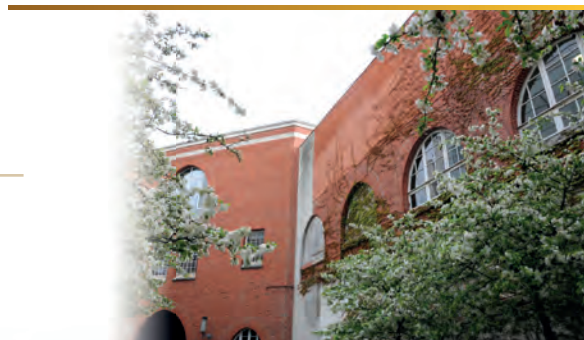


Rapport d'Activité 2014





Introduction



Fidèle aux valeurs du service public, le Centre Hospitalier Universitaire de Reims intervient avec une seule ambition : offrir des soins d'excellence et une prise en charge de qualité à l'ensemble des patients de la région Champagne-Ardenne.

Par l'établissement de ce rapport, à la rédaction duquel a été associé l'ensemble des services médicaux, logistiques et administratifs, le Centre Hospitalier Universitaire de Reims souhaite vous présenter quelques projets qui ont marqué l'année 2014. Dans ce cadre, techniques innovantes et programmes de recherche sont à l'honneur. Autant de projets qui contribuent aujourd'hui à construire la médecine de demain.

Ce rapport est enfin l'occasion de mettre en valeur l'action de l'ensemble des professionnels qui, chaque jour, permettent au Centre Hospitalier Universitaire de Reims d'assurer avec succès sa triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.



Sommaire



Sommaire.....	2
---------------	---

SOIGNER

Les nouveautés 2014

La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS).....	4
La Maladie de Dupuytren et son traitement par aponévrotomie per-cutanée	6
Le Séquenceur NGS	7

Des prises en charge sur mesure

La PARAF : une plateforme pour accompagner le couple aidant/aidé	8
Programme Hospitalier de Recherche (PHRIP)	10
Laboratoire de Pharmacologie et Toxicologie : Dosage des médicaments	12
Préventions des crises sanitaires : l'exemple du virus Ebola	13
Pharmacie clinique : la pharmacie au plus près des soignants et des patients	14

Des techniques de pointe

Une prise en charge pluridisciplinaire des tumeurs malignes osseuses	18
La prise en charge des tumeurs de l'orbite de l'adulte	20
La chirurgie de la base du crâne	21
IRM de diffusion corps entier	22

Accompagnement des agents

Travailleurs handicapés : le CHU de Reims engagé dans une politique pour l'emploi et contre les idées reçues	23
Mise en place d'une équipe de formateurs relais à la manutention des patients et des charges	25
Un réseau de collaboration au service des agents du CHU	26
Le Développement Personnel Continu : une démarche innovante au service du patient	28

La vie de l'établissement

Depuis 50 ans, l'école de l'AMH vient au chevet des enfants malades	30
L'exigence de la qualité, de la sécurité des soins et de la satisfaction des patients au CHU de Reims	32

CONSTRUIRE L'AVENIR

En 2014, le CHU a prolongé la réalisation de ses projets immobiliers	33
2014 : une année marquée par une nouvelle impulsion pour l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS)	36
IFSI : étoffer le cursus de préparation au concours infirmier	38
IADE et IFMERM : une collaboration renforcée entre les instituts de formation	39
IBODE : rétrospective de l'année 2014	41
L'évaluation des compétences : une méthode innovante à l'école de sages-femmes	42
L'année 2014 en images	43



LES NOUVEAUTÉS 2014

Pôle Psychiatrie des adultes et Service de Neurochirurgie / La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS)

Schizophrénie, fibromyalgie, dépression : le CHU se dote d'un outil de pointe au service de la psychiatrie et de la neurochirurgie.

En décembre 2014, le Pôle Psychiatrie Adultes du CHU de Reims et le Service de Neurochirurgie ont fait l'acquisition d'un appareil de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) permettant de traiter certaines pathologies psychiatriques et neurologiques. Un dispositif à la pointe de la technologie et aux applications transversales qui vient compléter le plateau technique d'exploration du fonctionnement cérébral.

La Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive consiste à appliquer à travers le crâne une série d'impulsions magnétiques sur le cortex cérébral au moyen d'une bobine. Concrètement, la technique permet d'agir sur l'activité neuronale par l'intermédiaire d'un champ électrique obtenu grâce à une variation rapide du flux magnétique. La répétition de ces impulsions magnétiques sur une zone précise permet de modifier de manière durable l'activité corticale physiologique. Les paramètres de la stimulation influent également sur les résultats obtenus. Ainsi, une stimulation à basse fréquence

va diminuer l'excitabilité corticale tandis qu'une stimulation à haute fréquence aura tendance à l'augmenter. La zone du cortex à stimuler diffère selon la pathologie à traiter.

Une précision facilitée grâce à la neuronavigation

L'utilisation thérapeutique de la stimulation magnétique cérébrale n'est pas une pratique récente : des tests avaient déjà été menés dans ce sens par Arsène d'Arsonval en 1896, même s'il faudra attendre un siècle de plus pour que les premiers essais sur une machine similaire à celles d'aujourd'hui soient réalisés. Les appareils modernes, comme celui acquis par le CHU, offrent toutefois une précision nettement supérieure grâce au principe de la neuronavigation, technique déjà très largement répandue en neurochirurgie. La zone à stimuler est repérée à l'aide d'un logiciel de guidage IRM couplé à un système de capture optique de mouvement dont une partie est située sur la tête du patient. L'utilisation de la neuronavigation permet ainsi un positionnement extrêmement précis de la bobine de stimulation et donc une meilleure efficacité du traitement, la zone stimulée n'excédant pas 1 cm².

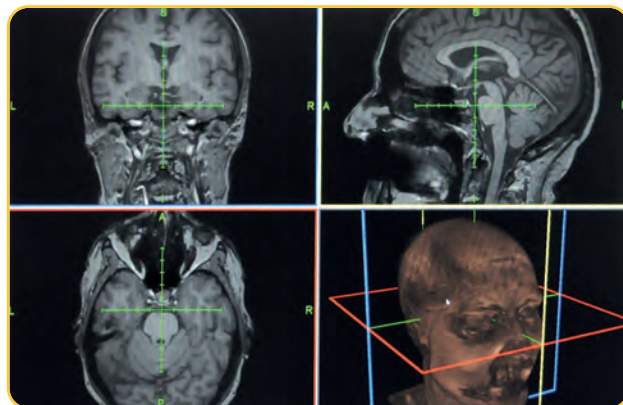


Des utilisations thérapeutiques multiples

La stimulation magnétique cérébrale est une technique non invasive particulièrement bien tolérée par les patients. Les contre-indications sont les mêmes que celles de l'IRM : présence d'un pacemaker ou d'un autre matériel médical électronique et inamovible, présence de corps ferromagnétiques (prothèses, implants, projectiles), dérivation ventriculo-péritonéale. Le traitement permet également d'éviter chez certains patients les effets secondaires provoqués par la prise de psychotropes. Aujourd'hui, la stimulation magnétique cérébrale est efficace pour traiter les patients atteints de dépression ou de douleur chronique neuropathique. Elle est aussi indiquée dans le traitement des symptômes psychotiques négatifs de la schizophrénie, la rééducation motrice d'un AVC ischémique ou le traitement des hallucinations auditives pharmaco-résistantes et des acouphènes. L'application de la rTMS pour les douleurs neuropathiques et les acouphènes permet également de sélectionner les patients répondeurs à l'implantation d'un stimulateur cortical épidural.

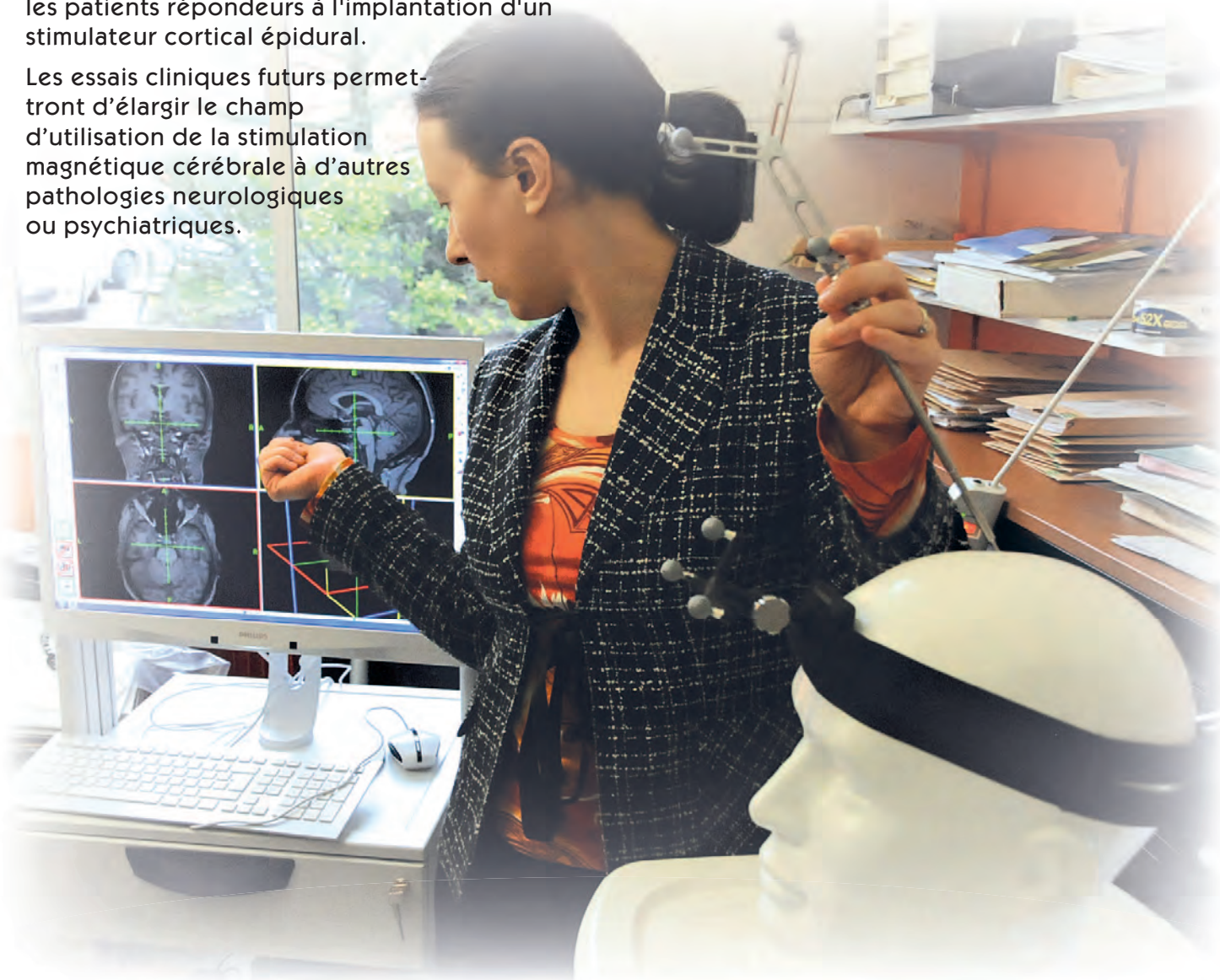
Les essais cliniques futurs permettront d'élargir le champ d'utilisation de la stimulation magnétique cérébrale à d'autres pathologies neurologiques ou psychiatriques.

D'une valeur totale de 130 000 €, le dispositif a été financé à 80% par les allocations ministérielles fournies au Service de Neurochirurgie pour le développement de



stimulation corticale et de la stimulation profonde dans la maladie de Parkinson et à 20% par le Pôle Psychiatrie des Adultes.

Pour l'heure, seuls quelques CHU en France disposent du matériel nécessaire pour proposer ce traitement à leurs patients.



Pôle Locomoteur/Rhumatologie / La Maladie de Dupuytren et son traitement par aponévrotomie per-cutanée

Maladie de Dupuytren : un mode de prise en charge sans opération développé au Service de Rhumatologie

La maladie de Dupuytren, qui se caractérise par une rétraction progressive des doigts, a durant longtemps été traitée par intervention chirurgicale. Depuis le mois de novembre 2014, le CHU de Reims propose une alternative grâce au traitement par aponévrotomie per-cutanée : une technique peu invasive qui tend à se développer rapidement.

La maladie de Dupuytren est une pathologie provoquée par une fibrose de l'aponévrose palmaire. L'aponévrose est une membrane qui entoure et protège les muscles situés dans la main. Progressivement, celle-ci va s'épaissir et des petites boules sous-cutanées, appelées nodules, puis des cordes de fibrose (ou brides) vont alors se former. En se rétractant, ces cordes vont entraîner une flexion progressive des doigts qui peut être plus ou moins prononcée selon le stade de la maladie. Les causes de cette maladie, qui touche 2 à 5% de la population et essentiellement des hommes quinquagénaires, sont encore mal connues. Un terrain génétique particulier ainsi que certains facteurs favorisants comme l'alcool ou le diabète peuvent toutefois augmenter les risques de développer la pathologie, l'un des premiers signes étant, outre la présence de nodules, l'incapacité du patient à poser sa main à plat sur une table.



L'aponévrotomie per-cutanée comme solution alternative

Jusqu'à tout récemment, le traitement de la maladie de Dupuytren nécessitait obligatoirement une intervention chirurgicale sous anesthésie afin de retirer la bride qui

entoure l'aponévrose. Le patient suivait ensuite des séances de rééducation pour retrouver ses fonctions. Le traitement par aponévrotomie per-cutanée est une alternative à la chirurgie développée depuis les années 70 au CHU Lariboisière à Paris mais récemment mis en place à Reims. Réalisé par les Docteurs Fauconier et Michel, au Service de Rhumatologie du CHU, il consiste à sectionner la bride à travers la peau à l'aide d'une aiguille fine en forme de biseau utilisée à la manière d'un scalpel. Cette technique, peu invasive, est pratiquée sous anesthésie locale durant une consultation. L'opération dure environ 30 minutes et plusieurs brides peuvent être retirées en même temps. Le patient retrouve immédiatement l'usage de sa main.

Un complètement à la chirurgie

Plus confortable pour le patient, le traitement par aponévrotomie per-cutanée n'a pourtant pas vocation à remplacer entièrement l'acte chirurgical. L'opération n'est en effet pratiquée que sur des patients dont la maladie est à un stade débutant ou modéré. Pour les formes plus graves, le recours à la chirurgie est indispensable. De même, le traitement n'est réalisé qu'au niveau de la paume de la main et cela afin de ne pas provoquer de lésions sur les nerfs situés dans les doigts. Un travail de collaboration avec les chirurgiens du CHU a donc été mis en place afin de déterminer le type d'intervention adaptée à la pathologie du patient. Actuellement, le traitement par aponévrotomie per-cutanée concerne une dizaine de patients au CHU.

Le séquençage de l'ADN est devenu un outil essentiel pour la Médecine, tant en génétique qu'en oncologie ou dans le domaine des maladies infectieuses.

Les applications diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques (avec anticipation de la sensibilité/résistance à un traitement et son suivi dans le temps) sont de plus en plus nombreuses. L'avancée rapide des connaissances sur le génome et les progrès techniques permettent maintenant de pouvoir lire plusieurs millions de bases simultanément, ce qui était impossible en technique de séquençage classique, dite de Sanger, initiée il y a environ 30 ans. Récemment, de nouveaux systèmes de séquenceurs à moyen et haut débit, dits NGS (*Next Generation Sequencing*), sont nés du couplage de la biologie moléculaire et de l'informatique, associant PCR et puces ADN miniaturisées à une analyse bioinformatique.

Les grandes applications en sont le séquençage de novo (détermination de génomes inconnus), le re-séquençage (mise en évidence des variations génomiques d'un échantillon séquencé, après comparaison à une séquence de référence) et les analyses fonctionnelles (transcriptome, modifications épigénétiques).

Les avantages du NGS sont :

- > son exhaustivité, qui permet, selon la stratégie choisie, l'analyse d'une région génique ciblée, d'un gène entier, d'un exome, voire du génome entier d'un microorganisme,
- > sa grande sensibilité, qui permet de détecter certains sous-clones dont l'impact clinique peut être important (mutations associées à une résistance aux traitements), ou encore d'analyser l'ADN d'un faible nombre de cellules tumorales dans des biopsies de petite taille,
- > sa rapidité, qui permet l'analyse simultanée d'un grand nombre de gènes pour un même patient et/ou d'échantillons de différents patients, et qui conduira à terme à une économie de réactifs et de temps technique.

Les limites du NGS sont :

- > l'analyse et le stockage d'importantes données numériques, qui nécessitent des compétences en bioinformatique et des

“pipelines informatiques” dédiés,

- > la multiplicité et la nouveauté des approches, qui rendent la standardisation difficile à l'heure actuelle,
- > la nécessité de personnels hautement qualifiés,
- > l'obtention d'informations génétiques qui dépassent le périmètre de l'analyse initiale, posant des questions éthiques sur l'exploitation de ces données, à court, moyen et long terme.

En 2014, le Pôle de Biologie du CHU de Reims s'est doté d'un système NGS moyen débit (appareil MiSeq, de la Société Illumina), à l'aide d'un financement du Plan National Maladies Rares 2011-2014. Les applications prévues au CHU de Reims en 2015 concernent les activités de génétique (analyse d'ADN mitochondrial), d'immunologie (analyse de groupes HLA), de cancérologie (KRAS, NRAS, BRAF, EGFR), d'oncogénétique (BRCA1/2) et d'hématologie (TP53).



En conclusion, le séquençage NGS est une technologie très prometteuse pour toutes les disciplines médicales, qui va bouleverser le diagnostic moléculaire et la prise en charge des patients. Elle s'applique aux aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques des maladies héréditaires et à la caractérisation de mutations dans les tumeurs, permettant de définir rapidement des traitements personnalisés. Les très nombreuses données générées nécessitent un traitement complexe et pluridisciplinaire par des personnels hautement spécialisés, afin de répondre aux problématiques scientifiques, médicales, informatiques et éthiques posées.

Pôle EHPAD / La PARAF : une plateforme pour accompagner le couple aidant/aidé

Prévues dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, les Plateformes d'Accompagnement et de Répit ont pour vocation d'apporter soutien et conseils aux aidants accompagnant au quotidien un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Depuis 2012, le Pôle EHPAD-USLD du CHU de Reims dispose ainsi de sa propre PARAF, pour Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants Familiaux. Un service qui s'inscrit dans la continuité du Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 et dont l'activité tend à se développer, aussi bien dans l'enceinte du CHU que vers l'extérieur.

Les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer ont des conséquences lourdes sur la vie des malades mais également sur leur entourage familial. Pour les aidants, accompagner un proche atteint d'une maladie neuro-dégénérative peut avoir des répercussions sur leur propre santé :

stress, anxiété, dépression... de plus en plus d'aidants ressentent ainsi le besoin de se faire épauler et de bénéficier de moments de répit. C'est dans ce cadre qu'intervient la PARAF. En proposant écoute, information, formation, accompagnement psychologique et répit aux aidants. Définie dans le Plan Alzheimer comme "la prise en charge temporaire physique, émotionnelle et sociale d'une personne dépendante dans le but de permettre un soulagement de son aidant principal", la notion de répit de l'aidant se concrétise notamment par l'appui de la PARAF sur des structures d'accueil de jour (ADJ) et d'hébergement temporaire, respectivement de 15 et 5 places, situées à la résidence Wilson. L'accueil de jour prend en charge les malades de 9h à 16h pour une durée illimitée à raison de 1 à 4 jours par semaine ; l'hébergement temporaire les accueille en continu sur une durée allant de 1 semaine à 1 mois, pour un maximum de 90 jours par année. Dans les deux cas, l'objectif est d'offrir du temps libre à l'aidant afin de réduire les risques d'épuisement physique

et psychologique. Cela passe par exemple par des séances d'écoute psychologique, des sorties communes ou l'ouverture de séjours vacances aux couples aidants-aidés.

Le "Bistrot Mémoire" pour rompre l'isolement social

Au-delà de ses missions d'accueil, la PARAF propose en effet des ateliers de temps partagé durant lesquels l'aidant et l'aidé se retrouvent autour d'une activité commune.



C'est le cas notamment du "Bistrot Mémoire" : un après-midi par mois, des séances, organisées dans un café Rémois, offrent la possibilité à chacun de s'exprimer, d'échanger sur sa situation ou celle des autres participants et au final de rompre la solitude et l'isolement social. Encadrées par une psychologue, des professionnels de la Plateforme et des bénévoles, ces séances sont ouvertes au public et traduisent la volonté via la PARAF d'ouvrir les services vers l'extérieur.

Développer la coopération avec les autres acteurs de la Région

Dans les prochains mois, les relations devraient encore s'intensifier entre la Plateforme et les autres organismes locaux et régionaux tels que l'ORRPA (Organisme Rémois des Retraités et des Personnes Âgées), l'URIOPSS Champagne-Ardenne (Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux), les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) ou encore l'Association France Alzheimer.

Objectif : entrer en contact de manière plus précoce avec les malades et leurs accompagnants afin de leur proposer en amont de l'institution une prise en charge plus adaptée à leurs besoins (accompagnement psychologique, formation, ateliers...) et qui ne se limite donc pas au placement du malade dans une structure d'accueil spécialisée. D'autres projets sont également à l'étude comme celui de disposer de plusieurs places pour répondre aux demandes d'accueil temporaire d'urgence ou encore pour développer les visites pluridisciplinaires à l'extérieur, notamment à domicile.

Une équipe pluridisciplinaire

La PARAF regroupe différents professionnels du CHU et supervise l'activité de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. Elle se compose de :

- > Mme Dubar, Psychologue : Pilote de la Plateforme
- > Mme Holvoote : secrétaire
- > Dr Lhermitte : coordinatrice de l'Hébergement Temporaire
- > Mme Dacosta, Infirmière : coordinatrice de l'Accueil de Jour
- > Mme Gareau : assistante sociale

Elle est placée sous la direction du Dr Munsch, Chef du Pôle EHPAD-USLD et de M. Dolomie, Directeur des Sites Extérieurs du CHU.



Marie Françoise GAREAU - Chantal DA COSTA - Sandrine COUPLLET - Natacha DUBAR - Alexandra HOLVOOTE - Frédéric MUNSCH

■ ■ Pôles Digestif-Urologie-Néphrologie-Endocrinologie (DUNE) / Néphrologie / Programme Hospitalier de Recherche (PHRIP)

Néphrologie : un programme de recherche Infirmière et Paramédicale pour améliorer la prise en charge des patients en insuffisance rénale chronique.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie des reins qui implique chez la plupart des patients le recours à des séances lourdes et régulières d'hémodialyse. Depuis 2012, le Service de Néphrologie et le Pôle Recherche du CHU de Reims se sont lancés dans la formalisation d'un Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) dans le but de mesurer la qualité de vécu de ces séances d'hémodialyse par le patient et à terme de contribuer à améliorer sa qualité de vie globale.

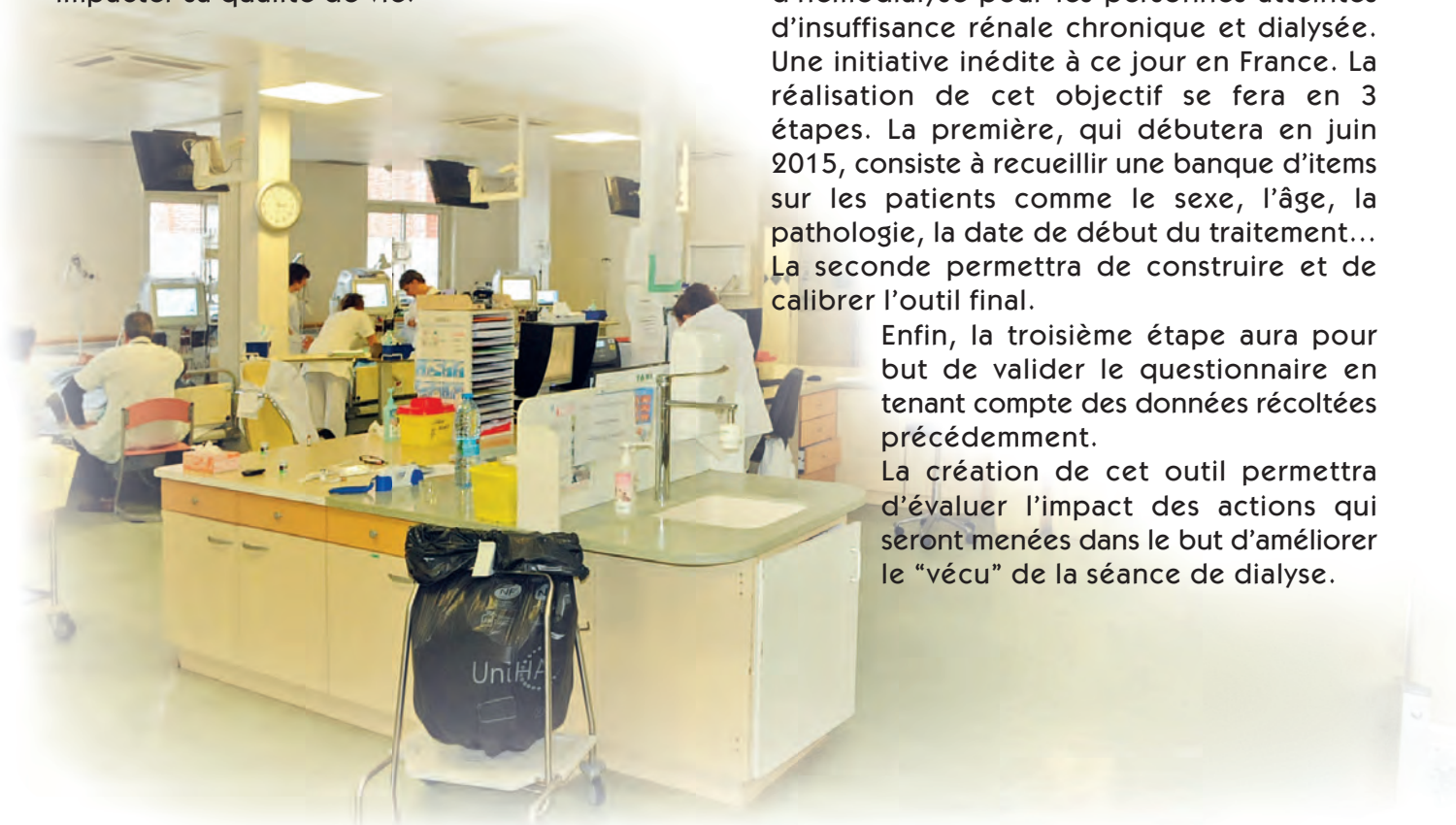
L'insuffisance rénale est une altération progressive et permanente du fonctionnement des reins qui ne sont plus en mesure de filtrer et d'éliminer les déchets présents dans le sang, mettant la vie du patient en danger. Pour pallier à ce dysfonctionnement, le traitement le plus couramment utilisé est celui de l'hémodialyse, qui consiste à épurer le sang à l'aide d'un dialyseur via un circuit extracorporel. Le traitement par hémodialyse est lourd : chaque semaine, le patient doit suivre 3 séances de 4 heures chacune. Des contraintes qui engendrent un bouleversement profond dans la vie professionnelle et familiale du patient et qui peuvent altérer sa santé physique et psychique, et au plus long terme impacter sa qualité de vie.

Un outil pour mesurer la qualité des séances

Partant de ce constat, les équipes de néphrologie, en collaboration avec celles du Pôle Recherche, ont décidé en 2012 de constituer un dossier de PHRIP auprès du Ministère de la Santé. Depuis 2010, ces programmes pilotés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), ont pour vocation de soutenir et de promouvoir le développement de la recherche sur des soins réalisés par les professionnels infirmiers et paramédicaux. Le projet porté par le CHU de Reims, qui a été retenu en 2014 et financé à hauteur de 102.821€, entend ainsi répondre à un réel besoin en établissant un instrument de mesure de qualité de vécu d'une séance d'hémodialyse pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et dialysée. Une initiative inédite à ce jour en France. La réalisation de cet objectif se fera en 3 étapes. La première, qui débutera en juin 2015, consiste à recueillir une banque d'items sur les patients comme le sexe, l'âge, la pathologie, la date de début du traitement... La seconde permettra de construire et de calibrer l'outil final.

Enfin, la troisième étape aura pour but de valider le questionnaire en tenant compte des données récoltées précédemment.

La création de cet outil permettra d'évaluer l'impact des actions qui seront menées dans le but d'améliorer le "vécu" de la séance de dialyse.



Une étude d'envergure et multicentrique

Pour assurer la fiabilité de l'instrument de mesure, ce sont environ 320 patients qui seront intégrés à l'étude, en provenance du CHU de Reims mais également des hôpitaux de Troyes, Soissons, Laon, Charleville-Mézières et de l'Association Régionale Promotion Dialyse à Domicile (ARPDD). En interne, l'étude est conduite par Mme KHAZNADJI, Cadre Supérieur de santé du Pôle DUNE - Mme FLATET, Cadre de santé en hémodialyse - le Docteur TOURE, Néphrologue - Mme WOLAK-THIERRY, méthodologiste biostatisticienne au Pôle Recherche - le Dr DRAME, Chef de Projet au Pôle Recherche et Mme BROCHOT, Chef de Projet DRCl au Pôle Recherche. Un travail transversal qui se poursuivra jusqu'à la fin du programme en juin 2018.

Un projet sur le long terme

Ce programme n'est que la première étape d'un projet qui s'inscrit dans une démarche à long terme. Les résultats recueillis dans le cadre du PHRIIP 2015-2018 serviront ainsi de

base pour l'élaboration d'un nouveau programme dont la finalité sera d'améliorer le vécu d'une séance d'hémodialyse grâce à l'utilisation de compléments occupationnels. En 2012, un essai avait été mené en ce sens sur 8 patients, qui ont pu pratiquer une activité physique (vélo en position allongée) durant leur séance d'hémodialyse. Les premiers résultats avaient permis de constater une amélioration du vécu de la séance ; ils devront être mis en relation avec ceux de l'étude en cours.

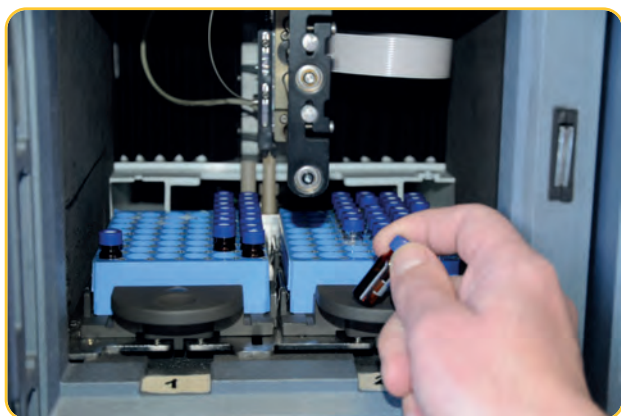
Les conclusions tirées de ces différentes études feront l'objet de publications dans des revues spécialisées et pourront servir pour d'autres recherches à l'échelle nationale. De plus, ce partage de savoir tend à améliorer la qualité des prises en charge à une plus grande échelle. Aujourd'hui, on estime à environ 1,7 million le nombre de personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique en France.



■ ■ Pôle Biologie/Laboratoire de Pharmacologie et Toxicologie / Dosage des médicaments

Présentation du laboratoire de Pharmacologie et Toxicologie

Le laboratoire se compose d'une équipe de techniciens spécialisés et de biologistes membres de différentes sociétés savantes nationales et internationales (Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique, Société Française de Toxicologie Analytique, *British Pharmacological Society*...).



Le laboratoire est qualifié dans l'identification et le dosage des médicaments et des toxiques dans les matrices biologiques ou non biologiques. Il développe et maîtrise des techniques analytiques adaptées telles que les chromatographies avec détection par spectrométrie de masse. Le laboratoire assure **le suivi thérapeutique pharmacologique avec un conseil individualisé** pour des médicaments tels que : immunosuppresseurs, anti-infectieux (antibiotiques, antifongiques, antiparasitaires, antiviraux et antirétroviraux...), neuroleptiques et antidépresseurs, antiépileptiques, médicaments du diabète (metformine et hypoglycémifiants oraux) et médicaments des addictions (nicotine et cotinine, buprénorphine et méthadone). Le suivi thérapeutique pharmacologique a pour principal objectif **d'optimiser** la stratégie thérapeutique pharmacologique à l'échelon individuel. Il est particulièrement indispensable pour les médicaments à **marge thérapeutique étroite**, c'est-à-dire ayant une concentration toxique proche de la concentration efficace. Il est également important pour des médicaments dont le devenir dans l'organisme, et en conséquence la balance bénéfice-risque, peut être influencé par des facteurs physiologiques (âge, poids, sexe),

pathologiques (insuffisances rénale, hépatique et cardiaque, état inflammatoire...), génétiques et/ou des associations médicamenteuses. Une activité de pharmacogénétique est également développée (par exemple pour les médicaments anti-vitamine K...).

Dans le domaine de la toxicologie, le laboratoire participe à l'échelon régional au suivi des intoxications aiguës et chroniques, à la prise en charge des toxicomanes bénéficiant de traitements de substitution et à la réalisation d'expertises médico-légales. **L'activité de toxicologie biologique et médico-légale** consiste à identifier et/ou à doser des médicaments, des drogues et des toxiques qui vont être recherchés en fonction de l'anamnèse, de la symptomatologie ou du contexte, et à fournir une aide à l'interprétation des résultats **pour confirmation d'un syndrome toxique et/ou contribution à un diagnostic différentiel**.

Enfin, le laboratoire propose le dosage d'un certain nombre de **métaux/métalloïdes et vitamines** dans le cadre de bilans nutritionnels (ex : détection des carences...) ou dans différents contextes pathologiques.

En parallèle de cette activité, le laboratoire est impliqué dans les projets de **recherche en pharmacologie clinique** avec des équipes locales et nationales.

Par ailleurs, l'équipe du laboratoire participe activement aux **enseignements** de pharmacologie-toxicologie à l'UFR médecine-pharmacie, à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et à l'école de Sages-Femmes.

L'équipe médicale du laboratoire.



■ ■ Pôle Urgences Réanimation Anesthésie Douleur (URAD) / Préventions des crises sanitaires : l'exemple du virus Ebola

En décembre 2013 plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest sont confrontés à une épidémie de fièvre hémorragique virale de type Ebola.

En août 2014 L'OMS déclare cette épidémie comme une urgence de santé publique de portée mondiale.

Les principaux pays touchés sont la Sierra Leone, le Libéria et la Guinée.

Devant la crainte d'une importation de la maladie sur le sol français, des mesures barrières sont mises en place dans les aéroports et le ministère de la Santé demande aux hôpitaux de se préparer à la détection et à la prise en charge de malades porteurs du virus.

Afin de répondre à cette demande, le CHU met en place des réunions de sensibilisation à destination du personnel des services d'accueil des urgences adulte, pédiatrique, du pôle femme-parents-enfant et des maladies infectieuses.

La prise en charge de ces malades imposant un haut degré de protection, pas la moindre parcelle de peau ne devant être accessible au virus, des kits de prise en charge sont réalisés par la pharmacie et des protocoles stricts de prise en charge, habillage

et déshabillage sont élaborés par les formateurs NRBC de l'établissement.

Toutes ces actions ont été mises en place en collaboration avec le service de maladie infectieuse, de virologie, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et la cellule de la qualité et gestion des risques.

Au total 18 sessions de formation d'une durée de 4 heures sont organisées permettant la formation de 152 agents.

Afin de valider les protocoles de prise en charge au sein du service des urgences adultes un exercice a eu lieu en décembre 2014 (photos ci-dessous).

De la même manière un exercice inter-service (Pompier, Police, Gendarmerie, SMUR) a permis de tester la coordination des différentes équipes pour la prise en charge d'un cas suspect en dehors d'un établissement de santé.



Brancard bulle

■ ■ Pôle Pharmacie – Pharmacovigilance / Pharmacie clinique : la pharmacie au plus près des soignants et des patients

La pharmacie clinique est l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité et la précision selon laquelle les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients¹.

La pharmacie du CHU de Reims a la volonté de développer cette pratique pharmaceutique centrée sur le patient en délocalisant les pharmaciens hospitaliers dans les unités de soins. Leur mission : garantir la qualité de la prise en charge médicamenteuse et prévenir les risques d'iatrogénie.

Le développement de la pharmacie clinique a pour objectif de rapprocher le pharmacien hospitalier du patient. Au sein du service clinique, une collaboration entre le pharmacien clinicien et l'équipe soignante permet de mettre en commun des connaissances pharmaceutiques et médicales pour définir des stratégies thérapeutiques à la fois plus efficaces et plus sûres pour le patient. Le pharmacien clinicien met ainsi en application son jugement et sa culture pharmaceutique au service du patient : il travaille en interface avec l'équipe soignante pour optimiser la qualité et la sécurité de prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins.

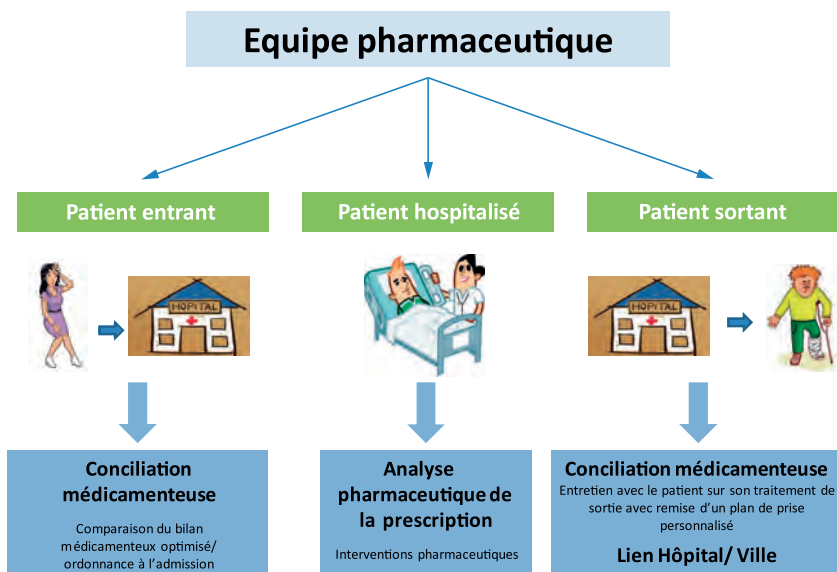
De nombreuses études démontrent que les erreurs médicamenteuses surviennent principalement aux étapes de transition du patient (début d'hospitalisation, transfert entre services, retour à domicile). Ces erreurs sont le plus souvent dues à des défauts de transmission d'informations entre professionnels de santé aux étapes de prescription et d'administration². La pharmacie clinique améliore la pertinence et la sécurité de la prise de médicament par l'intégration du conseil pharmaceutique dans le processus de soin quotidien, avant, pendant et après l'hospitalisation, et contribue à la réduction des surcoûts associés à cette iatrogénie.

Focus sur la pharmacie clinique dans deux services de soins

En Chirurgie orthopédique et traumatologique

La prise en charge médicamenteuse en chirurgie est considérée à risque du fait de la multiplicité des prescripteurs (chirurgiens, anesthésistes), des situations de transfert (domicile, bloc, salle de réveil, unité de soins) et des classes pharmaco-thérapeutiques prescrites (antibiotiques, anticoagulants, antalgiques).

Depuis novembre 2014, une équipe pharmaceutique constituée de deux étudiants en pharmacie de 5^e année hospitalo-universitaire, d'un interne en pharmacie et d'un pharmacien, est présente tous les matins au sein de l'unité B du service de Chirurgie orthopédique et traumatologique.



Les pharmaciens cliniciens interviennent à toutes les étapes du parcours de soins. Dès l'entrée du patient, l'équipe pharmaceutique réalise un bilan optimisé du traitement médicamenteux du patient, en se basant sur 3 sources minimum (i.e. appel du pharmacien d'officine, entretien-patient, consultation du dossier anesthésiste et de l'ordonnance détenue par le patient à son arrivée). Ce bilan est ensuite comparé avec l'ordonnance des médicaments rédigée lors de l'admission du patient dans le service : on parle alors de "conciliation médicamenteuse". En cas de divergences entre ces deux documents, l'équipe pharmaceutique et le prescripteur se concertent pour distinguer les divergences intentionnelles (souhaitées par le prescripteur en fonction du contexte clinique) des divergences non intentionnelles, sources d'erreurs médicamenteuses. Pendant le séjour du patient, l'équipe pharmaceutique réalise une analyse de la prescription médicamenteuse en s'appuyant notamment sur les résultats biologiques du patient. Cette analyse permet de vérifier la disponibilité des produits, de détecter des erreurs médicamenteuses (posologies, interactions médicamenteuses) et d'identifier des possibilités d'améliorations thérapeutiques (telles que des modifications du plan de prise). Ces interventions pharmaceutiques établies selon les critères de la Société Française de Pharmacie Clinique³ sont transmises au médecin prescripteur à l'oral et à l'écrit sous forme d'une fiche d'intervention formalisée. A la sortie du patient, il est envisagé d'effectuer une nouvelle "conciliation médicamenteuse" et de proposer au patient un entretien durant lequel le pharmacien lui expliquera son traitement et s'assurera de son adhésion. Un plan de prise personnalisé qui pourra servir de lien entre l'Hôpital et la Ville (pharmacie d'officine) lui sera remis.

Chirurgie orthopédique et traumatologique : premier bilan sur 3 mois

L'équipe pharmaceutique a pris en charge 70 patients dans le service.

A l'entrée des patients, le temps moyen de conciliation était de 29 minutes. Sur 384 médicaments relevés au niveau du bilan médicamenteux optimisé, 134 médicaments ont fait l'objet d'une divergence dont 47 non intentionnelles soit 12%. Un médicament a été omis dans 51% des cas. Une erreur de posologie a été recensée dans 36% des divergences non intentionnelles et les 12% restants étaient un rythme d'administration ou une appellation d'un médicament erroné. Lors de l'entretien avec le patient, 54,2% des patients avaient recours à une automédication. Pendant l'hospitalisation, l'analyse pharmaceutique des prescriptions a conduit à 90 interventions pharmaceutiques. Le taux d'acceptation par le prescripteur était de 72%. 41,5% des interventions étaient liés à des prescriptions de médicaments non inscrits au livret thérapeutique. Dans ce cas, le pharmacien propose un autre médicament et posologie et surveillance si besoin. Une adaptation posologique a été conseillée dans 21,3% des cas. Une contre indication d'un médicament a été retrouvée dans 4,6% des cas nécessitant un arrêt du traitement.



En Cardiologie

Depuis décembre 2014, la présence d'une équipe pharmaceutique à mi-temps en service de Cardiologie a permis la mise en place d'entretiens pédagogiques chez les patients traités par anticoagulants oraux.

Devant le risque hémorragique associé à la prise d'anticoagulants, une démarche coordonnée d'information et d'éducation des patients s'avère primordiale pour garantir le bon usage de ces médicaments.



Ces entretiens pédagogiques sont réalisés alternativement par un interne ou un étudiant en 5e année hospitalo-universitaire, encadrés par le pharmacien référent du service.

L'utilisation de cartes-questions permet d'explorer avec le patient 4 domaines d'informations :

- ◆ La maladie et ses complications (Quel est le nom de votre maladie ? / Comment définiriez-vous votre maladie ? / Quels sont les risques majeurs de votre maladie ?)
- ◆ Le traitement anticoagulant (Qu'est-ce qu'un anticoagulant ? / Quel est le principal risque des anticoagulants ? / Comment dois-je prendre mon anticoagulant ?)
- ◆ L'adhésion au traitement (Pensez-vous qu'il est possible d'arrêter son traitement anticoagulant ? / Si vous avez oublié de prendre votre comprimé, quel est le risque ? / Si vous avez oublié de prendre votre comprimé, que faites-vous ?)
- ◆ La vie quotidienne sous traitement (Avez-vous une carte "Patient sous anticoagulant" ? A quoi sert-elle ? / Que faire en cas d'hématomes et/ou de saignements ? / Que faire en cas de douleur ou de fièvre ?)

La formulation de questions ouvertes incite le patient à s'exprimer librement sur ses connaissances, incertitudes et questions. Un guide d'accompagnement personnalisable avec le patient au cours de l'entretien, est en cours d'élaboration pour optimiser la diffusion des informations nécessaires à l'observance et au suivi correct du traitement anticoagulant.

Une fiche de liaison Hôpital-Ville a également été mise en place pour transmettre au médecin traitant et au pharmacien d'officine, les informations relatives au traitement anticoagulant instauré et à l'entretien réalisé à l'hôpital. Cette interface entre professionnels de santé vise à renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient sous anticoagulant oral à toutes les étapes de son parcours de soins.

1J. Calop et al. Pharmacie Clinique et Thérapeutique 4e Ed. 2012

2Seamless Care Task Force of the Canadian Pharmacists Association and the Canadian Society of Hospital Pharmacists. Statement on seamless care. Ottawa (ON) : Canadian Society of Hospital Pharmacists, 2004.

3 www.sfpc.eu

Cardiologie : premier bilan à 5 mois

L'équipe pharmaceutique a réalisé 75 entretiens pédagogiques. L'âge moyen des patients vus en entretien était de 71 ans. Les indications de traitement anticoagulant étaient principalement représentées par la fibrillation auriculaire (55%) et l'embolie pulmonaire (19%). Les entretiens ont duré en moyenne 26 minutes (jusqu'à 55 minutes selon les patients). Aucun patient mis sous traitement n'a refusé de participer. Les questions posées par les patients portaient principalement sur leur maladie ("la fibrillation auriculaire est-elle liée au cancer du sein?"), les modalités de prise du traitement ("ma crème anti-inflammatoire est-elle contre-indiquée?") et les interactions alimentaires ("dois-je suivre un régime sans sel avec ce traitement?"). Les fiches de liaison Hôpital-Ville ont été envoyées à 12 médecins traitants et 12 pharmacies d'officine. Suite à cet envoi, 2 médecins et 1 officinal ont reprogrammé un entretien avec le patient en tenant compte des points abordés à l'hôpital.



Pôle Locomoteur / Une prise en charge pluridisciplinaire des tumeurs malignes osseuses

Les tumeurs malignes osseuses sont des tumeurs cancéreuses divisées en deux catégories : les tumeurs primitives, comme l'ostéosarcome, pour laquelle le CHU de Reims est Centre de Référence Régional ; et les tumeurs secondaires ou métastases osseuses. Deux pathologies différentes qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire du patient.

L'ostéosarcome est une tumeur primitive maligne qui se développe principalement sur des squelettes en croissance et qui touche donc en priorité les adolescents (pris en charge en pédiatrie) mais aussi les jeunes adultes. Les premiers symptômes se matérialisent généralement par une tuméfaction et des douleurs au niveau d'un segment osseux, notamment le genou ou le fémur, avant qu'une radiographie ne permette de diagnostiquer la maladie. Rare – une quinzaine de cas adultes traités chaque année au CHU de Reims – mais extrêmement agressive, l'ostéosarcome nécessite dès lors une prise en charge en urgence. Plusieurs examens sont pratiqués sur le patient : une biopsie osseuse (prélèvement de petits fragments d'os), une IRM, une scintigraphie (technique d'imagerie médicale) et un scanner thoraco-abdomino-pelvien (corps entier) afin de détecter la présence de métastases. Les résultats de la biopsie et du bilan d'extension, qui permettent de préciser le profil de la tumeur, sont ensuite analysés au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à laquelle participent des praticiens du CHU et de l'Institut Jean Godinot. Cette RCP permet d'établir un plan personnalisé de soin (nombre de séance de chimiothérapie, modalités, geste chirurgical...) qui sera exposé au patient lors d'une consultation d'annonce en présence d'une infirmière dédiée et d'une psychologue.

Le traitement chirurgical de l'ostéosarcome
Le geste chirurgical sera adapté et fonction de la réponse au traitement. L'intervention chirurgicale consistera le plus souvent en une exérèse large, c'est-à-dire le prélèvement d'une partie plus ou moins importante de l'os attaqué par la tumeur, et sera réalisée par le chirurgien. La partie retirée est ensuite

remplacée par une grosse prothèse dite de reconstruction. Une fois l'opération réalisée, des analyses sont menées afin de déterminer si l'ensemble de la tumeur a été retiré et le pourcentage de cellules cancéreuses détruites par la chimiothérapie : un taux supérieur à 90% indique une bonne réponse et un meilleur pronostic. Une chimiothérapie adjuvante est alors prescrite et le patient entre en phase de rémission.



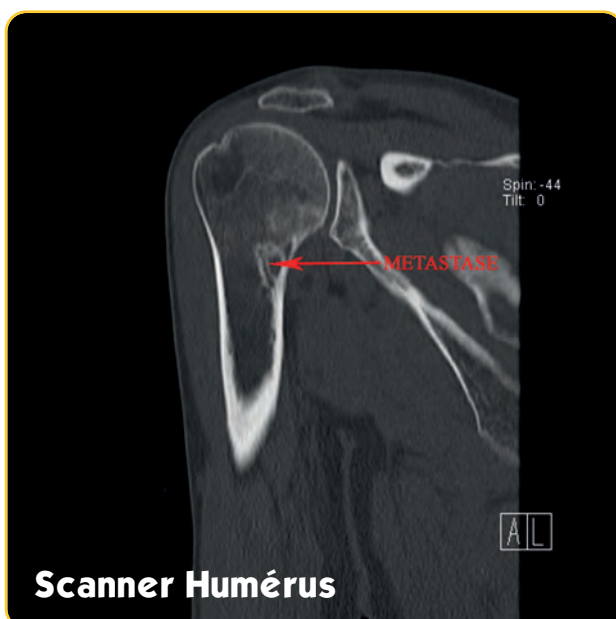
Une phase de rémission de 5 ans

La chimiothérapie et la chirurgie permettent un traitement curatif de l'ostéosarcome. Toutefois, le patient qui a été pris en charge fait l'objet d'une surveillance fréquente durant la première année puis d'une surveillance annuelle pendant un minimum de cinq ans afin de prévenir les risques de récurrence. Ce n'est qu'une fois cette période passée qu'il est considéré comme guéri. Actuellement, le taux de survie des patients est d'environ de 75% grâce à cette prise en charge pluridisciplinaire contre 45% par le passé.

Les tumeurs malignes secondaires

Les métastases osseuses sont des tumeurs malignes secondaires qui se développent suite à un cancer viscéral (thyroïde, sein, prostate, tube digestif, poumons...) : les cellules malignes se propagent de la zone touchée par la tumeur primaire vers les os, généralement par l'intermédiaire des voies sanguines. La prise en charge du patient est également pluridisciplinaire : son dossier est examiné dans une RCP, en présence d'un chirurgien, d'un rhumatologue et d'un radiologue du CHU et d'un oncologue et d'un radiothérapeute de l'Institut Jean Godinot, qui vont déterminer si un acte

chirurgical et/ou une radiothérapie sont nécessaires et établir ensemble le programme personnalisé de soin du patient. Contrairement à la prise en charge de l'ostéosarcome, le traitement des métastases osseuses est le plus souvent palliatif : les soins prodigués auront donc d'avantage pour vocation d'augmenter et d'améliorer la qualité de vie du patient en stabilisant son état, en soulageant ses douleurs et en préservant au mieux ses fonctions. Chaque année, une centaine de personnes sont présentées et suivies en RCP os au CHU de Reims pour des métastases osseuses.



■ ■ Pôle Tête et Cou/Ophthalmologie / La prise en charge des tumeurs de l'orbite de l'adulte

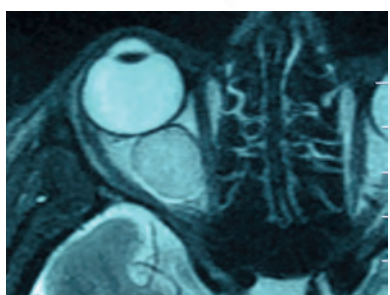
Les tumeurs orbitaires de l'adulte représentent une pathologie assez peu fréquente mais qui pose des problèmes de diagnostic et de prise en charge thérapeutique. Actuellement, par ordre de fréquence, les tumeurs les plus souvent rencontrées sont les lymphomes orbitaires puis les méningiomes orbitocrâniens, les tumeurs d'origine ORL propagées à l'orbite, les tumeurs de la glande lacrymale et les hémangiomes caverneux, tumeurs bénignes.

Le diagnostic est grandement facilité par l'imagerie : tomodensitométrie, IRM, échographie orbitaire, qui permet de localiser de façon précise la tumeur et de se faire déjà une idée de son diagnostic histologique : tumeur bien limitée, de type kystique comme dans les hémangiomes caverneux ou tumeurs diffuses comme dans certains lymphomes ou métastases.



Ablation d'une tumeur de l'orbite par voie antérieure transcutanée

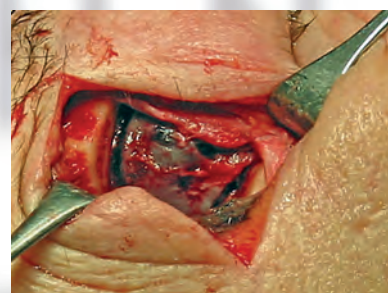
La prise en charge fait appel à une orbitotomie le plus souvent : orbitotomie par voie antérieure dans les tumeurs d'accès aisé ; orbitotomie latérale avec dépose osseuse (intervention de Krönlein) dans les tumeurs



Hémangiome caverneux situé en arrière du globe oculaire (IRM coupe axiale)

de la glande lacrymale ou de la partie latérale de l'orbite ; également par des abords transconjonctivaux permettant d'aborder les tumeurs rétro-oculaires en

longeant le globe oculaire. Ces chirurgies ne sont pas dénuées de complications en particulier une cécité toujours possible et également un trouble oculomoteur avec diplopie. L'examen anatomopathologique de la pièce ou de la biopsie réalisée permettra d'affirmer le diagnostic étiologique et d'orienter secondairement le patient : s'il s'agit d'un lymphome vers l'hématologiste, s'il s'agit d'une tumeur métastatique vers l'oncologue correspondant ou vers l'ORL s'il s'agit d'une tumeur de la sphère ORL propagée vers l'orbite.



Orbitotomie latérale avec dépose osseuse

Les ostéoméningiomes nécessitent eux une prise en charge neurochirurgicale et ophthalmologique qui permet de retirer la partie la plus importante du méningiome et de décompresser en particulier le nerf optique.



Orbitotomie par voie transconjonctivale pour une tumeur située derrière le globe oculaire, après dépose du muscle droit latéral

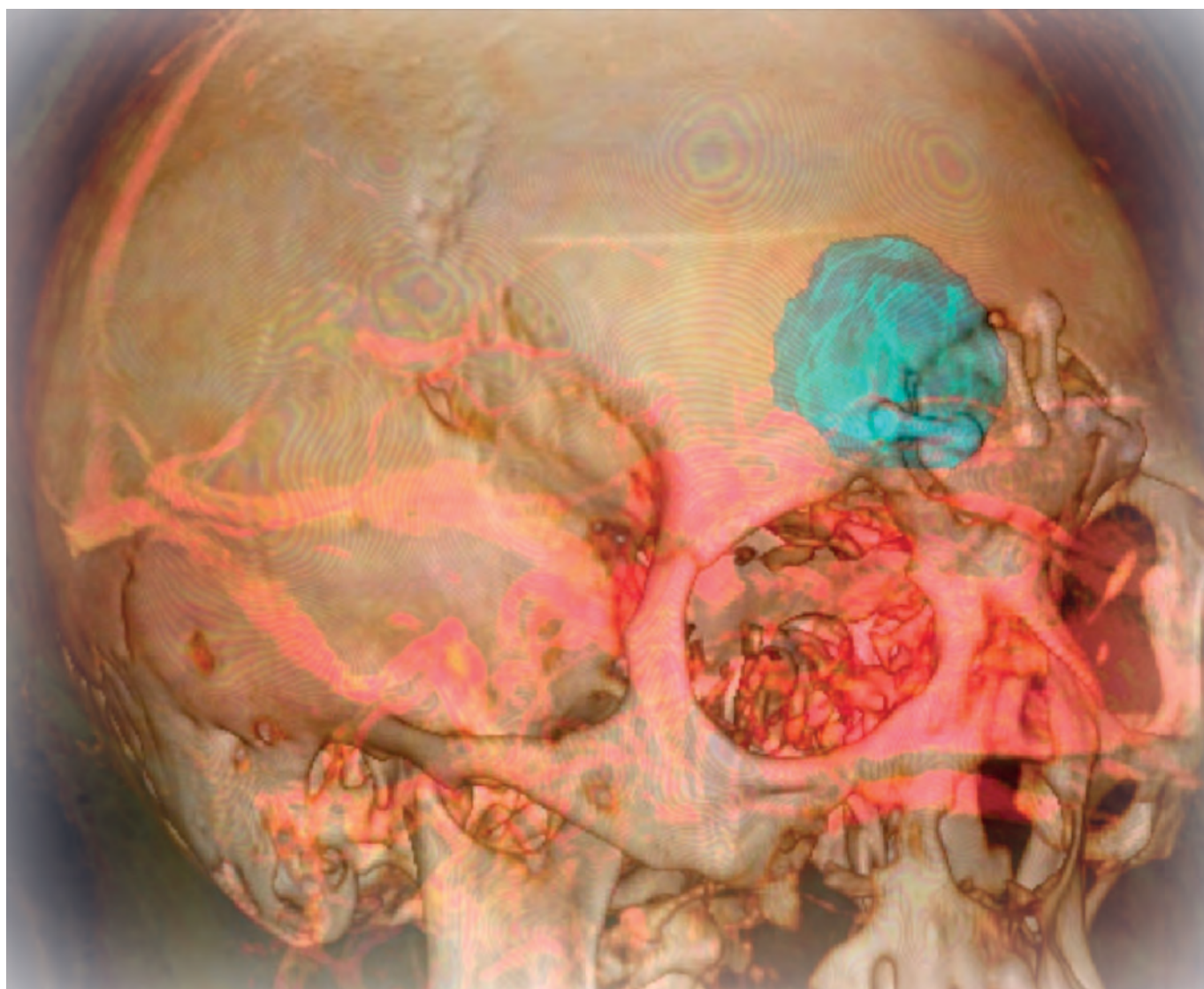
La prise en charge des pathologies de la base du crâne reste une chirurgie des plus délicates à réaliser. Le service de Neurochirurgie du CHU de Reims développe depuis une dizaine d'années une activité de microchirurgie endoscopique de la base du crâne.

Les améliorations sont essentiellement liées à l'apparition de nouvelles approches microchirurgicales inédites, permettant de réduire au maximum les complications postopératoires immédiates, le préjudice esthétique et entraîne une diminution de la durée d'hospitalisation.

La deuxième amélioration vise l'évolution du matériel avec un renouvellement du parc endoscopique en haute définition. Par ailleurs, nous travaillons en amont, avec les industriels pour la création d'une instrumentation moderne,

moins traumatisante, adaptée aux approches mini-invasives et permettant d'accroître la qualité et la sécurité de l'exérèse.

Depuis 10 ans, l'activité de base du crâne du service de Neurochirurgie du CHU de Reims augmente régulièrement sous l'impulsion du Professeur Claude-Fabien LITRE, du Docteur Arnaud BAZIN et du Professeur André CHAYS (ORL), permettant d'être actuellement le leader de la grande région Nord-Est de la France.



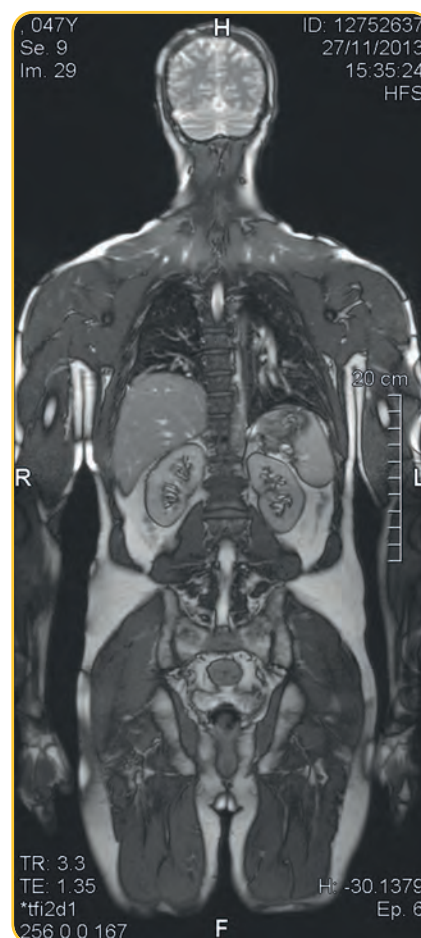
■ ■ Pôle Imagerie / IRM de diffusion corps entier

Grâce au développement des antennes de surface et de l'imagerie parallèle, à la puissance des gradients disponibles, à la récente faculté de déplacement de certaines tables d'IRM, des systèmes d'asservissement respiratoire, l'IRM corps entier en un seul temps devient possible, à l'instar de ce qui se fait en scanner depuis longtemps maintenant.



Ce type d'examen prend pour l'instant beaucoup de temps et sa tarification est la même que pour un examen IRM d'une petite partie du corps, comme le genou par exemple, ce qui freine considérablement son développement. Et pourtant, l'IRM est, contrairement au scanner, un examen qui ne délivre aucune irradiation et qui est susceptible de fournir parfois des renseignements complémentaires. C'est notamment le cas lorsque le radiologue ajoute à un protocole d'IRM standard des séquences dites "fonctionnelles", comme les séquences de diffusion, dont les performances en matière de détection des petites métastases hépatiques par exemple ont été prouvées.

L'IRM de diffusion corps entier a été étudiée et a fait l'objet de publications récentes pour certains cancers (lymphome, myélome etc..). En revanche, son apport en matière de cancer abdominopelvien n'a à ce jour pas été étudié. Cela fait environ trois ans que le Pôle d'Imagerie pratique assez couramment ce type d'examen pour certains cancers. Dans la continuité de cette pratique, l'équipe de gastroentérologie du Pr Cadiot et le Pôle d'Imagerie ont eu l'idée de lancer une étude nationale multicentrique française, qu'ils coordonnent et qui vise à évaluer les performances de l'IRM de diffusion corps entier pour le bilan des tumeurs carcinoïdes, lésions qui surviennent chez des patients assez jeunes et d'évolution lente le plus souvent. Les résultats de cette étude permettront peut-être ainsi d'ébaucher les premiers pas d'une démarche diagnostique et de suivi substituant l'IRM au scanner thoracoabdominopelvien, pour certains types de tumeurs.





ACCOMPAGNEMENT DES AGENTS

Pôle Ressources Humaines / Travailleurs handicapés : le CHU de Reims engagé dans une politique pour l'emploi et contre les idées reçues

Afin de permettre aux travailleurs en situation de handicap de poursuivre une activité professionnelle, le CHU de Reims a engagé en 2014 un vaste plan d'action initié par le Pôle Ressources Humaines – Organisation des soins – Formation – Relations Sociales, dont la mise en œuvre a suscité la collaboration de différents acteurs en interne et dans la Région.

Le handicap est défini par la loi du 11 février 2005 comme *“une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle ou définitive de fonctions physiques, sensorielles, mentale, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé”*. Cette notion recouvre ainsi un nombre considérable de cas et de situations, qui n'endigue pourtant pas l'émergence des préjugés et des idées reçues quant aux travailleurs handicapés. A cet égard le handicap moteur, qui recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte à la motricité (lombalgie, paraplégie, hernie discale, etc.), n'est pas le plus répandu chez les travailleurs handicapés puisqu'en réalité, 80% des handicaps dans le monde du travail sont invisibles. Il s'agira notamment de handicaps

liés à une maladie invalidante (diabète, sida, cancer...) ou à une altération des sens (surdité légère ou profonde, cécité...).

Si la législation française impose aux entreprises de plus de 20 salariés de compter au moins 6% de travailleurs handicapés au sein de leurs effectifs, le CHU de Reims affiche un taux de 7,7% de travailleurs handicapés au titre de l'année 2013.

Un plan d'action pour accompagner les situations de handicap

Dès 2013, le CHU s'est engagé dans la démarche régionale en faveur d'une politique Handicap portée par l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier) et par le FIPHFP (Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique) en Champagne-Ardenne.



De cet engagement est né un plan d'actions dont les principaux axes consistent à structurer le dispositif de gestion du maintien dans l'emploi, mettre en place un accompagnement et un suivi individualisé de chaque travailleur et informer, sensibiliser et former sur le handicap au travail. La démarche se matérialise par la désignation d'un Référent Maintien dans l'Emploi au sein de la DRH, chargé de mettre en œuvre les différentes actions prévues, en collaboration avec le secteur Mobilité et Recrutement, le secteur de Gestion des compétences - GPMC, l'assistante sociale du personnel, la médecine du travail, l'ergonome ou les cadres de l'unité. Le travail de l'ensemble de ces acteurs doit permettre à chaque travailleur handicapé de bénéficier de conditions de travail adaptées à sa situation.

Une pluralité de réponses institutionnelles au service du maintien dans l'emploi

Dès la détection d'une problématique de santé chez un agent, le dossier est examiné par la médecine du travail afin de rendre un avis médical. Plusieurs hypothèses sont alors possibles. Si l'agent est jugé apte à travailler sur son poste mais avec certaines restrictions, la solution privilégiée consiste à le maintenir sur son poste tout en procédant à certains aménagements organisationnels ou matériels (fauteuil, informatique, etc.). En cas d'inaptitude, les efforts de l'encadrement et des différents acteurs se portent alors sur la recherche d'un poste vacant, en priorité dans le Pôle d'origine. Troisième cas de figure, si le Comité Médical ou la Commission de réforme estime que l'agent est inapte à la fonction mais apte à une autre fonction, une procédure de reclassement statutaire est engagée par la DRH. Enfin, si une situation d'inaptitude définitive à toute fonction est déclarée, l'agent est mis en disponibilité ou s'engage un départ en retraite pour invalidité.

D'autres actions bientôt initiées

Une quinzaine de mesures sont prévues dans le cadre du plan d'actions handicap, dont certaines sont à ce jour en cours de développement. La prochaine étape sera marquée par le renforcement des liens et des partenariats entre

le CHU de Reims et les prestataires externes spécialisés tels que la SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés) pour l'aménagement spécifique des postes, ou CapEmploi pour la mise en relation avec des travailleurs handicapés.

La diffusion d'un guide pratique à l'ensemble des cadres du CHU et destiné à les



accompagner dans leur rôle sera prochainement réalisée, à laquelle viendront s'adosser des campagnes d'information et de sensibilisation. L'ensemble de ces mesures aura pour but de sensibiliser et de communiquer autour de la politique menée au CHU en faveur des

travailleurs handicapés, afin de faire évoluer les pratiques et favoriser un maintien ou une réintégration dans la vie professionnelle de l'établissement.



■ ■ **Pôle Ressources Humaines / Mise en place d'une équipe de formateurs relais à la manutention des patients et des charges**

Depuis plusieurs années, le CHU de Reims a mis en place une stratégie institutionnelle pour combattre les risques liés aux activités physiques en milieu de travail et notamment les Troubles Musculo-Squelettiques (T.M.S.).

Chaque année, des formations à la manutention des charges et des patients réalisées en interne par l'équipe de masseurs-kinésithérapeutes sont inscrites au plan de formation. Malgré les retours très positifs sur ces formations, les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas suffisamment nombreux pour former l'ensemble des professionnels du CHU. Ainsi, le CHU a souhaité maintenir les formations initiales existantes réalisées les formateurs actuels mais également étoffer ce dispositif par des formations courtes réalisées par des référents manutention au sein des services. C'est pourquoi, le CHU a mis en place au cours de l'année 2014 une formation destinée à une équipe interne de formateurs relais à la manutention des patients et des charges. Aujourd'hui, cette équipe pluridisciplinaire est composée de 21 formateurs relais affectés dans différents pôles de l'établissement.

Une organisation complète pour épauler les formateurs

Une organisation a été mise en place afin d'assurer une cohérence institutionnelle du dispositif ainsi qu'une coordination de l'équipe et de son activité de formation.

Ainsi, pour accompagner et soutenir cette équipe, il a été décidé :

- La mise en place de 4 sessions d'approfondissement de techniques de 3h30 qui se dérouleront au fil de l'année dont la première a été organisée en 2 groupes les 11 et 12 décembre 2014.
- L'organisation de 3 rencontres par an (mars, juin et novembre) entre les formateurs relais, formateurs actuels et formation continue.

Le rôle des formateurs relais a été ainsi défini :

- Entre chaque session d'approfondissement, les formateurs relais ont pour mission de délivrer des formations en binôme. La mise en place se fait en concertation avec le cadre du service et du pôle.
- Au quotidien, ils seront référents au sein de leur pôle pour toute question relative à la manutention. En cas de besoin, ils peuvent prendre l'attache des formateurs actuels.

Par ailleurs, pour faciliter le contact entre les membres de l'équipe, il a été créé des adresses mails dans Zimbra pour chacun d'entre eux ainsi qu'une liste de diffusion "**formateurs-relai-manutention@chu-reims.**"





Pôle Ressources Humaines / Un réseau de collaboration au service des agents du CHU

Au sein de la DRH, plusieurs corps de métier œuvrent de concert afin de répondre aux préoccupations personnelles et professionnelles des agents de l'établissement. Assistante sociale, psychologue, référente maintien dans l'emploi, agents du Secteur Recrutement et Mobilité, rencontre avec les cinq professionnelles dont la mission commune est d'accompagner au quotidien les quelques 7500 agents du CHU de Reims.

Mme LELAIRE, Psychologue du Travail.

"Arrivée au CHU en octobre 2014, ma mission est de rencontrer et d'accompagner les équipes confrontées à des difficultés dans leur quotidien. Au sein de la Direction des Ressources Humaines, je travaille, en lien avec la médecine du travail, sur des thématiques comme la prévention des risques psychosociaux, la communication, le relationnel, le management, les conditions de travail... que ce soit de manière préventive ou curative. Je privilégie systématiquement les séances collectives et les groupes de paroles, généralement sur la base d'un travail préalable avec le cadre sur les objectifs à remplir. L'objectif est d'abord de les soutenir dans leur quotidien et de faire une inspection afin de déceler les tensions. Il m'arrive également de travailler par groupe de métier pour renforcer la cohésion des équipes. En tant que psychologue du travail, mon rôle est de faire parler les agents, de libérer la parole et de mettre des mots sur les difficultés afin de trouver des solutions."

Mmes LIAGRE et PODRICKI, Secteur Recrutement et Mobilité

"Nos missions concernent principalement le recrutement pour les services et la mobilité en interne, qui peut se faire pour deux principales raisons : il s'agit tantôt d'une demande directe de l'agent liée à un souhait d'évolution professionnelle, tantôt d'une mobilité rendue nécessaire par des raisons de santé. En cela, nous travaillons étroitement avec la référente maintien dans l'emploi du CHU sur l'ensemble des questions liées au handicap. Nous nous entretenons individuellement avec l'agent concerné afin d'identifier son projet professionnel. Ce travail est réalisé au cas par cas et repose sur l'écoute de l'agent et de ses projets professionnels. Nous entretenons également des liens étroits avec la Direction des Soins ou le secteur Gestion des compétences – GPMC de la DRH qui est en mesure de proposer aux agents dans des cas précis un bilan de compétences ou une formation d'aide à la reconversion professionnelle."

Mme BACKES, Assistante Sociale du Personnel

“Mon rôle consiste à aider les agents à concilier leur vie personnelle et leur vie professionnelle en cas de difficultés. Je les reçois en entretien individuel en toute confidentialité. Je propose une écoute attentive et une aide à la résolution de leurs problèmes par un accompagnement social, pour le compte de la Direction des ressources humaines. Je peux également les informer sur la législation sociale, les orienter vers les services compétents et les soutenir dans leurs démarches. Dans le cadre d’un suivi social, l’adhésion des personnes est essentielle. Leurs principales préoccupations concernent les questions financières qui représentent plus de la moitié de mes interventions. Le domaine de la santé et du handicap les inquiète également avec des interrogations concernant les droits à maladie, la reprise de travail, le départ à la retraite. Par ailleurs, je suis sollicitée pour les questions d’ordre professionnel, familial ainsi que les problèmes liés au logement. En fonction des situations, je suis amenée à collaborer en lien étroit avec différents partenaires, notamment la référente maintien dans l’emploi, le secteur mobilité, la médecine du travail, la psychologue, le CGOS ainsi que les organismes extérieurs.”

Mme GAUDEFROY, Référente maintien dans l’emploi

“L’une de mes missions consiste à favoriser la cohésion entre les différents acteurs du maintien dans l’emploi (médecin du travail, assistante sociale, encadrement, secteur mobilité...) dans le but de rassembler l’ensemble des informations relatives aux agents ayant des restrictions médicales ou susceptibles d’en avoir. Ces éléments, nécessaires à la mise en œuvre de solutions adaptées, font notamment l’objet de réunions de la Commission Maintien dans l’Emploi. J’assure également, en lien avec d’autres partenaires tels que le SAMETH dont l’expertise sur des situations particulières est parfois essentielle, un soutien direct aux agents qui peuvent me solliciter afin de les aider à mettre en œuvre les solutions leur permettant de rester dans l’emploi.”



(De gauche à droite) Mme BACKES, Assistante Sociale du Personnel - Mme GAUDEFROY, Référente Maintien dans l’emploi - Mme LIAGRE, Référente Secteur Recrutement et Mobilité - Mme PODRICKI, Secteur Recrutement et Mobilité - Mme LELAIRE, Psychologue du Travail.

Pôle Ressources Humaines / Le Développement Personnel Continu : une démarche innovante au service du patient



Qu'est-ce que le DPC et qui concerne-t-il ?

Le Développement Personnel Continu (DPC) est un dispositif national lancé en janvier 2013 à destination des personnels médicaux et paramédicaux. Il regroupe les notions déjà existantes de formation continue (FC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Il s'adresse aux médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes et personnels paramédicaux des filières infirmière et aide-soignante, médico-technique, rééducation et appareillage.

L'ensemble des agents concernés doit, chaque année, participer à au moins un programme de DPC en s'inscrivant, via la DAM ou la DRH, à un programme de DPC développé par le CHU ou par un organisme extérieur.

A quoi cela sert-il ?

Le DPC vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients en faisant progresser les pratiques des professionnels de santé par une interrogation individuelle ou collective. Le DPC porte sur tous les thèmes relatifs au soin, tant dans le champ de la MCO que de la psychiatrie.

Quelles méthodes sont utilisées ?

Les programmes doivent observer une ou plusieurs méthodes d'apprentissage ou d'évaluation des pratiques reconnues par la Haute Autorité de Santé, notamment (parmi les 28 disponibles) : formation présentielle ou à distance (e-learning), simulation en santé, étude de cas cliniques, revue bibliographique, suivi d'indicateurs, revue de morbi-mortalité, publication d'un article scientifique, etc.



Quelle organisation le CHU a-t-il adopté pour permettre à ses professionnels de santé d'être en conformité avec l'obligation de DPC ?

Dès le début d'année 2014, l'organisation suivante a été mise en place :

- Un comité de pilotage qui définit les grandes orientations, assure le suivi de la démarche projet, valide le Plan DPC présenté aux instances ;
- Un comité de gestion du personnel médical et du personnel paramédical, qui assure le suivi budgétaire et élabore le Plan de DPC et le rapport d'activité DPC de l'établissement ;
- Un comité pédagogique et scientifique scindé en deux : une cellule Qualité du DPC et un groupe d'experts médicaux et paramédicaux. Le premier assure l'accompagnement méthodologique, tandis que le second valide le contenu pédagogique et scientifique.
- Un garant des liens d'intérêts des auteurs et intervenants a été identifié dans l'établissement.
- Des référents DPC sont présents dans chaque pôle : un médecin pour les personnels médicaux (référent DPC quand il existe ou chef de pôle) et le cadre supérieur de santé pour les personnels paramédicaux. Ils valident les demandes de participation à un programme émises par les professionnels de santé du pôle et relaient auprès de la cellule qualité du DPC les demandes de conception de programme.
- La DAM et la DRH continuent de recenser les besoins, d'inscrire les agents aux programmes de formation et de DPC et vont désormais centraliser la conservation des attestations de participation pour suivre le respect de l'obligation individuelle annuelle.

Quels programmes de DPC le CHU propose-t-il ?

Le CHU de Reims est habilité comme organisme de DPC. A ce titre, il conçoit et dispense ses propres programmes, initiés par tout professionnel de santé du CHU qui le souhaite. Une série de programmes (apport de connaissances et études de cas ou simulation en santé, staff d'équipe, revue bibliographique...) destinés aux agents et qui viennent formaliser des pratiques déjà existantes au sein du CHU est en cours de validation par un jury composé de praticiens et de cadres supérieurs.

Sept programmes ont ainsi été validés en 2014 :

- Don d'organes et de tissus,
- Coordinateur hospitalier : phase opérationnelle d'un prélèvement,
- Hygiène hospitalière et prévention des Infections Associées aux Soins (IAS),
- Staff d'équipe médico-soignante de l'Unité d'hémovigilance
- Staff médical en psychiatrie adultes
- Encadrement des élèves AS en stage
- La réanimation pédiatrique à l'usage des infirmiers du service Urgences-SAMU.



Pôle Femme-Parents-Enfant / Depuis 50 ans, l'école de l'AMH vient au chevet des enfants malades

Chaque année en France, près de 11 000 enfants sont scolarisés dans les établissements hospitaliers et sanitaires. Créée dans les années 60, l'école de l'American Memorial Hospital (AMH) a pour vocation d'assurer la continuité de l'enseignement, dans un contexte particulier pour l'enfant et l'enseignant.

L'école de l'AMH prend en charge les élèves de la maternelle jusqu'à la 3^{ème}. Elle intervient dans les services d'hémo-oncologie, des Grands Enfants, d'hémodialyse, de chirurgie et parfois de l'URIP. L'équipe pédagogique de l'école est composée de deux enseignants spécialisés de l'Education Nationale complétée par trois intervenants extérieurs assurant des activités périscolaires en arts plastiques, musique ou en activité conte. Chaque matin avant de démarrer les cours à l'hôpital, les enseignants effectuent une "tourné" des chambres des services pédiatriques, notamment ceux d'hématolo-oncologie et des Grands Enfants, dont les séjours sont généralement les plus longs, afin de faire le point sur les entrées et sorties et la durée prévisionnelle des séjours. Dans le cas d'une hospitalisation de courte durée, l'action pédagogique va cibler des points précis, en fonction des besoins éducatifs et de l'état de santé de l'enfant. En revanche, quand l'hospitalisation occupe un laps de temps plus long (plusieurs semaines ou mois), la scolarisation prend une autre

tournure et exige une coopération régulière entre l'hôpital et l'école d'origine. Malgré ces dispositions, il n'est cependant pas rare qu'un enfant supportant mal son traitement ne soit pas capable de travailler plusieurs jours de suite.



S'adapter aux capacités de l'enfant

L'hôpital reste en effet un lieu de soins dans lequel l'enseignant doit composer avec l'état de santé du jeune patient et les contraintes thérapeutiques qui l'entoure. La priorité étant donnée à l'action médicale, c'est au médecin de déterminer un programme adapté aux indications et contre-indications médicales, au temps de repos, de repas et aux capacités physiques et intellectuelles de l'élève. Les cours peuvent ainsi se dérouler directement dans la chambre du jeune patient. Un créneau horaire est défini avec l'enseignant afin d'institutionnaliser le temps de classe et recréer

autant que possible les conditions d'une école normale.

Maintenir le lien avec l'école d'origine

Le maintien d'une scolarité est en effet indispensable pendant une longue hospitalisation : elle est nécessaire à la poursuite du développement intellectuel de l'enfant, contribue au maintien du lien avec son école d'origine et permet de faciliter son retour à l'école après la fin du traitement. Le rôle de l'école à l'hôpital consiste donc à maintenir à niveau les enfants dans leurs apprentissages afin que le retour dans le circuit scolaire classique se déroule dans des conditions acceptables. Le projet scolaire, mis en place avec l'enfant ou l'adolescent hospitalisé, coïncide ainsi avec le mode de fonctionnement des écoles d'origine afin de lui assurer un travail scolaire identique à celui de ses camarades de classe. Des outils spécifiques permettent aux enseignants de l'hôpital d'assurer ce lien : c'est le cas notamment de l'Espace Numérique de Travail (ENT), service en ligne qui permet aux élèves et aux enseignants de retrouver des informations comme le cahier de textes, les bulletins, la gestion des absences...

Cependant, bien que le retour à une scolarité normale constitue un axe majeur du travail scolaire à l'hôpital, l'école de l'AMH n'a pas pour vocation à se substituer aux établissements d'origine. L'objectif n'est pas de forcer l'enfant à travailler mais de l'aider à préserver une bonne image de lui-même, en le maintenant dans une normalité qui n'est pas seulement importante pour le temps de l'hospitalisation mais également pour son futur.

Après l'hospitalisation, un suivi en continu

Après l'hospitalisation, si l'enfant ne peut pas retourner à l'école ou au collège, les Services d'Assistance Pédagogique à Domicile (SAPAD) prennent le relais. Ces dispositifs départementaux de l'Éducation Nationale sont destinés aux enfants et adolescents atteints de troubles de la santé ou accidentés et permettent une prise en charge pédagogique au domicile. Les SAPAD s'inscrivent dans la complémentarité du service public qui garantit le droit à l'éducation de tout élève malade ou accidenté.



■ ■ Direction de la Qualité-Gestion des Risques / L'exigence de la qualité, de la sécurité des soins et de la satisfaction des patients au CHU de Reims

La qualité et la sécurité des soins constituent depuis de nombreuses années un axe fort pour le CHU de Reims et pour tous les professionnels de santé.

Depuis 2004, l'établissement s'est engagé dans la démarche de Certification, pilotée par la Haute Autorité de Santé.

La dernière itération de cette procédure d'évaluation externe, appelée V2010, a été menée en 2011 et a conduit la Haute Autorité de Santé à inciter l'établissement à mettre en œuvre des actions d'amélioration sur certains secteurs. En 2014, le CHU a été officiellement certifié avec 8 recommandations dans les domaines suivants :

- Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse, et plus particulièrement la préparation des cytostatiques.
- Information du patient en cas de dommage lié aux soins
- Prise en charge de la douleur
- Gestion du dossier patient
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Organisation du bloc opératoire
- Organisation des autres secteurs d'activité à risques : endoscopie.



Dès septembre 2014, le CHU est entrée dans une nouvelle certification, appelée V2014. Cette démarche, basée sur la culture "sécurité des soins", incite à poursuivre les efforts pour une prise en charge de qualité. De plus, elle a pour priorité de placer le patient au cœur du système de santé, avec la collaboration de tous les professionnels de santé et le patient lui-même.

Enfin, elle renforce la prévention des événements indésirables pour

une meilleure maîtrise de la gestion des risques.





Construire l'avenir



■ **Pôle Fonctions Stratégiques et Administration Générale / En 2014, le CHU a prolongé la réalisation de ses projets immobiliers**

La modernisation du plateau ainsi que l'amélioration des conditions de prise en charge des patients et des résidents se sont poursuivies en 2014.

Les Établissements Hospitaliers pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

● **La Résidence Roux**

Les travaux de la nouvelle Résidence Roux ont commencé en 2009 et ont permis la mise en service de la première tranche du bâtiment et l'emménagement de 140 résidents en mai 2011. Début 2014, c'était au tour de la seconde tranche du bâtiment d'être livrée et les derniers résidents ont pu prendre possession de leur nouvel environnement en juin. Les anciens bâtiments seront détruits en 2015 et l'aménagement des espaces verts sera réalisé d'ici la fin de l'année.

Pour rappel, la résidence Roux a été conçue comme un espace de vie respectant l'intimité et le confort des résidents et garantissant la qualité et les conditions de travail des personnels. D'une capacité de 287 lits, elle

permet une prise en charge individualisée des personnes âgées et offre un environnement chaleureux et lumineux propice à leur bien-être.



● **La Fondation Roederer Boisseau**

La future Fondation Roederer Boisseau sera implantée à l'arrière de la résidence Wilson et reliée à cette dernière par une galerie. Le nouveau bâtiment d'une superficie de 5 000m² et d'une capacité de 90 lits permettra d'offrir un cadre de vie adapté aux attentes des résidents et de leurs familles. L'équipe de maîtrise d'œuvre en charge du projet a été désignée. La phase d'étude a été engagée et la mise au point de l'avant-projet définitif est en cours. Les prochaines étapes consisteront notamment en l'obtention du

permis de construire et en désignation des entreprises qui auront en charge les travaux suite à une procédure d'appel d'offres.



● L'Hôpital Sébastopol

Les travaux de réaménagement de l'Hôpital Sébastopol se poursuivent actuellement avec la phase de désamiantage et de déconstruction du bâtiment désaffecté USN3 qui permettra la construction de l'extension du plateau technique de rééducation. Ce projet a pour but développer l'hospitalisation de jour de rééducation avec la construction d'une nouvelle structure de 1400 m² comprenant des locaux dédiés à l'activité du service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Les phases de consultation des entreprises et de constitution des lots se sont déroulées

et les travaux devraient débuter en septembre 2015, pour une durée d'environ 16 mois. Coût total du projet : 4 millions d'euros.



● Le Site Central

Le site central du CHU fait l'objet d'un vaste projet architectural visant :

- > d'une part à moderniser le plateau technique et à regrouper ses composantes (secteur interventionnel, imagerie, soins critiques) aujourd'hui disséminées au sein de l'établissement
- > d'autre part à améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement des patients.

Fin 2013, ce projet a été déclaré éligible par le Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'offre de soins

(COPERMO), première étape vers la phase de validation du projet par le COPERMO qui aura lieu en novembre 2015. Un programmiste a d'ores et déjà été désigné pour produire un programme technique détaillé dans le cadre d'une démarche qui s'appuie sur la consultation de tous les Pôles du CHU concernés par le projet.

Avant même la phase de validation globale de son projet immobilier, le CHU a obtenu l'autorisation de réaliser la première tranche, à savoir un premier bâtiment dédié à l'Odontologie et un second à la Biologie.

Le bâtiment d'odontologie

Le futur bâtiment dédié aux activités d'Odontologie regroupera, sur un espace de 5 000m², l'ensemble des fauteuils dentaires répartis aujourd'hui entre l'Hôpital Maison Blanche et l'Hôpital Sébastopol. Il prendra place sur emplacement des anciens ateliers de l'Hôpital Maison Blanche. Le groupement (entreprise, architecte et bureau d'études) a été désigné et la livraison du bâtiment devrait avoir lieu mi 2017.



Coût total du projet : 17 millions d'euros toutes dépenses confondues.

Le bâtiment de biologie

Le bâtiment de biologie rassemblera les dix laboratoires actuellement implantés dans les différents locaux du CHU et s'étendra sur 11 000 m². Le groupement de maîtrise d'œuvre (architecte et bureau d'étude) a été désigné fin 2014 et les études sont à la phase de l'avant-projet sommaire. La livraison du bâtiment est prévue dans le courant du second trimestre 2018. Coût total du projet : 47 millions d'euros toutes dépenses confondues.



Les autres phases du projet du site central

Le projet qui sera présenté à la validation du COPERMO en novembre 2015 s'articule autour de deux bâtiments positionnés de part et d'autre du bâtiment des urgences :

- > le premier à l'emplacement actuel du parking principal de l'Hôpital Robert Debré : d'une capacité de l'ordre de 475 lits, il comprend également l'ensemble des composantes du plateau technique.
- > le second situé à l'emplacement actuel de l'aile de chirurgie comportant 350 lits.

● L'American Memorial Hospital 2

L'American Memorial Hospital 2 est le futur hôpital d'enfants du CHU de Reims. Installé dans le prolongement du bâtiment Alix de Champagne, il accueillera, sur un espace de 12 000 m², toutes les activités pédiatriques (urgences, imagerie, hospitalisations, consultations...).

Initialement prévue en mai 2011, la mise en service du bâtiment a été reportée. Suite à de nombreuses fuites constatées sur les réseaux d'eau froide et d'eau chaude, le CHU a saisi le Tribunal Administratif afin de désigner un expert judiciaire chargé de déterminer les responsabilités à l'origine des dommages constatés. Dans le cadre de l'expertise judiciaire, le CHU de Reims a été autorisé à engager les travaux de réfection des réseaux d'eau chaude et d'eau froide. Le bureau d'études a été désigné avant la consultation des entreprises.

Les travaux débuteront en septembre 2015 pour une livraison prévue en fin d'année 2016 ou début 2017.



A la suite de la remise du rapport de l'expert judiciaire qui devrait intervenir à la fin de l'année 2015, le CHU engagera une procédure devant le Tribunal Administratif pour obtenir réparation de l'ensemble des préjudices subis.



Institut Régional de Formation/IFCS / 2014 : Une année marquée par une nouvelle impulsion pour l'Institut de Formation des Cadres de Santé

L'année 2014 a été le théâtre de nombreux changements pour l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), avec notamment l'arrivée d'un nouveau Directeur, Monsieur Hervé Quinart. L'objectif du CHU de Reims est ainsi de donner un nouvel élan à l'IFCS et marquer son engagement dans la formation de ses cadres de santé.

Pour les équipes de l'IFCS, l'année a débuté par la rédaction du nouveau projet pédagogique, maillon essentiel dans la définition des grandes orientations de l'institut et donc de la nouvelle politique de formation. Le projet pédagogique s'articule autour de trois axes principaux. Le premier consiste à poursuivre et développer le partenariat avec la Faculté de Sciences Economiques, Sociales et de Gestion de l'URCA, dans le cadre du double cursus "préparation au diplôme de cadre de santé" et "préparation au Master Administration Economique et Sociale", parcours "encadrement des unités de soins". Le second a pour objectif de proposer une formation universitaire solide fondée sur les savoirs scientifiques et sur la recherche mais également une formation professionnelle répondant aux évolutions et aux problématiques quotidiennes de l'encadrement dans les établissements de santé. Enfin, le projet pédagogique tend à inscrire la formation dans le paysage sanitaire régional, en faisant appel au potentiel régional en matière de partenariat pour l'enseignement et l'offre de stages.

L'adaptation de la formation aux nouveaux enjeux professionnels

Les nouvelles orientations impulsées à l'IFCS traduisent une volonté de modernisation qui peut être déclinée à travers cinq objectifs :

- > Rapprocher la formation dispensée des besoins actuels des établissements de santé et de formation afin de permettre aux étudiants d'être opérationnels dès la sortie de leur formation.
- > Enrichir l'équipe pédagogique en intégrant des nouveaux intervenants extérieurs issus majoritairement des structures de soins et de formation de la région.
- > Travailler, autant que faire se peut, à partir de cas concrets de "situations problèmes" rapportées par les professionnels de terrain.
- > Ouvrir l'offre de stages.
- > Associer les professionnels qui ont encadrés les étudiants en stage à l'évaluation des modules.



Pour conforter ces nouvelles orientations, la convention passée avec l'URCA (Université Reims Champagne-Ardenne) depuis plusieurs années a été renouvelée. Afin d'offrir aux étudiants de l'IFCS de Reims la possibilité de valider, au cours de l'année de formation, à la fois le diplôme de Cadre de santé mais aussi le Master 2 dans le cadre d'une "mention Administration Economique et Sociale, spécialité interventions sanitaires et sociales, parcours : encadrement des unités de soins". Le renouvellement de cette convention permet de poursuivre le partenariat initié il y a presque dix ans entre les équipes de l'IFCS et de l'URCA. Le maillage pédagogique conçu entre les deux parcours de formations s'est affiné de façon à conjuguer d'une part les impératifs réglementaires des deux structures, d'autre part les attentes des étudiants et des équipes pédagogiques. Désormais, l'étudiant ne présente plus qu'un mémoire qui valide le master et compte dans la validation finale de la formation de cadre de santé.

En 2014, l'IFCS a également renouvelé son cycle préparatoire destiné aux candidats au concours d'entrée. Afin de les accompagner au plus près de leurs besoins, l'IFCS a mis en place, outre les quatre semaines de formation déjà organisées les années précédentes, un module de deux jours de préparation spécifique à l'épreuve orale destiné aux candidats admissibles. Ce module leur permettra notamment de se mettre, sous différentes formes, en condition de concours et d'en tirer un bénéfice le jour "J".

De nouvelles perspectives pour les années à venir
Dans une autre dimension, l'IFCS a récemment sollicité de la part du Conseil Régional l'autorisation d'ouvrir la formation des cadres

de santé à deux nouveaux métiers : les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les masseurs kinésithérapeutes.

L'IFCS de Reims, qui n'accueillait jusqu'alors que des professionnels infirmiers, a fait ce choix afin de s'inscrire dans la logique de l'évolution de la formation des cadres de santé qui, depuis 1995, est commune à toutes les filières paramédicales. Cette diversification a des intérêts multiples puisqu'elle offre à des professionnels champardennais la possibilité de se former dans leur région d'origine. Elle accroît par ailleurs l'offre de formation proposée par le CHU et favorise l'adéquation entre besoins exprimés par les établissements de santé régionaux et les formations proposées en région. Enfin, elle permet de diversifier l'origine professionnelle des étudiants de l'IFCS et les inscrit ainsi, dès la formation, dans la logique pluri-professionnelle propre aux terrains sur lesquels ils œuvreront.

Ces nouvelles orientations de l'IFCS traduisent une volonté nette de l'ensemble des acteurs de la formation de s'inscrire dans une démarche de projet afin de répondre à l'évolution complexe du métier de cadre de santé, aux besoins nouveaux des structures de soins et de formation, ainsi qu'aux mutations de l'environnement sanitaire.





Institut Régional de Formation/IFSI / Etoffer le cursus de préparation au concours infirmier

Chaque année, 800 candidats s'inscrivent aux concours d'entrée de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du CHU. Pour les accompagner dans leurs démarches, l'IFSI a mis en place un nouveau cursus de préparation aux épreuves d'admissibilité. Un dispositif qui s'inscrit dans la mission de formation continue du CHU de Reims.

L'admission à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers se fait sur la base d'un concours ouvert aux titulaires d'un baccalauréat ou aux personnes issues d'une filière soignante ayant trois années d'expérience. Ce concours comprend plusieurs épreuves de sélection.

En premier lieu l'épreuve d'admissibilité, qui se découpe en deux examens : un premier test écrit composé d'une étude de texte sur l'actualité sanitaire et sociale et dont l'objectif est d'évaluer les capacités de compréhension, d'analyse ou de synthèse du candidat ; une épreuve de tests d'aptitude permettant de mettre en exergue leurs capacités de raisonnement et de concentration. A l'issue de ces premières épreuves, 50% seulement des 800 candidats seront jugés admissibles. Ils passeront alors une nouvelle épreuve qui consiste en un entretien avec un jury composé de trois personnes : un infirmier cadre exerçant à l'IFSI, un infirmier cadre exerçant en secteur de soin et une personne extérieure à l'établissement, qualifiée en pédagogie et/ou en psychologie. Cet entretien d'une durée de 30 minutes doit permettre d'apprécier les aptitudes, la motivation et le projet professionnel du candidat. Sur les 400 candidats reçus en entretien, la moitié (environ 200) sera admise : 170 pourront directement intégrer l'IFSI, les autres seront placés sur liste complémentaire.

Accompagner et préparer les candidats

Le programme de préparation mis en place à l'IFSI est une aide à destination des candidats souhaitant appréhender les exigences du concours d'entrée dans les meilleures conditions. Une semaine par mois, entre octobre et mars, ces derniers suivent donc un certain nombre de cours et ateliers animés par des professionnels de la santé, des enseignants et des formateurs de l'IFSI. Ces travaux passent notamment par une remise à niveau en mathématiques et en français, la présentation du métier d'infirmière,

une méthodologie, des tests d'aptitude, de la culture générale, une simulation de l'épreuve orale et sont ponctués d'évaluations sur table. Durant les sept semaines de programme, l'accent est mis tant sur les connaissances pratiques et théoriques que sur la présentation générale du candidat (élocution, gestion du stress, etc.). Le travail se fait également par petits groupes (10 candidats en 2013/2014 et 16 en 2014/2015) permettant un accompagnement individuel et personnalisé.

Enrichir le programme de préparation

Depuis la session 2014-2015, un stage d'observation de quatre jours et demi est proposé aux candidats inscrits au programme de préparation. Encadrés par une infirmière, ces derniers ont ainsi l'occasion de découvrir le métier et ses obligations en conditions réelles. Une initiative enrichissante qui sera reconduite l'année prochaine pendant une semaine complète.

La mise en place d'une filière de préparation dédiée aux aides-soignantes et aux auxiliaires de puériculture constitue une nouveauté. Cette formation spécifique consiste, au-delà des remises à niveau en mathématiques et en français, à évaluer l'aptitude des candidates à suivre la formation. Le travail se base notamment sur l'analyse de situations professionnelles et sur les différentes actions à mettre en place dans un contexte médical donné. Ce cursus s'adresse à des professionnels ayant au minimum trois années d'expérience.

Si la préparation au concours ne garantit pas le succès aux examens, elle offre néanmoins aux candidats les clés pour augmenter leurs chances de réussite. Ainsi, lors de la session 2013/2014, les huit candidats ayant suivi le programme et passé le concours à l'IFSI du CHU de Reims ont été admis.

Institut Régional de Formation/IADE et IFMERM / Une collaboration renforcée entre les instituts de formation

Le recours à la simulation dans le domaine de la santé est une pratique fermement ancrée dans la formation des étudiants sage-femme, infirmier-anesthésiste et manipulateur d'électroradiologie médicale. La simulation, dont l'objectif est de développer la qualité de la prise en charge pluri-professionnelle du patient est une méthode pédagogique qui a fait ses preuves.

Défini comme "l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels" par la Haute Autorité de Santé, les pratiques contemporaines laissent entrevoir un développement rapide de la simulation ces prochaines années. La technique, qui existe déjà depuis trois ans au sein de l'Institut Régional de Formation (IRF), est déjà utilisée dans le cadre de trois formations : l'École d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (EIADE), l'Institut de Formation de Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale (IFMERM) et l'École de Sages-Femmes.



Chaque année, les cadres formateurs de ces écoles se réunissent pour mettre en place des séances de simulation sous la forme de situations cliniques partagées, où chaque spécialité y trouvera son intérêt pédagogique.

L'EIADE travaillera ainsi avec l'école de Sages-Femmes sur un cas de révision utérine ou avec l'IFMERM dans le cas d'un patient polytraumatisé intubé, ventilé et sédaté pour la réalisation d'un scanner.



Un exercice en conditions réelles

Les exercices de simulation commencent systématiquement par une contextualisation de la situation clinique (état du patient, ressources disponibles, etc.) et se déroulent sur une même unité de temps, de lieu et d'action. Les étudiants sont placés par groupe de deux et les contacts avec les formateurs ou les étudiants spectateurs sont interdits. Les scénarios imposés sont en effet inspirés de situations concrètes. Ils demandent ainsi des compétences et une autonomie réelle, raison pour laquelle ils ne sont proposés qu'aux étudiants arrivant au terme de leur formation. Pour renforcer leur immersion dans le contexte médical donné, ces derniers sont plongés dans un environnement qui reproduit le milieu technique réel.

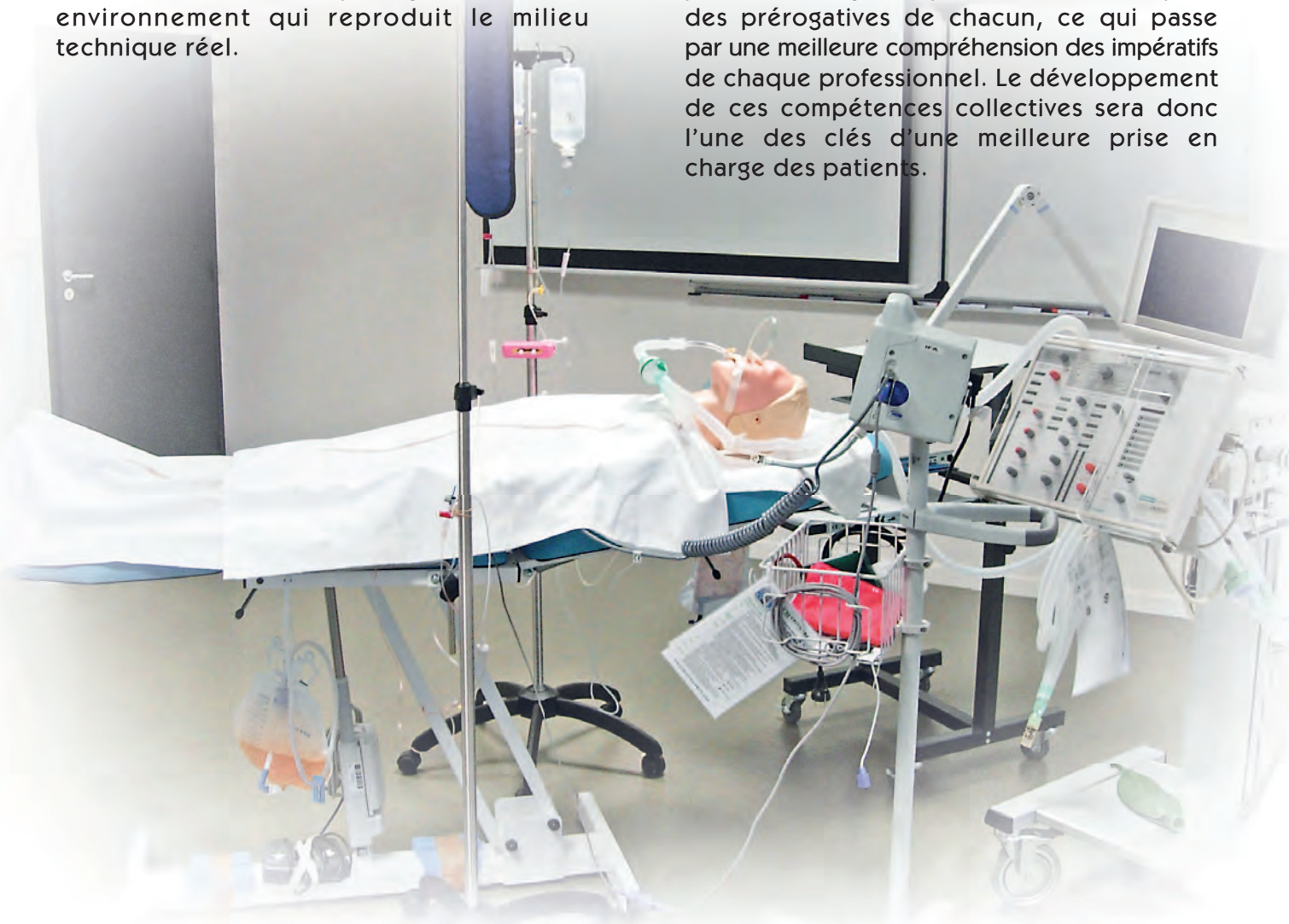


Du matériel et des dispositifs médicaux identiques à ceux utilisés par les professionnels sont disposés dans les salles de travaux pratiques : maquette de scanographe, console virtuelle d'acquisition, brancard...

Favoriser la prise en charge pluri-professionnelle du patient

A l'issue de la simulation, les formateurs interrogent les étudiants sur le déroulement de l'exercice afin de les inciter à mener une réflexion sur l'importance du travail collaboratif autour d'un sujet commun. Au-delà de la validation des compétences théoriques

et pratiques, les exercices de simulation en santé ont en effet pour objectif de mettre en évidence la nécessaire organisation de la prise en charge du patient dans le respect des prérogatives de chacun, ce qui passe par une meilleure compréhension des impératifs de chaque professionnel. Le développement de ces compétences collectives sera donc l'une des clés d'une meilleure prise en charge des patients.





Institut Régional de Formation/IBODE / Rétrospective de l'année 2014

Deux événements ont marqué l'École d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État (EIBODE) en 2014 : la mise en place d'un programme de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et l'entrée en vigueur d'un décret sur les actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire. Ces deux dispositifs permettent de mettre en avant les spécificités du métier et de sa formation.

Les programmes de validation des acquis de l'expérience ont été mis en place à l'échelon national afin de permettre la reconnaissance des compétences techniques et théoriques acquises par un professionnel au cours de sa carrière. Cette reconnaissance prendra tantôt la forme d'un diplôme, tantôt celle d'un titre ou d'un certificat de qualification professionnelle. Pour l'EIBODE, la démarche concerne les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) disposant de trois années d'expérience ETP, consécutives ou non, et ayant acquis les compétences professionnelles en rapport avec le Diplôme d'État d'Infirmier de Bloc Opératoire. L'agent qui souhaiterait entreprendre une démarche VAE doit d'abord renseigner un dossier d'éligibilité qui sera transmis à l'Agence de Service et de Paiement. Un second dossier de validation lui sera ensuite envoyé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce dossier complété, l'agent sera convoqué par l'ARS à un entretien d'environ une heure durant lequel un jury déterminera les compétences validées. La validation par le jury peut être totale ou partielle. Dans ce dernier cas, l'agent sera invité à suivre les recommandations du jury (acquérir davantage d'expérience, suivre une formation complémentaire, etc).

Un accompagnement à la démarche VAE

Pour préparer chaque candidat dans les meilleures conditions, l'EIBODE propose deux fois par an un accompagnement à la démarche VAE, visant à guider l'agent dans la constitution de ses dossiers et à le préparer à l'entretien. A travers trois modules de sept heures et une séance bilan de trois heures, un certain nombre de points sont ainsi abordés tels que la méthodologie préalable au travail d'écriture, l'analyse des parcours professionnels et des projets de situation de travail ou encore la simulation et la mise en situation de la présentation orale devant le jury.

Des compétences exclusives reconnues

Au cours de l'année 2014, les infirmiers de blocs opératoires ont également vu l'exclusivité de certaines de leurs compétences reconnue par l'intermédiaire d'un décret entré en application le 27 janvier 2015. Ce décret dresse la liste exhaustive des actes infirmiers que seuls les IBODE sont habilités à effectuer, sous réserve qu'un chirurgien puisse intervenir à tout moment (ex : l'installation chirurgicale du patient, la mise en place et fixation des drains susaponévrotiques, la fermeture sous-cutanée et cutanée, l'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration).



L'exécution de ces gestes devra être validée par une formation complémentaire que devront suivre l'ensemble des IBODE en activité ou en formation avant la fin de l'année 2020. A cet égard, dès l'année 2015, l'EIBODE du CHU de Reims dispensera un programme DPC sur les actes exclusifs.

Institut Régional de Formation / L'évaluation des compétences : une méthode innovante à l'école de Sages-Femmes

Depuis la rentrée 2014-2015, un nouveau système d'évaluation des compétences cliniques est expérimenté à l'école de sages-femmes : l'Évaluation Clinique Objective Structurée (ECOS). Il s'agit d'une méthode très répandue dans les structures de formation médicale des pays anglo-saxons, dont l'utilisation présente toutefois une marge de progression en France.

Au début de l'année 2015, les 26 étudiantes de seconde année de l'école de sages-femmes ont été évaluées par le dispositif ECOS, un outil dont l'utilisation était jusqu'ici inédite. Ce dernier est constitué d'exercices de simulation mettant l'étudiant face à une situation concrète dans laquelle il devra réaliser un certain nombre d'actes et gestes techniques, à réaliser dans un temps limité. Face à lui, un examinateur muni d'une grille d'évaluation qui doit veiller à ce que l'ensemble de la procédure soit respecté. Deux jours durant, les étudiants ont ainsi été confrontés à quatre situations différentes, réparties sur quatre postes : la réalisation d'un prélèvement sanguin, le calcul d'un dosage par rapport à une prescription, la réalisation de bons de laboratoire et la pose d'une tubulure d'une poche à perfusion.

Plusieurs critères sont évalués : la bonne exécution des gestes, la faculté de l'étudiant à interpréter des données, sa communication avec le patient, la gestion du stress, etc. L'objectif de la démarche est ainsi de valider les compétences acquises durant les cours et les stages, mais également de travailler sur les difficultés identifiées par les examinateurs.

Une longue préparation en amont

Les premiers résultats de ces évaluations sont d'ores et déjà convaincants et les étudiants ont généralement bien accueilli les différents exercices. Un retour sur expérience sera effectué dans le cadre de groupes de réflexion, mais également individuellement avec l'étudiant. Ce résultat est pourtant le fruit d'un long travail de préparation et d'organisation réalisé par la

sage-femme enseignante référente de la promotion, avec le concours de l'équipe pédagogique de l'école. Ainsi, et bien que le contenu des évaluations soit resté confidentiel, les différents travaux dirigés et cours magistraux dispensés par les sages-femmes enseignantes ont permis de préparer les étudiants dans les meilleures conditions. Le travail a également porté sur l'organisation des évaluations. Au-delà de l'élaboration de grilles d'évaluation, qui s'est appuyée sur les retours d'expérience de l'école de sages-femmes de Nancy, il a également été nécessaire de former les cinq examinatrices chargées d'évaluer les étudiants (la directrice de l'institut, trois sages-femmes enseignantes et une sage-femme clinicienne). De l'organisation au déroulement des épreuves, les efforts nécessaires ont été déployés afin d'assurer les mêmes conditions de passage aux étudiants et ainsi garantir une évaluation objective.

Un système d'évaluation à développer

Le système des ECOS sera maintenu à la prochaine rentrée pour les étudiants de deuxième année et étendu pour les étudiants de troisième année, avec un accent mis sur la démarche clinique et diagnostique. Pour autant, il n'a pas pour vocation de se substituer aux autres méthodes d'évaluation déjà en vigueur dans l'école, notamment les stages professionnels auprès des patients ou les examens théoriques. Il constitue en revanche un outil complémentaire permettant d'optimiser le suivi de la compétence clinique des professionnels de demain.





L'année 2014 en images

L'association ardennaise "Stars de Champagne" a remis au Professeur Abely, Chef de Pôle FPE, un spiromètre neuf et les fruits de la collecte de jouets au profit des enfants hospitalisés à l'AMH.



Le self du personnel s'est mis à l'heure de l'Asie pour fêter le Nouvel An chinois. Au programme, un repas permettant de découvrir de nouvelles saveurs et une recette en image à tester chez soi. Une bien jolie façon de débiter l'année du Cheval.



Sensibilisation au don de moelle osseuse par l'équipe France Greffe de Moelle du CHU, à l'hôpital Robert Debré. L'occasion de rappeler que le don permet de sauver des vies et d'encourager le plus de monde possible à devenir des "veilleurs de vie"



La troupe "Les Monts du Reuil" ont présenté sous la forme d'un spectacle musical "Le Chat Botté", qui a enchanté les enfants à la polyclinique de l'AMH.



Vernissage au CHU de l'exposition des lycéens de Marc Chagall dans le cadre du mois "sans tabac". Les jeunes artistes ont laissé parler leur imagination par des affiches réalisées à base de collage.



Un après-midi de juin tout en musique pour les enfants à l'AMH, organisé par les Flâneries Musicales et l'Association Roseau. Une démonstration du Trio de "V'lam" a proposé un large choix musical.



Après neuf mois d'atelier d'écriture, les huit enfants du service de Psychothérapie de l'Enfant et l'Adolescent ont réalisé un album avec l'aide de la Cartonnerie et le Rotary Reims Clotilde et ont pris part à une séance de dédicace.



Pendant trois jours d'été, les résidents des EHPAD Wilson et Roederer-Boisseau ont accueilli le tournage d'un court-métrage. Ils sont venus nombreux pour assister et certains ont été volontaires pour endosser les rôles. Ce sont bien les résidents qui auront le privilège d'une projection en avant-première et elle sera aussi diffusée dans les salles parisiennes.



Pour célébrer le centenaire de la Grande Guerre, une superbe exposition de M. Ledru a été organisée à la Résidence Roux.



Les étudiants de 2ème et 3ème année de médecine ont offert un spectacle de Noël aux enfants à l'AMH et pour conclure cet après-midi, les enfants ont reçu des cadeaux collectés par les étudiants.



Conception Création graphique : Valérie Petitfrère (Direction de la Communication)
Conception Coordination Rédaction : Alexandre Camus (Direction de la Communication)
Relecture : Pierre Gilbert (Direction de la Communication),
Photographie : Olivier Chauvet (Direction de la Communication)
Rédaction : Pôles, structures internes et directions



HÔPITAL ROBERT DEBRÉ
Avenue du Général Koenig
51092 Reims Cedex

HÔPITAL AMÉRICAIN
47, Rue Cognacq-Jay
51092 Reims Cedex

RÉSIDENCE ROUX
1, Bd du Docteur Roux
51092 Reims Cedex

RÉSIDENCE WILSON
25 Bis, Bd Wilson
51092 Reims Cedex

PÔLE LOGISTIQUE
Rue Roger Aubry
51092 Reims Cedex

HÔPITAL MAISON BLANCHE
45, Rue Cognacq-Jay
51092 Reims Cedex

HÔPITAL SÉBASTOPOL
48, Rue de Sébastopol
51092 Reims Cedex

FONDATION ROEDERER BOISSEAU
72, Rue de Courlancy
51092 Reims Cedex

RÉSIDENCE M. ROUSSELET
7, Place M. Rousselet
51092 Reims Cedex

CLINIQUE DE CHAMPAGNE
1, Rue de l'Université
51092 Reims Cedex

