréno, pédopsychiatre; Valérie Dumas, kinésithérapeute; Valentine Tognetti, cadre de santé; Chrystelle Kerleau, puéricultrice; Emmanuelle Caldaguès, pédiatre; Sophie Coquenlorge, secrétaire; Anne-Christelle Beuparlant, orthophoniste (assis) : Audrey Boulay, éducatrice; Evelyne Frionnet, enseignante; Claire Jolly, ergothérapeute.



Soins physiques et psychiques coalisés Les ados ont « leur » hôpital

Depuis janvier 2013, l'hôpital de jour Adolescent soigne des jeunes en souffrance physique et psychique, toutes disciplines alliées, pour les réconcilier avec eux-mêmes et les ouvrir aux autres.

En pratique

Chaque hospitalisation de jour inclut une consultation médicale avec le médecin ou l'interne du service. L'équipe comprend une cadre de santé (0,3 ETP), une puéricultrice et une éducatrice à plein temps, une ergothérapeute (0,7 ETP), une orthophoniste (0,40 ETP), une diététicienne (0,25 ETP), un kinésithérapeute (0,5 ETP), un psychologue (0,3 ETP), un pédopsychiatre à temps plein, un pédiatre (0,5 ETP), une secrétaire (0,5 ETP), un interne en pédiatrie à plein temps, un interne en psychiatrie à mi-temps, une assistance sociale (ponctuellement). L'unité accueille 50 patients par semaine (10 places par jour).

L'hôpital de jour Adolescent a ouvert en janvier dernier dans ses locaux et avec son personnel dédiés. Il ne s'agit pas d'une création *ex nihilo*, puisque la prise en charge particulière des adolescents est effective depuis une dizaine d'années au CHU, à l'initiative du P^r Michel Amar, des D^{rs} Georges Picherot et Laurence Dréno et de Claire Jolly, ergothérapeute. Cette expérience a fait la preuve de son intérêt et de la nécessité de la pérenniser et de la structurer. Les docteurs Laurence Dréno, pédopsychiatre, et Emmanuelle Caldaguès, pédiatre, parlent d'une même voix et avec le même enthousiasme de cette aventure qu'elles mènent conjointement, puisqu'elles sont co-responsables de l'unité : « Notre interrelation, ainsi que celle de tous les personnels du service, est très importante et fait partie intégrante de la prise en charge. Nous avons affaire à des jeunes qui sont en souffrance physique et psychique, ce qui génère des difficultés relationnelles, un isolement, une dépendance à la famille. L'exemple de nos échanges constants les incite à s'y intégrer, à être partie prenante de leur traitement. »

Élèves de collège et de lycée, le plus souvent déscolarisés en raison de leur pathologie, les jeunes qui fréquentent l'hôpital de jour souffrent de troubles du comportement alimentaire (TCA), de maladies chroniques (diabète, mucoviscidose...) ou de troubles psychosomatiques : « Dans les trois cas, ils nécessitent des soins somatiques

et des soins psychiques. Ils viennent ici le plus souvent après une hospitalisation classique. Cette offre facilite leur sortie en leur garantissant une prise en charge régulière (une à trois fois par semaine) pendant la durée nécessaire, par contrats de trois mois. Elle prévient souvent une possible réhospitalisation. » Les locaux de l'unité sont adaptés aux besoins des jeunes patients : salle de réunion pour les groupes de parole, médiathèque et ateliers pour découvrir et créer, salle commune pour préparer et déguster les repas, salle de soins pour renouer avec son corps et se réconcilier avec lui (massage, maquillage, coiffage...).

Les professionnels de l'unité sont en relation avec les parents de leurs patients, leurs enseignants extra-hospitaliers... Et l'organisation a fait tomber les barrières entre disciplines et métiers, souligne Valentine Tognetti, cadre : « On se rend compte que notre formation nous a formés mais aussi formatés. On apprend beaucoup en travaillant de manière pluridisciplinaire. »

Le nouvel hôpital dans l'hôpital a permis de doubler le nombre de jeunes traités spécifiquement, avec déjà des résultats très encourageants : « Pour un tiers d'entre eux, la prise en charge est allégée, quelques-uns peuvent maintenant s'en passer. Nous avons de très bons résultats sur les syndromes douloureux et les TCA, et tous ont repris leur scolarité. »

En hématologie, des « pauses-massages » Armelle prend soin des soignants

Un mardi sur deux, les personnels des services d'hématologie de l'hôtel-Dieu peuvent bénéficier d'une pause-massage ou sophrologie. Une manière douce de recharger ses batteries.



«Lorsque je venais masser leurs patients, les soignants me disaient qu'ils en auraient bien besoin aussi !», raconte Armelle Simon.

L'expérience a été engagée avec le soutien de la direction des soins et de la médecine préventive.

Dans la petite pièce, un fond musical discret, le parfum d'huiles essentielles, une lumière tamisée, un banc de massage au centre...

On est bien à l'hôtel-Dieu, au bout du couloir du 6^e Est, dans une oasis aménagée temporairement dans les locaux de l'équipe mobile de soins palliatifs. C'est ici que, tous les quinze jours depuis janvier 2012, Armelle Simon, infirmière sophrologue, prodigue à ses collègues volontaires des services d'hématologie vingt minutes de massages : «Au choix, je peux masser le dos, les pieds, les mains. On peut se dévêtir ou non, l'important est de se sentir à l'aise», explique-t-elle.

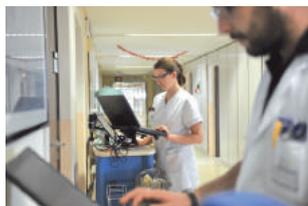
Un luxe, cette pause-massage ? Pas vraiment. «Prendre soin des patients commence par prendre soin des professionnels qui s'occupent d'eux», affirment Christine Bannier, cadre de santé en hôpital de jour d'hématologie, et Claudine Sachot, son homologue aux soins de

support, qui ont monté le projet avec Armelle Simon. Nos équipes sont confrontées au quotidien à beaucoup de souffrance et de stress. Nous cherchions un moyen de les accompagner dans leurs difficultés, au-delà des aménagements déjà faits dans l'organisation.»

L'expérience commencée en janvier 2012 est un franc succès. Deux mardis par mois, toutes les plages horaires sont occupées. Un plébiscite : «On ressort complètement détendu. Il faut même quelques instants de réadaptation et ensuite, on se sent rechargé à bloc», témoignent les participants. Au bout d'un an, la plupart des personnels d'hématologie, administratifs comme soignants, ont bénéficié au moins une fois de la proposition et l'ont largement approuvée (indice de satisfaction : 9,6/10). Plusieurs d'entre eux disent avoir maintenant aussi recours, à l'extérieur, aux massages ou à la sophrologie.

Rapport d'activité 2012 Le CHU en chiffres

11 770 agents, 785 millions d'euros de charges d'exploitation, plus de 50 000 opérations par an... Le CHU en chiffres dans le rapport d'activité 2012.



Par jour...

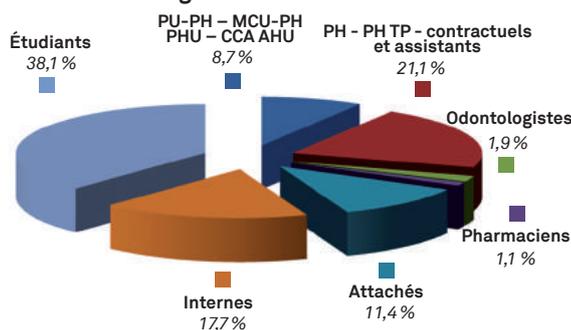
- 139 interventions chirurgicales
- 2 327 consultations
- 10 naissances
- 290 passages aux urgences
- 7 587 repas servis
- 10,5 tonnes de linge traités
- 11,3 tonnes de déchets traités

Consultez l'intégralité du rapport d'activité en ligne (intranet et chu-nantes.fr).

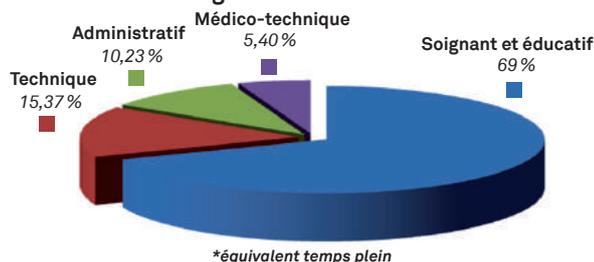
En 2012, au CHU...

- Naissances : **3975**
- Venues et actes externes : **851 697**
- Séances opératoires (blocs opératoires) : **50 743**
- Nombre de circulations sanguines extracorporelles (CEC) : **1 575**
- Forfaits techniques IRM : **12 967**
- Forfaits techniques scanners : **44 912**
- Passage aux urgences : **105 835** – dont urgences pédiatriques : **31 001**
- Appels au centre 15 : **462 578**
- Interventions du Smur : **6 658**
- Missions de l'hélicoptère : **644**

Personnel médical 2 570 agents soit 2 199 ETP*



Personnel non médical 9 200 agents soit 8 510 ETP*



Reconstruction mammaire

Le « Diep », technique nouvelle au CHU

En proposant la technique de reconstruction mammaire par lambeau libre de Diep, le service de chirurgie plastique complète l'éventail des solutions disponibles pour une reconstruction mammaire après un cancer du sein.



Résultat post-opératoire à trois mois d'une reconstruction mammaire différée du sein par lambeau de Diep (les cicatrices blanchiront dans les mois qui suivent).

Depuis 2012, le service de chirurgie plastique a ajouté à son offre de soins la technique du Diep (*deep inferior epigastric perforator flap*). Il peut ainsi proposer aux patientes l'ensemble des techniques actuellement disponibles pour mener à bien un projet de reconstruction mammaire.

L'objectif d'un Diep est de reconstruire un sein autologue, c'est-à-dire sans prothèse, à partir des tissus de la patiente prélevés au niveau de l'abdomen : un lambeau de peau et de graisse, vascularisé par une artère et une veine (dites perforantes, issues des vaisseaux épigastriques inférieures profondes). Comme pour une transplantation d'organe, les vaisseaux sectionnés sont rebranchés au niveau du thorax avec l'aide d'un microscope. Deux chirurgiens officient, l'un s'occupant du prélèvement tandis que l'autre se charge des vaisseaux « receveurs » sur le thorax, sous les cartilages costaux ou dans le creux de

l'aisselle. Dans un premier temps, le sein est reconstruit en volume, puis son aspect est corrigé pour l'harmoniser avec l'autre. Le taux d'échec est de 5%. Dans la grande majorité des cas, la patiente rentre chez elle cinq jours après l'intervention. Une deuxième intervention réalisée en ambulatoire quatre mois plus tard permet de faire les corrections nécessaires.

L'intervention est possible et proposée dans de nombreux cas, car ses avantages sont importants : infections rarissimes car il n'y a pas de corps étranger, aspect naturel, évolution symétrique dans le temps pour les deux seins (si la patiente grossit ou maigrit, par exemple, ses deux seins changent de volume simultanément). Au passage, le ventre reçoit une plastie de réduction abdominale, avec des séquelles limitées, dissimulables dans les sous-vêtements.

Formation aux soins interculturels

Mieux comprendre pour mieux soigner

Pour aider les professionnels de santé à prendre en charge leurs patients d'origine étrangère, le CHU de Nantes propose une formation aux différentes représentations culturelles de la maladie et des soins.



Christine Mannoni, ethnopsychiatre, assure les formations.

La formation « soins interculturels » est organisée sous forme de sessions de trois jours et reçoit environ dix groupes par an. Elle est ouverte à tous les professionnels.

La présence à Nantes de populations précaires ayant fui leur pays à cause des exactions et traumatismes liés aux conflits armés amène les professionnels de santé du CHU à être quotidiennement confrontés à la difficulté de soigner les patients primo-arrivants ou ayant migré depuis de longues années. Chaque culture possède en effet ses propres représentations, codes et rites autour de la maladie. Et, quelles que soient par ailleurs ses capacités d'adaptation aux normes du pays qui l'accueille, l'exilé confronté à la maladie a tendance, pour dépasser ses angoisses, à réactiver des logiques de pensée propres à sa culture d'origine. Il est donc important de les connaître pour être à même d'adapter explications et soins, de comprendre et accepter certaines traditions entourant le malade.

C'est pourquoi le CHU de Nantes propose depuis

longtemps une formation intitulée « soins interculturels » destinée à aider les professionnels de santé à comprendre les représentations de sens des patients issus de la migration, connaître les différentes représentations culturelles autour de la maladie, mais aussi explorer les codes et rites autour de la « culture vécue » du patient migrant. Cette formation est donc un espace où théorie et pratique s'unissent pour permettre une prise en charge médicalisée, psychologique, psychiatrique et sociale adaptée à toutes les populations.

Depuis le début de l'année 2013, les médecins ont intégré cette formation avec des professionnels des secteurs paramédical, social et psychologique ainsi que des personnels d'accueil et administratifs. Cette diversité des métiers permet une réflexion complète dans les différents services du CHU.

Lits accompagnants, cobedding, Nidcap... Innovations en néonatalogie

Association étroite des parents aux soins (lit accompagnant en réanimation, programme Nidcap) et expérimentation de «cobedding» pour les jumeaux: les nouveau-nés font l'objet de toutes les attentions.



La néonatalogie évolue, et le service du CHU de Nantes n'est pas en reste, avec notamment trois innovations et projets de recherche autour du nouveau-né.

Dans le cadre d'un DIU «Initiation aux soins de développement» Charlotte Audran, infirmière et Véronique Castaing, puéricultrice ont initié un projet visant à améliorer l'hospitalisation des nouveau-nés en réanimation en intégrant leurs parents, en fonction de leur disponibilité, comme partenaires de soins, en introduisant un lit accompagnant à demeure dans la chambre de l'enfant. Trois premiers lits ont été installés en avril 2012, avec une charte de fonctionnement pour organiser la présence des parents. Ces derniers s'intègrent ainsi à l'univers de leur bébé, dont ils peuvent être plus proches: *«le lit apporte aussi un apaisement aux parents, sa présence apaisante facilite les relations avec l'équipe et la participation des parents aux soins de leur enfant.»*

Parallèlement, le service de néonatalogie

(Dr Jean-Baptiste Muller) débute l'implantation du Nidcap (programme individualisé d'évaluation et de soutien au développement) dont le bénéfice à court terme est prouvé, qui consiste en l'observation, par des soignants formés, du comportement du nouveau-né avant et après un soin afin d'établir pour chaque enfant un programme individualisé de soins, en collaboration étroite avec les parents. Objectif: rendre l'enfant prématuré et sa famille acteurs de son développement et l'optimiser.

Enfin, entre 2008 et 2012, Arnaud Legrand et Evelyne Gauvard, attaché et infirmière de recherche clinique, ont mené une étude sur le «cobedding», qui consiste à placer des jumeaux prématurés dans le même incubateur. L'étude comparative entre 15 paires de jumeaux pris en charge de cette façon et 17 pris en charge en incubateurs séparés a permis de constater un réel bénéfice dans le premier cas, avec notamment une durée d'hospitalisation significativement réduite.

Développement de la recherche paramédicale Soignants, à vos projets !

Pour développer la recherche paramédicale au sein de l'établissement, le CHU de Nantes a constitué une structure d'accompagnement à laquelle tous les soignants peuvent faire appel pour mener à bien leurs projets.



Contacts

Alain Le Vraux ou
Emmanuelle Cartron
82 809

En mars 2012, le CHU de Nantes a créé une cellule «recherche paramédicale» placée sous l'autorité de Jean-Claude Vallée, directeur des soins et constituée d'un cadre de santé, Alain Le Vraux et d'une infirmière spécialisée, Emmanuelle Cartron. Cette structure a pour but de développer et promouvoir la recherche paramédicale, accompagner les équipes dans l'écriture de leur projet et faciliter leur réalisation.

Parallèlement, la commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique a constitué une sous commission «recherche paramédicale» pour animer, développer et promouvoir cette activité au sein de l'établissement.

«Pourquoi certains patients réagissent plus ou moins bien à tel soin ? Quelle éducation thérapeutique est la mieux adaptée à la famille d'un

diabétique? En répondant à de telles questions, soulevées par la pratique clinique, la recherche en soins permet d'augmenter le savoir par une approche scientifique, systématique et rigoureuse, explique Alain le Vraux. Les méthodes utilisées pour l'exploration de ce champ de recherche, qualitatif ou quantitatif, peuvent être descriptives, hypothético-déductives, expérimentales.» Financés par le ministère de la Santé, les projets de recherche en soins infirmiers et paramédicaux (PHRIP) concernent depuis 2010 tous les auxiliaires de santé. La cellule en place les aidera à mener à bien leurs projets en collaboration active avec les personnels de recherche formés déjà en place (TEC, méthodologistes, data managers, chefs de projet...).

Thérapie génique contre l'amaurose de Leber Premiers résultats encourageants

Après de prometteurs essais sur des chiens, l'équipe du Pr Michel Weber expérimente depuis 2011 la thérapie génique pour traiter chez l'humain l'amaurose de Leber. Premiers résultats encourageants.

Une bonne tolérance et une certaine efficacité fonctionnelle : tels sont les premiers résultats des essais de thérapie génique menés depuis octobre 2011 par l'équipe du Pr Michel Weber, après de prometteurs essais sur des chiens. Le Dr Guylène Le Meur a rapporté les données préliminaires de l'essai en mai 2013 au congrès de la Société française d'ophtalmologie et au congrès international de recherche en ophtalmologie « Arvo » qui s'est tenu à Seattle.

L'amaurose de Leber est une dystrophie rétinienne liée à une déficience du gène RPE65. Elle associe une réaction lente de la pupille à la lumière, un réflexe oculo-digital, une photophobie et un nystagmus, commence dès les premiers mois de vie et évolue vers la cécité.

Le traitement testé consiste à injecter sous la rétine de l'œil ayant la plus faible fonction

visuelle un vecteur adénovirus porteur du gène RPE 65, en doublant la dose entre le premier groupe de trois patients et le deuxième. Dans les deux groupes, aucun effet secondaire n'a été relevé, l'acuité visuelle s'est améliorée, ainsi que le champ visuel, tandis qu'une diminution du nystagmus et du temps de déplacement en condition de basse luminosité ont été remarquées. L'électrorétinogramme (ERG) ne s'est en revanche pas amélioré, à la différence du modèle canin.

Une nouvelle cohorte

Les essais se poursuivent pour affiner l'analyse avec une nouvelle cohorte de trois patients plus jeunes ou ayant une meilleure acuité visuelle. Le vecteur de médicament a été produit par Atlantic Bio GMP (Etablissement français du sang, AFM-Téléthon, Inserm et CHU de Nantes).



Cet essai est issu des travaux de recherche menés au sein des laboratoires d'Atlantic Gene Therapies qui, dès 2006, ont réussi à rendre la vue à des chiots atteints de cette même pathologie.

Cœur artificiel total Carmat Le Pr Duveau impliqué dans le projet

Le Pr Duveau, du CHU de Nantes, a été associé de près à la conception et aux essais sur animaux du nouveau cœur artificiel total français.

Le Pr Daniel Duveau, chirurgien thoracique et cardiovasculaire au sein de l'institut du thorax, est impliqué avec le Pr Alain Carpentier et le Pr Christian Latrémouille (hôpital européen Georges-Pompidou) dans le projet de cœur artificiel français total (car comportant les deux ventricules) mis au point par la société Carmat : « À la différence de son prédécesseur, le *Cardiwest*, il s'agit d'un cœur biologique, dont les parois sont recouvertes, non pas de silicone ou de caoutchouc, mais de tissus biocompatibles avec le sang, pour limiter le risque de formation de caillots sanguins. Il est également physiologique, c'est-à-dire qu'il s'adapte au rythme de l'individu, accélérant son rythme si le porteur exerce une activité physique et le diminuant au repos. », explique le Pr Duveau.

Ce cœur est destiné à des patients présentant

une défaillance irréversible des deux ventricules, dont l'espérance de vie est inférieure à un an – et ne dépasse souvent pas quelques semaines.

Les premières études, concluantes, ont été menées sur des veaux. L'étape à franchir maintenant est celle de l'expérimentation humaine. Les premières pourraient ne pas avoir lieu en France, dans l'attente des autorisations nécessaires de l'ANSM*. Mais quatre autres pays (l'Arabie saoudite, la Belgique, la Pologne et la Slovaquie) ayant accepté le protocole, les premières implantations devraient donc avoir lieu prochainement. Avec l'espoir que la technologie permette un jour de pallier l'inadéquation irrémédiable entre l'offre et la demande de greffons.

*Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé



Le cœur artificiel Carmat (© Carmat).

L'insuffisance cardiaque touche plus de 20 millions de patients en Europe et aux États-Unis à ce jour



Marie-José Mallet et le Dr Dominique Demeure visualisent sur plan leur future installation

Plateau technique médico-chirurgical Le déménagement se prépare

À l'automne, plusieurs services emménageront dans leurs nouveaux locaux du plateau technique médico-chirurgical (PTMC). Un mouvement qui se prépare de longue date. Exemple en réanimation chirurgicale.

Portes ouvertes

Les 7 et 8 septembre de 14 h à 18 h, le public est invité à découvrir le nouveau bâtiment qui abritera, outre le service de réanimation chirurgicale, les blocs opératoires de l'hôtel-Dieu, l'unité de chirurgie ambulatoire, la pharmacie et la pharmacotechnie.

En première ligne pour la préparation du déménagement, le Dr Dominique Demeure, responsable de l'unité, et Marie-José Mallet, cadre de santé. Le service de réanimation chirurgicale, actuellement éclaté entre les brûlés (six lits), la surveillance continue aux urgences (trois lits) et les 13 lits du rez-de-chaussée bas à Jean-Monnet, sera réuni et augmenté de quatre lits de surveillance continue. Préparation des cartons, organisation du mouvement des lits et du matériel sans interruption d'activité, tout cela ne s'improvise pas.

«Au préalable, expliquent-ils, des groupes de travail ont été constitués avec les infirmiers. Et nous participons régulièrement à des réunions avec les ingénieurs. Nous avons visité une fois les nouveaux locaux, qui semblent très satisfaisants.» Jusqu'à présent confinée dans des bureaux sans fenêtres, comme certaines chambres, l'équipe attend avec une certaine impatience un changement de lieu qui améliorera considérablement son quotidien : «C'est bien sûr valable aussi pour nos patients et leurs visiteurs. Actuellement, nous ne pouvons que veiller à changer de chambre certains malades pour qu'ils puissent bénéficier de la lumière du jour...»

Il faut aussi préparer l'harmonisation des pratiques entre des services appelés à travailler prochainement ensemble : «Nous avons accueilli le personnel du service des brûlés en immersion et réciproquement.»

Jour J début octobre

Côté mobilier et matériel, «Un inventaire a déjà été effectué, les cartons seront préparés pendant le mois d'août puis au fil de l'eau jusqu'au jour J. Le mobilier des bureaux médicaux sera transféré, les autres meubles seront renouvelés.»

Le 30 septembre, les bureaux seront investis, avant le déménagement des patients et du matériel médical, les 1^{er} et 2 octobre, selon un timing précis : «Nous avons choisi un mardi car le programme est plus chargé le lundi. Les déménageurs et les techniciens devront rapidement déplacer les scopes pour que les patients puissent être immédiatement reconnectés dès leur arrivée.» Les patients qui seront à ce moment en surveillance continue seront, eux, transférés le jeudi 3.



Certification HAS Objectif septembre 2014 !

L'équipe projet fait le point sur l'avancement de la préparation de la prochaine certification.

Quels sont les enjeux de la certification HAS pour le CHU ?

En apportant une évaluation externe à partir d'un référentiel commun à tous les établissements de santé, elle permet de mesurer la pertinence de nos pratiques de soins et de nos organisations. Elle valorise aussi les actions d'amélioration mises en œuvre par les professionnels. Enfin, elle contribue à l'image du CHU auprès du grand public et de ses partenaires.

Quelles sont les nouveautés de la V2014 ?

La principale nouveauté de la V2014 réside dans l'introduction de l'étude de « parcours patient traceur ». Concrètement, les experts visiteurs sélectionneront des dossiers de patients hospitalisés et examineront chaque étape de la prise en charge. Cette analyse se fera à partir du dossier du patient, d'entretiens avec les professionnels et avec le patient ou son entourage.

Les modalités d'autoévaluation évoluent en privilégiant une approche transversale par processus. Nous devrions connaître les contours de ce nouveau dispositif pour la rentrée de septembre.

Comment le CHU entend-il conduire ce projet ?

Nous nous sommes fixés trois objectifs :

- réduire la charge de travail liée à la certification ;
- privilégier la mise en œuvre des plans d'actions ;
- favoriser une approche transversale et pluri-professionnelle.

Comment le CHU aborde la visite ?

Nous venons de réaliser le pré-diagnostic sur les pratiques exigibles prioritaires (PEP), celles-ci étant tout particulièrement regardées par les experts visiteurs. Beaucoup de travail a été réalisé depuis 2010 grâce à l'implication de l'ensemble des professionnels.

Quelques points méritent cependant une vigilance toute particulière : la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, la traçabilité dans le dossier du patient, les activités à risque (endoscopie, radiologie interventionnelle, etc...). Nous devons aussi poursuivre nos efforts pour améliorer nos résultats sur les indicateurs Ipaqss. De nouvelles exigences sont également à prendre en compte sur les filières de santé mentale et sur l'hospitalisation à domicile pédiatrique. La mobilisation de tous sera un gage de réussite.

Le bilan carbone du CHU de Nantes est finalisé

Objectif : réduire les émissions de CO₂

Un « bilan carbone® » a été réalisé pour évaluer la quantité de gaz à effet de serre produite par les activités du CHU pendant une année. L'analyse de ce bilan a permis d'établir un plan d'actions visant à limiter les émissions.



1 an de trajets de 10 km domicile-travail en voiture correspond à près d'1 tonne de CO₂. Pensons au vélo !

Et chez vous ?

Vous pouvez vous aussi réaliser le bilan carbone® de votre foyer en utilisant l'outil de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) : <http://www.calculateurcarbone.org/>.

En 2011, le CHU de Nantes a émis 54 503 tonnes équivalent CO₂, soit 18 tonnes équivalent CO₂ par lit, 4,72 tonnes équivalent CO₂ par agent, l'équivalent des émissions de gaz à effet de serre d'environ 5 500 habitants pendant un an.

Ce résultat est favorisé par : un plan de déplacements entreprise (plan de mobilité) mis en place depuis 2004 ; un plan de déplacement urbain et une offre de transports très développés par Nantes Métropole (tramway, bus, vélos...); le raccordement des sites hôpital-Dieu et hôpital Saint-Jacques au réseau de chaleur urbain de Nantes Métropole.

Le bilan carbone® est une estimation de la quantité de gaz à effet de serre émise en moyenne chaque année dans l'atmosphère, dont le fonctionnement et les activités du CHU sont responsables. La méthode a été mise au point par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe). Le CHU a été

accompagné par un prestataire, le cabinet Coaching durable. La démarche, participative grâce à la mise en place de groupes de travail, a débuté par une collecte de données concernant les achats (médicaux, logistiques, administratifs), les consommations d'énergie (électricité, gaz, fioul, chauffage urbain), les déplacements des professionnels (dans le cadre de leur travail ou pour les trajets domicile-travail), les immobilisations (bâtiments, équipements mobiliers, informatiques, biomédicaux...), les déchets, le fret (interne et fournisseurs).

L'exploitation de ces informations recueillies a permis d'estimer la quantité de gaz à effet de serre émise par le CHU, sous la forme de données exprimées en tonnes équivalent CO₂.

L'analyse des résultats a permis d'établir un plan d'actions qui sera intégré au plan développement durable 2013-2017.

Trois cellules d'ordonnancement créées

Le bon patient au bon endroit au bon moment

À l'hôpital-Dieu, l'hôpital Nord Laennec et à l'hôpital enfant-adolescent, des cellules d'ordonnancement centralisent la gestion des lits pour améliorer la prise en charge en hospitalisation dans les services de chirurgie.



Composées d'un cadre de santé à temps plein ou partiel et de un à trois infirmiers (plus un mi-temps secrétariat à l'hôpital-Dieu), les cellules d'ordonnancement gèrent 314 lits à l'hôpital-Dieu, 112 à l'hôpital Nord, 38 à l'hôpital enfant-adolescent.

Mettre le patient au bon endroit et au bon moment semble aller de soi dans le principe mais est souvent fort compliqué à réaliser dans la réalité. D'où le projet de gestion des lits et ordonnancement du circuit patient par site, intégré au contrat de performance et piloté par Jean-Claude Vallée, coordonnateur des soins, et Thomas Roux, directeur de la plate-forme 1. L'ordonnancement vise à instaurer des processus de gestion du circuit patient (consultations, blocs opératoires, plateaux techniques, gestion des lits) qui permettront de définir une prise en charge cohérente et pertinente. Il s'agit de réduire les reports d'intervention par manque de lits, de pouvoir répondre en temps réel aux demandes d'entrées directe, d'optimiser le programme pour favoriser l'accueil du non programmé, de simplifier le processus de programmation de prise en charge du patient.

Créée en 2011, 2012 et 2013, des cellules d'or-

donnement ont été créées à l'hôpital-Dieu pour les services de chirurgie, à l'hôpital enfant-adolescent pour la chirurgie infantile, et à l'hôpital Nord Laennec pour la cardiologie et la neurologie programmée.

Quand un médecin appelle pour hospitaliser un patient que le diagnostic oriente vers la chirurgie, la cellule d'ordonnancement doit être en mesure de satisfaire cette demande dans les meilleurs délais et au meilleur endroit.

« Le temps gagné sur le temps médical et administratif est réinvesti dans la prise en charge pour l'équipe soignante, dans d'autres tâches pour le cadre de santé. De plus, ce travail en amont évite une gestion de l'urgence et parfois des conflits, et réduit la durée moyenne de séjour et les séjours inadéquats, tout en fluidifiant la charge de travail », souligne Jean-Claude Vallée.



Signature de la convention entre (de gauche à droite, au premier plan) Yann Bubien, directeur général du CHU d'Angers, Christiane Coudier, directeur général du CHU de Nantes et le professeur François-Régis Bataille, directeur général de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO).

(À l'arrière plan) P Gilles Potel, président de la CME du CHU de Nantes, Dr Jaffar Bennouna, président la CME de l'ICO et Yves Dubourg, directeur général adjoint de l'ICO.

Quatre structures rassemblent leurs forces Ircan : unis contre le cancer

Les CHU et centres de lutte contre le cancer d'Angers et Nantes ont signé en juin la convention de création de l'institut régional de cancérologie Angers-Nantes (Ircan).

Le 27 juin 2013, le CHU de Nantes, le CHU d'Angers et l'Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO) ont signé à Nantes, en présence de Marie-Sophie Desaulle, directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire, la convention constitutive du nouveau groupement de coopération sanitaire (GCS) dénommé Institut régional de cancérologie Angers/Nantes (Ircan).

Auparavant, il existait deux groupements de coopération sanitaire composés d'une part du CHU et du centre de lutte contre le cancer (CLCC) de Nantes, d'autre part du CHU et du CLCC d'Angers. Ces deux groupements ont permis le développement de nombreuses activités grâce aux réponses communes aux appels à projet de l'Institut national du cancer allant, à titre d'exemples, de la création de l'unité mixte de génomique du cancer pour Nantes au portage conjoint de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur pour Angers.

Avec la fusion des deux centres de lutte contre le cancer qui a fait naître l'ICO le 1^{er} janvier 2011, et dans le cadre de la politique régionale de

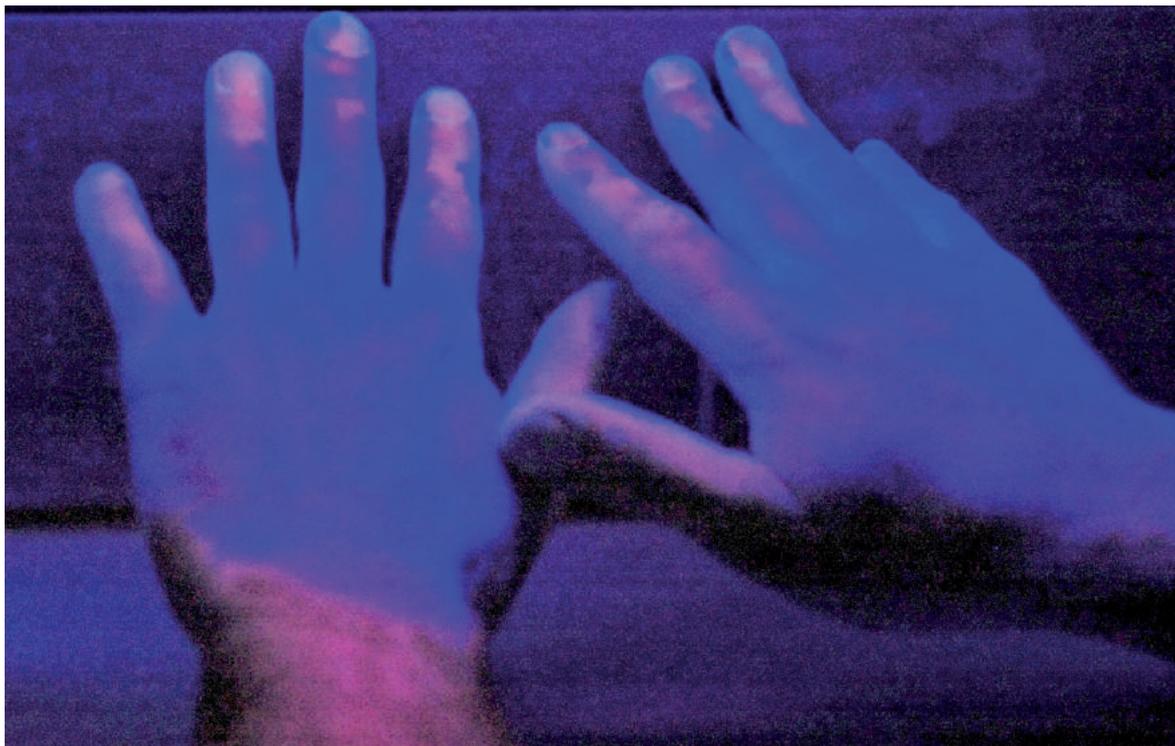
santé, l'objectif poursuivi a été de créer un GCS unique et commun afin de mieux structurer la cancérologie hospitalo-universitaire de la région Pays de la Loire.

Désormais, le GCS Ircan permettra d'améliorer, pour l'ensemble de la région, la prise en charge en cancérologie en renforçant la coordination des activités, en suscitant l'émergence de nouveaux projets communs et en favorisant les synergies entre équipes autour d'activités ou de plates-formes bien identifiées, dans le respect des missions et des compétences de chaque établissement partenaire.

Afin de garantir la représentation la plus complète des acteurs intervenant dans le domaine de la cancérologie, différents partenaires seront également impliqués dans le fonctionnement du futur GCS en tant que membres associés : les universités d'Angers et de Nantes, l'alliance Aviesan, la communauté d'agglomération d'Angers Loire métropole, la communauté urbaine de Nantes ainsi que la Région Pays de la Loire.

Depuis l'invention du lavage des mains des chirurgiens au chlorure de chaux pour prévenir les infections chez l'accouchée par Philipp Ignaz Semmelweis (1818-1865), la désinfection des mains reste la mesure principale de prévention des infections associées aux soins.

Image ci-contre : évaluation de l'efficacité d'une désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique marqué à la fluorescéine. Les zones visualisées en bleu sous une lampe à UV indiquent une désinfection conforme avec disparition des bactéries présentes sur les mains pour un soin sécurisé. Les zones sombres témoignent d'une application non-conforme du produit hydro-alcoolique avec persistance de bactéries de la flore résidente ou transitoire présentes sur les mains.



Unité de gestion du risque infectieux L'Ugri traque les bactéries

Veille, prévention, évaluation des pratiques, formation... L'unité de gestion des risques infectieux (Ugri) est attentive à toute la chaîne de transmission qui peut mener – au pire – à l'épidémie.

Officiellement constituée en septembre 2007, l'unité de gestion des risques infectieux (Ugri) existait déjà sous l'appellation d'équipe opérationnelle d'hygiène. La nouvelle dénomination traduit l'activité de l'équipe qui, au-delà des seules infections nosocomiales (IN), se charge de la gestion transversale du risque infectieux et de la prévention des infections associées aux soins.

L'Ugri a quatre missions principales :

- veille épidémiologique (surveillance des IN, notamment dans les filières intensives et chirurgicales, et des bactéries multi- ou hautement résistantes aux antibiotiques dans les filières intensives et chirurgicales, gestion des situations d'alerte cliniques et environnementales, signalement et investigation de situations spécifiques) et participation à la gestion des contentieux pour IN ;
- prévention (rédaction de protocoles de soins et de conduites à tenir en cas de maladies transmissibles à déclaration obligatoire ou non ;
- évaluation des pratiques professionnelles en hygiène sur des thématiques locales et nationales ;

- formation (celle par exemple des ouvriers effectuant des travaux en site occupé, qui doivent être initié à l'isolement des zones de travaux et de soins, des 298 correspondants hygiène des services...).

« Nous écrivons beaucoup, sourit le Pr Didier Lepelletier, responsable de l'unité : protocoles, rapports, guides pratiques... Ces trois dernières années, nous avons revu et actualisé les fiches de conduite à tenir pour toutes les maladies infectieuses transmissibles. »

L'Ugri fait face à une dizaine de situations d'alerte épidémiologique par an. Ce fut le cas l'hiver dernier, lorsqu'un cas de gale s'est présenté au CHU. L'Ugri a mené l'enquête pour déterminer d'où provenait l'infestation et dans quelles directions cette maladie bénigne elle avait pu s'étendre : « Il s'agissait d'un type de gale très rare, très difficile à identifier et particulièrement contagieux, ce qui a rendu le diagnostic tardif et a permis une diffusion épidémique. Mais, dès que l'alerte a été donnée, nous avons identifié et contacté toutes les victimes potentielles (70 soignants et 700 patients « contact »), ce qui a permis de juguler très vite le phénomène, malgré un ressenti difficile des équipes soignantes concernées. »

Tableau de bord
Le site de la Direction générale de la santé affiche le bilan d'activité annuel de toutes les équipes opérationnelles d'hygiène à partir duquel est construit le tableau de bord des infections nosocomiales.

Amélioration des pratiques professionnelles AP², un nouvel outil pour tous

Le déploiement d'AP², la base de suivi et de partage des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) se fera progressivement dans l'ensemble des secteurs cliniques et médico-techniques au cours de l'année 2013.

Une nouvelle icône a rejoint récemment le bandeau supérieur de l'Intranet : il s'agit de la base de suivi des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), nommée AP² pour «analyse et amélioration des pratiques professionnelles».

Développé par l'AP-HP et déjà utilisé dans une dizaine de CHU français, AP² est un outil destiné à partager et à suivre les démarches d'EPP dans les PHU. De prise en main aisée et pédagogique, AP² est au service de tous les professionnels, facilitant la conduite de leurs projets d'EPP et permettant de valoriser leur implication.

Pour la prochaine visite de certification en 2014, la base AP² permettra de répondre aux exigences de la HAS en termes de mise en œuvre des démarches d'EPP.

Après une phase de test menée avec succès dans le pôle de gériatrie clinique et auprès de la pharmacie-stérilisation en début d'année, le service d'évaluation médicale et d'éducation thérapeutique (Seme) va progressivement déployer et présenter AP² aux acteurs de terrain dans l'ensemble des secteurs cliniques et médico-techniques de l'établissement, d'ici à fin 2013. Un temps de présentation sera également proposé à chaque comité transversal de l'établissement.

L'identification de référents EPP médicaux dans chaque PHU sera réalisée parallèlement. Ils auront notamment pour mission, en collaboration avec les correspondants EPP de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), de publier les démarches d'EPP de leur PHU dans AP².



Le logiciel est accessible depuis la page d'accueil de l'intranet.

Vous souhaitez en savoir plus ? Vous avez un projet d'EPP et souhaitez être accompagné ? N'hésitez pas à contacter l'équipe du Seme (BP-EPP@chu-nantes.fr).

Projet Ulysse

Le lauréat connu cet été

On connaîtra cet été le nom de la société retenue pour réaliser le nouveau système d'information hospitalier (SIH) du CHU de Nantes : celle qui aura su le mieux comprendre nos besoins et y apporter une réponse.

Le projet Ulysse consiste en la mise en place d'un nouveau système d'information centré sur le patient, ouvert sur le territoire, l'enseignement et la recherche. Le futur dossier informatisé permettra un partage de toutes les informations nécessaires à l'amélioration de la prise en charge du patient et de la sécurité des soins.

C'est l'objectif des 25 groupes de travail (composés de 200 professionnels du CHU, dont 70 praticiens hospitaliers et 60 soignants) qui ont participé pendant un an au dialogue compétitif avec deux éditeurs informatiques, leaders sur le marché mondial. Chaque groupe a travaillé sur un domaine précis : prise en charge médicale, soignante et administrative ; prescription ; bloc opératoire ; anesthésie-réanimation ; enseignement et recherche ; imagerie ; pharmacie...

Le dialogue compétitif est une procédure per-

mettant aux professionnels du CHU d'échanger avec les candidats, dans de strictes conditions d'égalité (durée, modalités...) pour identifier les moyens propres à satisfaire au mieux les besoins du CHU. Ces séances (210 heures de dialogue au total pour les 25 thématiques abordées) ont permis au CHU de préciser ses attentes et d'évaluer les logiciels présentés. De même, ces échanges ont facilité la compréhension de nos besoins par les éditeurs, leur permettant ainsi d'affiner leur offre.

Chacune des offres doit maintenant être analysée par les différents groupes projet Ulysse, selon des critères rigoureux et objectifs.

Le lauréat choisi par le CHU sera connu cet été.

Une deuxième phase du projet Ulysse débute en septembre. Les professionnels du CHU travailleront avec l'éditeur pour adapter le logiciel et préparer son déploiement.

La mise en place de ce nouveau système d'information nécessite une conduite du changement importante, facteur clé de la réussite du projet Ulysse, dans laquelle l'ensemble des acteurs de santé seront largement impliqués.



Prolonger ses vacances, avancer sa retraite... Du nouveau dans l'épargne-temps

Mettre des jours de congé « de côté » pour un projet, un voyage, prolonger ses vacances ou son congé parental... C'est le but du compte épargne-temps, dont les modalités ont récemment évolué.

En savoir plus

@RH – thème 04.05 Temps de travail – référentiel absences – fiche 5.16 CET
Note d'information n° 2013-49 du 8 février 2013.

Depuis le décret paru en décembre 2012 (modalités applicables au 1^{er} janvier 2012), les règles de gestion et d'utilisation du CET nouveau (dit pérenne) ont évolué :

- la durée du CET est désormais sans limite ;
- un seuil d'épargne maximum de 10 jours par an, au-delà de 20 jours est instauré ;
- les CET ont désormais un plafond global maximum de 60 jours ;
- un droit d'option est créé pour les agents ayant plus de 20 jours de CET.

Qui peut ouvrir un CET ?

Tous les agents de la fonction publique hospitalière, qu'ils soient titulaires, stagiaires ou contractuels – avec une ancienneté minimale d'un an (suite de contrats continus).

Comment alimenter le CET ?

Chaque année, au moment de l'élaboration du planning prévisionnel annuel par :

- le report des congés annuels (cinq jours au maximum), à l'exception des congés bonifiés ;
- le report d'heures ou de jours de RTT sans limitation ;
- le report d'heures supplémentaires, non récupérées et non indemnisées, sans limitation.

Comment utiliser les jours du CET ?

- pour les 20 premiers jours, obligatoirement sous forme de congés, sans attendre d'avoir cumulé 20 jours, en prenant le nombre de jours souhaité, même s'il est inférieur à cinq, sous réserve d'une demande préalable et des nécessités de service ; de plein droit à l'issue d'un congé de maternité, d'adoption, parental ou de solidarité familiale, dès lors que la demande en a été faite auprès du responsable de service ;
- au-delà du 20^e jour, au choix de l'agent. Les 20 premiers jours demeurent inscrits au CET sous forme de congés ;
- à compter du 21^e jour, plusieurs options : prise en compte des jours au régime de la retraite additionnelle de la fonction publique (fonctionnaires) ; indemnisation des jours ; maintien de tout ou partie des jours inscrits sur le CET, dans les limites indiquées en préambule.

Que se passe-t-il en cas de départ ?

Lors d'une mutation externe, la fiche du CET est transmise à l'établissement d'accueil. Le CET doit être soldé en cas de fin de contrat, de retraite, etc.



Laure de Decker coordonne l'unité régionale d'oncogériatrie créée en 2012

Oncogériatre

Le Dr Laure de Decker aide les cancérologues

Le Dr Laure de Decker, oncogériatre, milite pour la reconnaissance d'une discipline qui vient en complément de la gériatrie ou de la cancérologie, pour la prise en charge spécifique des patients âgés atteints de cancer.

60% des nouveaux cas de cancers et plus de 70% des décès par cancer surviennent au-delà de 65 ans, mais les traitements de référence en cancérologie ont été essentiellement validés pour des adultes plus jeunes. De ce constat est née une nouvelle discipline, choisie par Laure de Decker, oncogériatre, qui n'est pas devenue médecin par vocation ou tradition familiale: «Issue d'une famille ouvrière, je voulais être ingénieur. J'ai commencé médecine à la demande d'un proche gravement malade, confie-t-elle. Et cela m'a passionnée dès la première année! J'aime chercher, apprendre, comprendre. Je me suis donc vite destinée à la médecine interne, où les diagnostics sont les plus difficiles. Puis je me suis intéressée aux personnes âgées... ce qui m'a fait rapidement prendre conscience que la médecine a des limites. En gériatrie, la notion d'amélioration de la qualité de vie est importante. Au-delà de soigner, guérir, on peut faire en sorte que quelqu'un vive bien avec ses problèmes de santé, et prévenir les dégradations.»

La majorité des personnes âgées ont de nos jours un historique médical important, car elles ont été guéries dans le passé de maladies auxquels les générations précédentes ne survivaient pas mais dont elles gardent des séquelles plus ou moins lourdes: «La plupart

cumulent au moins huit maladies chroniques. Ils ont des fragilités parfois non symptomatiques, donc difficiles à identifier et à prévenir, mais qui, en cas de cancer, peuvent rendre inadaptés les traitements lourds préconisés chez le patient adulte plus jeune. C'est pourquoi l'évaluation réalisée par un gériatre ayant des connaissances en cancérologie est importante. Elle apporte à l'oncologue une expertise complémentaire afin d'adapter les traitements envisagés en fonction de la pathologie et de l'âge fonctionnel du patient, en tenant compte de sa volonté et son avis. Il m'est arrivé, par exemple, de déconseiller la prescription de principe d'une chimiothérapie en prévention d'une récurrence, chez un patient dont les antécédents médicaux induisaient un risque élevé que ce traitement le rende grabataire pour les quelques années qui lui restaient.»

Dans l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Nantes, trois médecins et deux infirmières sont formés à l'oncogériatrie. À la demande des cliniciens, ils se déplacent dans les services ou reçoivent en consultation les patients de plus de 75 ans atteints de cancer, afin d'identifier leurs fragilités en amont de la prise en charge thérapeutique. Il ne s'agit pas pour eux de se substituer au spécialiste, mais bien d'agir en vraie collaboration pour une prise en charge optimale.

La formation

Le diplôme universitaire d'oncogériatrie peut être préparé à Nantes (l'un des quatre centres français à le proposer). Il s'adresse aux médecins gériatres ou cancérologues, aux internes en médecine, infirmiers, cadres de santé, psychologues...

Une équipe mobile

Il existe un outil de screening, l'oncoencodage ou G8, qui permet d'établir en quelques minutes un score indiquant pour chaque patient si l'intervention d'un oncogériatre est recommandée. À la demande, l'équipe mobile du CHU se déplace dans le service d'hospitalisation et consacre deux heures à l'évaluation de chaque malade.

Contact : 87920 ou 260719



Projet artistique au CATTTP Philéas-Fogg Le grand déménagement

Trier, ranger, classer, jeter, dépouiller, emballer, emballer, dégarnir, transporter, enlever, partir... Un propos artistique déroutant proposé par Emilie Lemoine aux patients du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel Philéas Fogg au CHU de Nantes.



Diplômée de l'école des Beaux-Arts de Nantes, Emilie Lemoine développe un parcours artistique de plasticienne et de scénographe. Elle est intervenue dans le CATTTP Philéas-Fogg* tout début 2013 pour une dizaine d'ateliers hebdomadaires durant lesquels elle a fait travailler une douzaine de patients sur des interventions d'arts plastiques autour de l'idée de trier, classer, transformer et emballer...

Les patients ont par exemple été invités à exprimer leur meilleur souvenir, d'abord par écrit puis en le matérialisant. Pour lui donner forme, ils ont utilisé toutes sortes de matériaux, dont notamment du papier bulle. François, qui a pensé à une virée au Mont Saint-Michel faite enfant avec ses parents, a dû travailler le volume! Virginie, pensant aussi aux vacances familiales, a réalisé un sac de plage!

Un papier peint sonore

Lors d'une autre séance, les patients ont listé tous les bruits qu'ils entendent dans leur appartement (chaudière, réfrigérateur...), dans les couloirs de l'immeuble (cris, ascenseur...) et aux abords de leur logement (voitures,

oiseaux...). Tous ces sons ont été collectés puis rassemblés pour donner forme à des symboles, des onomatopées ou des objets. Ces images ont été peintes dans un camaïeu de bleu, découpées, puis regroupées, et enfin photographiées, dupliquées, et imprimées sur des lés de papier peint.

Pour clôturer cette belle collaboration, les œuvres ont été emballées dans des cartons et exposées entre un camion de déménagement et la salle du Doubs, place des Lauriers à Nantes, le 18 mars dernier. L'événement a donné lieu à un vernissage et un moment de partage. Chacun est reparti avec les souvenirs qu'il souhaitait emporter.

**Philéas Fogg est l'un des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTTP) du CHU de Nantes qui accueillent des patients souffrant de troubles psychiatriques. Ils constituent une vraie alternative à l'hospitalisation en permettant aux personnes suivies de venir quelques heures par semaine pour des thérapies de groupe, des ateliers artistiques, des rencontres... Le CATTTP est lieu non médicalisé où les patients viennent librement pour retrouver leur autonomie et leur place de citoyen. Une grande partie du travail en CATTTP se concentre sur la resocialisation. Ces structures font régulièrement appel à des artistes pour des projets culturels avec les patients.*



Délégation burundaise

13 mars

Pierre Nkurunziza, président de la République du Burundi, a été reçu au CHU dans le cadre d'une coopération régionale entre le Burundi et les Pays de la Loire.



Signature de convention pour le financement d'une infirmière en UNV

18 mars

Un programme d'éducation thérapeutique à l'unité neurovasculaire (UNV) avec le soutien du laboratoire Bayer HealthCare qui finance un complément du temps infirmier.



Semaine européenne de la vaccination du 22 au 27 avril

L'équipe du centre fédératif prévention dépistage s'est mobilisée au sein du CHU et dans le centre-ville de Nantes pour sensibiliser et informer le grand public, mais aussi les professionnels de santé, sur la vaccination et le nouveau calendrier vaccinal.



Venue de la ministre Michèle Delaunay

La ministre déléguée en charge des personnes âgées et de l'autonomie s'est rendue à l'hôpital Bellier. L'équipe du gérontopôle a pu lui exposer ses actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées.



Inauguration de l'hôpital de Clisson

4 juin

Inauguration de la fin des travaux de rénovation de l'hôpital Pierre Delaroché de Clisson qui marquait également la mutualisation des moyens entre le CHU de Nantes et l'hôpital local, sous la direction du CHU.



Conférence de Tobie Nathan

6 juin

Le P^r Tobie Nathan, ethnologue et psychanalyste, a donné une conférence sur le thème: « Pour une approche des soins interculturels: regards sur la maternité des femmes en exil ».



4^e journée nationale des innovations hospitalières

7 juin

L'évaluation des technologies de santé en milieu hospitalier était au cœur de cette journée organisée à l'attention de tous les acteurs de l'innovation hospitalière.



1^{re} journée de lutte contre la douleur PHU 2

11 juin

La 1^{re} journée douleur du PHU 2 (évaluation de la douleur, utilisation des antalgiques et des ressources complémentaires non médicamenteuses) a rencontré un vif succès en attirant pas moins de 150 professionnels.