

Trimestriel n° 37
Mars / Avril 2007

CPPAP n° 1211 T 81023
ISSN n° 1286-2185

Revue diffusée nominativement
à 10 000 exemplaires

IMPRIMERIE : DUMAS TITOULET 42000 SAINT-ETIENNE
MAQUETTE : ATELIER EQUIPAGE - MARSEILLE
DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : J.-P. LELLOUCH
COORDINATION PRESSE : VÉRONIQUE VIARRE
SERVICE PRESSE : LAURENT DE VILLEPIN
ENQUÊTES MÉDICALES : ARICK SON LELLOUCH
ESPACE ET DÉVELOPPEMENT : FRANCK BENJAMIN

LES MAÎTRES D'OUVRAGE ET LES PARTENAIRES
D'OFFICIEL SANTÉ FIGURENT EN PAGES 22 ET 23

RÉDACTEUR EN CHEF :
FRANÇOIS AUBART
DOSSIER SCIENTIFIQUE :
PR PHILIPPE HARTEMANN
PR ALAIN GRIMFELD
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
STEPHAN J.P. LELLOUCH
officielsante@wanadoo.fr
RÉALISATION : NETCOM MEDICAL
COORDINATION ÉDITORIALE :
P.E.C (PRESSE ÉDITION COMMUNICATION)
14, BD DU COMMANDEUR - 13009 MARSEILLE
TEL : 04 96 20 06 06 - FAX : 04 96 20 06 09



**Le mot
du Rédacteur
en chef**

Tous à Poitiers !

En septembre dernier, les 1^{ères} rencontres « Convergence Santé Hôpital » ont permis de réunir à Strasbourg plus d'un millier de praticiens hospitaliers en donnant ainsi l'occasion à ceux qui font « marcher l'hôpital » de s'exprimer d'une même voix. Le prochain rendez-vous est fixé les 19, 20 et 21 septembre à Poitiers (voir le détail du programme en pages 2 et 3 de cet ouvrage).

Si la santé n'a pas été au cœur de la campagne électorale, nul doute que la nouvelle donne issue des élections présidentielles et législatives engage son avenir. D'où l'importance de ce rendez-vous de Poitiers qui nous permettra à nous, praticiens, d'exprimer notre vision au travers de la construction d'une « plate-forme pour l'hôpital » soumise publiquement au nouveau pouvoir exécutif et législatif.

Ce rassemblement de Poitiers, organisé en commun par la CMH, le SNAM-HP, le SNPHPU et le SNPR, s'annonce ainsi comme une chance à saisir pour faire entendre, au moment clef où s'ouvre une nouvelle législature, le point de vue et les propositions de la communauté hospitalière.

Ne la ratons pas !

Inscrivez-vous nombreux ! Tous à Poitiers !

**François Aubart,
président de la CMH**

Officiel
santé

Actualités hospitalières

S O M M A I R E

5 Editorial

4 Le programme de Nicolas Sarkozy et de l'UMP
un entretien avec le Pr Ph. Juvin, Beaujon, APHP

Mai 2007 : et maintenant ?

par le Dr François Aubart, président de la CMH

Dossier scientifique

Hygiène hospitalière

8 Editorial

*du Pr Philippe Hartemann
Président de la SFHH*



8 Quoi de neuf à la Société Française d'Hygiène Hospitalière depuis 2004 ? ... *ont contribué à ce document : P. Berthelot, C. Dumartin, M.L. Goetz, J. Hajjar X. Verdeil, D. Zaro-Goni*

16 HAS - Recommandations pour la partie clinique : prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques

21 HAS - L'antibioprophylaxie : une pratique banalisée ?

23 Actualités pharmaceutiques

27 Les nouvelles grilles de traitements des hospitaliers
Arrêté du 8 février 2007

31 Constitution d'un corps de réserve sanitaire pour faire face aux menaces de grande ampleur
Principaux extraits de la loi n° 2007-294

34 Rémunération médicale : substituer une courageuse réforme à la dénonciation
par François Aubart, vice président du CNC

35 L'intégration de la pharmacie au CHU renforce le pôle santé à l'université ...
par le Pr B. Charpentier, président de la conférence des doyens des facultés de médecine

37 La souffrance des médecins au travail

40 Les 15 propositions de la conférence nationale de Santé
par Christian Saout, président de la CNS

Dossier scientifique

Allergologie

43 Editorial

*du Pr Alain Grimfeld
président du CNAA 2007*

45 Le patient asthmatique en médecine générale
par le Pr Pierre Louis Druais, président du CNGE

47 HAS - Mucoviscidose
suite d'Officiel Santé n° 36

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Éditorial

Mai 2007 : et maintenant ?

Au terme d'une campagne qui a seulement effleuré le champ de la santé, un nouveau président et un nouveau gouvernement sont installés. Pour l'hôpital et plus généralement pour la santé les interrogations sont légions. La CMH présente au nouveau ministre

10 dossiers prioritaires car la réforme est plus que jamais indispensable :

1°) En 5 ans de 300 000 hospitaliers vont partir à la retraite. Ces conditions démographiques exceptionnelles doivent accompagner les redistributions nécessaires et être accompagnées des recrutements indispensables, notamment le recrutement des infirmières est au centre des préoccupations. La régulation des entrants et des sortants doit être engagée sans tarder.

2°) Le temps de travail médical et le « compte épargne temps » constituent autant de brûlots.

La reconstitution des équipes médicales hospitalières qui doivent atteindre une taille suffisante doit être poursuivie. Le centre national de gestion qui vient d'être créé doit assurer la sécurisation des parcours professionnels.

3°) En lien avec la démographie médicale la réforme de l'IRCANTEC doit faire l'objet d'une négociation sur la base du travail réalisé depuis 2006.

Statuts temps pleins et temps partiels, praticiens attachés sont concernés.

4°) La promotion de la compétence médicale à l'hôpital doit être prioritaire. Il convient d'analyser pourquoi 80% des jeunes chefs de clinique choisissent de faire carrière en privé. Cette situation délétère doit conduire à des mesures de promotion contractuelles permettant de rétablir l'attractivité vers l'hôpital. L'extension à toutes les spécialités de la part variable complémentaire du revenu en constitue l'un des leviers.

5°) L'hôpital doit cesser d'être « réduit » à sa seule mission de prise en charge des urgences. L'hôpital doit réinvestir les activités programmées et développer son secteur de prise en charge ambulatoire. Pour les urgences une organisation par territoire est incontournable. L'intégration de la pharmacie au CHU doit être effective avec ses textes réglementaires.

6°) La tarification à l'activité pose le problème du différentiel des coûts entre secteur hospitalier public et celui des cliniques privées. Dans l'attente du travail en cours sur l'échelle nationale des coûts relookée, les objectifs doivent être définis. Comme

Xavier Bertrand alors ministre de la santé l'avait indiqué l'objectif de la convergence totale des financements publics et privés n'est pas souhaitable.

7°) Les pathologies du vieillissement, les difficultés de la psychiatrie publique et la crise de la chirurgie notamment sont autant de sujets de santé publique qui sortent après la campagne comme ils y sont entrés. Dans ces domaines une action nationale exemplaire doit à l'instar du plan cancer être développée. L'exemple de l'Institut National du Cancer (INCA) qui permet un pilotage transversal sans trop de bureaucratie mérite d'être exemplaire.

8°) Il convient d'organiser des filières de prises en charge qui dépassent l'obsolète clivage entre secteur public et secteur privé sur la base de nouveaux modes de rémunération. Cela signifie aussi assurer la qualité des actes médicaux et les évaluer, promouvoir et reconnaître la compétence dans la formation initiale comme dans le déroulé des carrières, trouver des solutions pour que l'installation et l'exercice des jeunes médecins s'appuient sur leurs motivations mais tiennent compte aussi des besoins de santé publique.

9°) L'hôpital est au cœur de la prise en charge des alertes sanitaires qui vont se multiplier. Au même titre il doit investir le champ de la santé environnementale et plus généralement celui de la santé publique et de la prévention.

Cela signifie, là encore, le développement coordonné avec la médecine de ville mais aussi avec les professionnels et association de malade investis dans ces domaines.

10°) La situation de la protection sociale est mauvaise. Comme la cour des comptes vient de l'indiquer les réformes entreprises sont souvent d'apparence et le comité d'alerte sonne le tocsin.

Les coûts de la santé ne peuvent que progresser mais la pérennité du système impose que les décisions ne remettent en cause ni la qualité des soins ni la prise en charge des malades. Les 19, 20 et 21 septembre 2006 se tiendra à Poitiers en présence des principaux responsables politiques et institutionnels le 2^e congrès « Convergences Hôpital Santé ». Outre les sessions scientifiques nous y débattons de tous ces sujets. Réservez ces dates et inscrivez vous.

François AUBART
président de la CMH



QUOI DE NEUF À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIENE HOSPITALIERE DEPUIS 2004 ?

par le Pr Philippe Hartemann, président de la SFHH



Dans une livraison précédente d'OFFICIEL SANTE nous présentions au lecteur ce qu'était l'hygiène hospitalière et un certain nombre de thèmes d'actualité, le tout étant abordé dans le cadre de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). Rappelons simplement que l'Hygiène est, selon le dictionnaire Larousse, la discipline médicale s'occupant des relations entre l'homme et son environnement en vue de l'obtention du meilleur état de santé possible (cf. définition de l'OMS : Santé = état de complet bien être physique, mental et social). Son implication dans l'environnement très particulier qu'est un établissement de soin est représentée par l'Hygiène Hospitalière dont des textes réglementaires ont rendu l'incorporation obligatoire (Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH)). Si cette

EOH se doit de s'intéresser à tous les aspects de la discipline, cependant il est bien évident qu'elle se consacre en priorité à l'épidémiologie et à la prévention des infections nosocomiales, en raison des conséquences lourdes de ce problème, tant pour les patients que pour les finances de l'établissement et le frein aux progrès médicaux. Au terme d'un mandat qui s'achèvera avec le 18^e congrès de Strasbourg les 7 et 8 juin 2007 il n'est peut être pas totalement inutile de présenter les points forts de l'avancement des choses en matière d'hygiène hospitalière. Ceci sera réalisé d'abord sous forme, d'une revue des activités de la SFHH durant la période 2003-2006, ce qui sera complété plus spécifiquement par un texte supplémentaire pour l'année 2006-2007 publié dans ce numéro et une

revue des principales nouveautés en France durant cette période qui a été fort riche en matière d'action des pouvoirs publics.

Le taux des infections nosocomiales baisse en France (voir plus loin) illustrant ainsi le résultat des efforts de tous, même si, comme on en parle de plus en plus en particulier dans les médias, le grand public est persuadé du contraire. Avec une prévalence de l'ordre de 5 %, donc une incidence (= un risque pour le patient) de l'ordre de 3 à 4 %, le problème des infections associées aux soins en milieu hospitalier (= nosocomiales) n'est plus le premier dans le « hit parade » des événements indésirables, dépassé par la iatrogénie médicamenteuse. Cependant il reste fort important, de plus en plus pris en compte dans sa dimension médico-judiciaire et des progrès sont encore possibles. Nous allons envisager plus dans le détail certains des points forts de l'activité de la SFHH durant cette période.

A - Actions de la Société Française d'Hygiène Hospitalière

Les axes de travail qui avaient été fixés à la Société Française d'Hygiène Hospitalière par le conseil d'administration en 2003 étaient au nombre de trois :

a) Il était proposé, dans le cadre de la continuité des actions menées auparavant, de poursuivre la réalisation des congrès et autres activités de production de référentiels et d'information, tout en renforçant l'approche scientifique et la dissémination.

b) Il était aussi inscrit, en filigrane de son action, l'amélioration de la visibilité de la SFHH et l'augmentation du recours à celle-ci de la part des autorités sanitaires et des sociétés savantes ou organismes représentatifs des différentes professions médicales, paramédicales et médico-techniques.

c) Il était enfin souhaité de nous engager dans une dynamique de collaboration européenne afin d'asseoir la position de la thématique et de la discipline. Il semble que l'on puisse dire que ces objectifs ont été tenus durant la période récente.

En effet, l'assistance aux congrès (MONTPELLIER 2004, REIMS 2005, NANTES 2006), la réalisation de conférences de consensus, la publication d'avis et recommandations, les résultats des évaluations réalisées convergent vers une perception positive de l'effort de densification scientifique et semblent témoigner du succès de l'engagement de la SFHH dans cette voie. Le tout a été réalisé dans le cadre d'un renforcement de la capacité financière avec restauration de la réserve nécessaire à un fonctionnement pouvant comprendre des dépenses incitatives comme celles faites précédemment.

Pour ce qui concerne l'amélioration de la visibilité de la SFHH il semble, là également, que l'objectif soit en passe d'être atteint, au moins en partie. Les autorités sanitaires font de plus en plus appel à la SFHH pour participer à des groupes de travail, d'autres sociétés savantes nous sollicitent pour des réflexions ou des manifestations communes, le rapprochement avec la Société des Infirmières et Infirmiers en Hygiène Hospitalière est sur de bons rails. Nous avons pu éga-



Kit cathéter.



Cathéter.



Endoscope.

lement nous exprimer au travers des médias (télévision et presse écrite). Il conviendra de poursuivre cet effort et de nous organiser pour faire face à ces sollicitations.

Quant au développement de la coopération européenne, en parallèle à nos actions dans les pays francophones d'Afrique et du Maghreb, ce sillon continue à être labouré progressivement avec l'utilisation du guide sur l'eau comme base de travail dans différents pays frontaliers, l'organisation de deux symposiums réunissant les participants des sociétés partenaires italiennes et allemandes et la réflexion sur des actions de recherche communes. La présence à nos congrès de nombreux collègues du Maghreb,

d'Afrique, du Liban et des pays européens voisins témoignent de la vigueur des échanges. Ainsi la SFHH a continué à se développer grâce aux efforts de tous, les congrès et les autres manifestations signent la dynamique de la société avec des nouveautés telles que la session junior, les séances réservées à l'innovation, aux sociétés partenaires et aux laboratoires. Merci donc à tous ceux qui s'investissent dans la vie de la SFHH.

1. Pour y parvenir nous avons dans un premier temps amélioré les moyens d'expertise interne de la société :

Renforcement du Conseil Scientifique et de son rôle, et création d'une journée annuelle de la recherche pour la réflexion des membres élus et cooptés autour des membres du conseil scientifique, afin de définir la politique scientifique de la SFHH. Les missions de ce conseil sont de :

- Proposer au conseil d'administration les thèmes relatifs aux congrès de la société et assurer la gestion scientifique de ces congrès. Le conseil scientifique a la charge de choisir les sujets de conférences et des ateliers, de solliciter les intervenants, de désigner les membres du comité scientifique qui vont l'assister, notamment pour délibérer sur les propositions de communications soumises.
- Valider la mise en place des groupes de travail de la société. Le conseil scientifique est amené à donner son avis sur le thème des groupes de travail, leur objectif, leur composition et leur méthode de travail. Les modalités de proposition et de constitution d'un groupe de travail font l'objet d'une procédure.
- S'associer à la réflexion sur les conférences de consensus ou d'experts organisées par la société : à ce titre, un membre du conseil scientifique participe au comité d'organisation de ces conférences.

Sur sollicitation par le président et/ou le conseil d'administration, les missions du conseil

scientifique s'étendent aux relations scientifiques de la société avec d'autres personnes morales, d'autres institutions ou sociétés savantes.

Création d'un comité des référentiels

Depuis de nombreuses années la SFHH organisait ou participait à des travaux sur des recommandations. Il est apparu nécessaire de formaliser la démarche ; aussi un groupe de travail a élaboré des Recommandations, ce qui a permis d'améliorer notablement le suivi de ce type de production. La méthodologie adoptée pour les Conférences de Consensus a été celle recommandée par l'ANAES. La première Recommandation d'Experts a utilisé une méthodologie inspirée de la méthode « Groupe Nominal Adapté » - Rand Corporation et Université de Californie aux USA. Une fois les différents aspects méthodologiques structurés, une autre réflexion a été conduite pour trouver une ligne éditoriale précise, les différents textes antérieurement publiés l'ayant été sous des formes diverses.

C'est pour toutes ces raisons que le Conseil d'Administration a souhaité poursuivre dans cette direction et a adopté le principe de fusion de 2 commissions existantes (Bureau des Conférences de Consensus et Comité des recommandations) en une seule commission dénommée **Comité des référentiels**. La création de ce comité a eu lieu fin 2004. Après avoir établi ses principes de fonctionnement en les inscrivant dans la dynamique antérieurement créée, ce comité a entrepris l'harmonisation et la formalisation des différentes démarches d'amélioration concernant la méthodologie et l'organisation de l'élaboration de référentiels (archivage des thèmes, périodicité des réactualisations, calendrier d'avancement et suivi du planning, règles éditoriales, documentation sur les méthodologies, etc...) et a commencé à produire selon

cette méthodologie, sur commande de la H.A.S.

Décision de recréer une Commission des Soins et de créer une Commission de l'Information, ce qui fera l'objet de tous nos efforts en 2007

2/ Comme indiqué plus haut nous avons également poursuivi (avec à chaque fois un comité ad'hoc responsable) **l'organisation de congrès**, de plus en plus fréquentés, **de conférences de consensus**, la participation croisée aux manifestations d'autres sociétés savantes (ex : RICAI, JN), **la réalisation de travaux** pour l'ex. ANAES (ex. prévention des infections liées aux cathéters veineux périphérique) et maintenant la Haute Autorité de Santé et d'avis pour la Direction Générale de la Santé (ex. Hygiène des Biberons, Hygiène en Hémodialyse etc...) voire au niveau européen (avis commun sur l'utilisation des Solutions Hydroalcooliques avec notre consœur allemande de la DGKH). Nous avons également publié des recommandations d'experts (ex. qualité de l'air au bloc opératoire, rappel de patients face à un risque viral nosocomial d'origine hématogène), des fiches synthétiques de méthodologie épidémiologique. Plusieurs autres thèmes sont en cours d'instruction et feront rapidement l'objet de présentation officielle. Tous ces documents sont bien sûr consultables sur le site internet de la SFHH.

3/ Parmi les actions mises en place antérieurement, nous avons aussi poursuivi **la publication de la Liste Positive des Produits Désinfectants**, très demandée par les équipes d'hygiène et les gestionnaires des établissements de santé. Nous en sommes à la 11^e version, publiée en 2006, la douzième, celle de 2007, étant sous presse. Cette liste est enrichie par rapport aux versions précédentes, les laboratoires ayant, toujours dans le cadre d'une démarche volontaire, soumis au comité qu'il convient ici de remercier pour la qualité du travail fourni, un nombre croissant

de dossiers de produits. Ceux-ci ont été passés au crible des critères définis par les membres du Comité de la Liste pour décider de leur inscription.

Il faut saluer les progrès ainsi réalisés dans la connaissance des propriétés des produits proposés aux utilisateurs, ce qui de toute évidence est positif pour ces derniers et les aide beaucoup dans leurs choix. Il faut également signaler que cette démarche, totalement bénévole, effectuée par le Comité de la Liste de la SFHH intéresse beaucoup l'AFSSAPS. En effet, cette agence a des missions d'évaluation et de contrôle des produits désinfectants de dispositifs médicaux (DM) d'une part, et des produits biocides d'autre part, dans le cadre de la mise en œuvre de la Directive européenne sur les biocides. L'AFSSAPS a donc fait appel à des membres du Comité de la Liste Positive Désinfectants pour leur expertise ponctuelle

oud dans le cadre de groupes de travail.

Depuis 1998, avec l'entrée en vigueur du marquage CE des DM, puis la publication de la Directive Biocides, le cadre juridique applicable aux désinfectants s'étoffe. Dans le même temps, la normalisation s'enrichit de référentiels harmonisés qui permettent une évaluation encore mieux adaptée des propriétés antimicrobiennes de ces produits. Les guides de bonnes pratiques de désinfection des DM, issus de groupes de travail du CTIN puis du CTIN-ILS, donnent des indications pour l'utilisation pratique.

Il semble intéressant de montrer les progrès ainsi réalisés dans la connaissance des critères d'efficacité et d'emploi des produits désinfectants. En faisant appel aux archives familiales, je ne peux résister au plaisir d'utiliser, en cette période d'anniversaire des dures batailles de 1916 et 1917, un courrier adressé

durant la « Grande Guerre » par ma grande tante à son cousin, médecin mobilisé sur le front. Elle n'avait aucune compétence particulière et elle a participé avec dévouement, comme toutes les jeunes filles de Lunéville, ville de garnison située pas loin du front, aux soins aux blessés évacués dans un état souvent effroyable. Les questions qu'elle pose dans ce courrier, et qu'elle qualifie elle-même de « saugrenues » sont assez stupéfiantes et témoignent de l'absence de formation, même sur « le tas », et d'usages parfois curieux :

- « Qu'est ce que la caféine, la spartéine, l'ergotine, la strychnine ? »
- L'acide phénique est un désinfectant. Pourquoi faut-il l'employer avec précaution sur les plaies ? J'ai entendu parler d'un soldat qui avait perdu ses doigts.
- Connais-tu le remède qui consiste à se toucher la gorge

au pétrole pendant une angine ou la scarlatine ? » On peut mesurer ainsi les progrès réalisés en quelques décennies... même s'il reste encore beaucoup à faire!!!

4. Nous avons enfin essayé d'introduire aussi toujours plus de qualité dans notre **communication**. Consciente de la nécessité de communiquer toujours plus efficacement autour de sa mission, la Société Française d'Hygiène Hospitalière a entrepris une **refonte totale de son site Internet**.

Depuis le début de 2005, les professionnels du secteur médical peuvent ainsi accéder à une plate-forme d'informations graphiquement modernisée, rédactionnellement réorganisée et techniquement dynamisée. Outre des informations générales sur la structure elle-même, les internautes peuvent prendre connaissance de l'ensemble des travaux de réflexion entrepris par la SFHH

GILBERTSCRUB⁺

Solution moussante désinfectante

Chlorhexidine 4% (m/v.),
Ethanol 5% (v/v.) et tensioactif

NOUVEAU
2 FORMATS COMPLÉMENTAIRES
125 ET 500 ML

- Lavage hygiénique des mains
- Lavage chirurgical des mains
- Douche pré-opératoire

→ Pour les praticiens hospitaliers
→ Pour le personnel de soin
→ Pour le patient

Avantages produits :

- Flacon 125 ml : capsule service
- Protection garantissant l'inviolabilité du produit
- Pour une utilisation simple et rapide
- Flacon 500 ml : Pompe refermable
- Livré pompe montée et verrouillée

Péremption avant ouverture : 36 mois
Péremption après ouverture : 3 mois

Gilbert
LABORATOIRES

(P) 14304 Méruville St-Clair cedex
Tel : 02 31 87 18 07
103 rue de la République

avec, à leur disposition, des fiches de synthèse par thème et des publications dans leur version intégrale disponibles en téléchargement.

Enfin, les adhérents bénéficient d'outils privilégiés avec des espaces de travail en ligne et un accès prioritaire aux publications. Rendez-vous donc sur www.sfhh.net !

Merci à tous ceux qui, bénévolement, assument l'animation de tous ces comités, groupes de travail et commissions diverses qui permettent à notre société de justifier la confiance mise en elle par notre millier d'adhérents, qui ont également accès à un tarif préférentiel à la revue officielle de la SFHH, HYGIENE'S où sont publiés, outre des articles scientifiques, le bulletin de la société et de nombreuses informations pratiques.

B - Les Principales Nouveautés auxquelles la SFHH et ses membres ont été associés en France

1. Mesures concernant la gestion du risque infectieux lié aux soins

Signalement des infections nosocomiales et événements indésirables liés aux soins

La loi de santé publique (2004 – 208 du 9 août 2004) a modifié l'article L 1413-14 posant le principe du signalement des infections nosocomiales en ciblant le signalement sur les événements constatés – et non plus seulement suspectés –, et en limitant le signalement des événements indésirables (autres qu'une infection nosocomiale) aux seuls événements graves. L'article L 1413-14 est désormais ainsi libellé : « Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitement ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente... ».

L'article L 1413-16 précise que sont déterminées par décret en Conseil d'Etat « [...] La nature et la gravité des événements mentionnés à l'article L 1413-14 qui doivent être déclarés, les modalités selon lesquelles ces informations sont recueillies et les règles garantissant le respect du secret médical ».

Les E.O.H. sont en première ligne dans l'application de ce texte puisqu'elles sont chargées de recueillir les informations requises avant leur transmission à la DDASS et au CCLIN.

Fixation d'objectifs de santé publique concernant l'hygiène

Des objectifs de réduction des infections nosocomiales et de la résistance bactérienne aux antibiotiques sont fixés dans le

rapport annexé à la loi de santé publique (cf. ci-après).

Parmi les 100 objectifs de santé publique fixés dans le rapport annexé à la loi, certains concernant le risque infectieux et le risque iatrogène. Les tableaux ci-dessous, extraits du rapport annexé à la loi de santé publique, rappellent certains de ces objectifs.

Pour juger de la pertinence de la lutte contre les IN, des indicateurs ont été précisés et demandés aux établissements dans leur rapport d'activité : Score ICALIN (voire plus loin), utilisation des SHA, résistance de *Staphylococcus aureus* à la Meticilline, surveillance des infections de site opératoire (celle-ci étant prise en compte pour la

rémunération complémentaire des PH en Chirurgie (arrêté du 28 mars 2007)).

Prévention des infections liées aux soins en dehors des établissements de soins

Selon l'article L 3114-6 : « Les professionnels de santé ainsi que les directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale [...], exerçant en dehors des établissements de santé, veillent à prévenir toutes infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins. Des arrêtés fixent, en tant que de besoin, les règles qu'ils doivent respecter ».

Ainsi des arrêtés pourront rendre obligatoire le respect de bonnes pratiques d'hygiène dans le secteur libéral.

Iatrogénie				
		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables	26	Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène (1) de 10 % à 7 % d'ici à 2008		* Proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques	28	Réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire	Disposer des données épidémiologiques nationales sur la iatrogénie globale par la mise en œuvre à intervalles réguliers d'une étude portant sur le risque iatrogène global	* Nombre de séjours hospitaliers avec un événement iatrogène évitable * Nombre annuel d'hospitalisations dues à un événement iatrogène * Nombre de décès ayant la iatrogénie comme cause principale

(1) ensemble des événements indésirables consécutifs à l'action médicale : accidents médicaux, événements indésirables secondaires à l'usage de médicaments ou de dispositifs médicaux, infections nosocomiales

Résistance aux Antibiotiques				
		OBJECTIF	OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
Objectifs quantifiables	30	Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques notamment pour <i>S. pneumoniae</i> (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % (2001) à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones) et <i>S. aureus</i> (réduire le <u>taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %</u>)		Taux d'incidence et de prévalence des infections communautaires à bactéries résistantes par habitant * Taux de prévalence des infections nosocomiales à bactéries résistantes par patient hospitalisé * Taux d'incidence des infections nosocomiales à bactéries résistantes par patient hospitalisé et par jour d'hospitalisation * Taux de résistance (proportion de bactéries résistantes isolées) par type de bactérie et d'antibiotique

Dans ce cadre le Comité Technique National des Infections Nosocomiales (CTIN) a vu son champs d'intervention élargi (et son intitulé modifié en conséquence) pour aborder l'ensemble des Infections Liées aux Soins (CTIN-ILS).

2. Création de nouvelles instances

De nouvelles instances ont été créées ou actualisées par la **loi de santé publique** et mises en place.

- Un **Haut Conseil de la Santé Publique** est créé à l'article L 1411-4. Comité d'experts et de membres de droit, il réalise une analyse des problèmes de santé et mène des travaux permettant de fixer des objectifs quantifiés pour l'amélioration de la santé de la population. Ces travaux servent de base pour l'élaboration et l'évaluation de la politique de santé publique nationale, tous les 5 ans. Ce conseil exerce les missions dévolues au précédent Haut

Comité de Santé Publique ainsi que celles du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (section des maladies transmissibles, comité technique des vaccinations...). Il comporte une commission « Sécurité Sanitaire » dont l'action est décomposée en trois sections, dont l'une consacrée aux risques en milieu de soins, à laquelle sera rattaché le CTIN-ILS.

- L'article L1413-1 a institué un **Comité National de Santé Publique** qui a notamment pour mission de coordonner l'action des différents départements ministériels en matière de **sécurité sanitaire et de prévention**, participer à l'élaboration de la politique gouvernementale dans ces domaines et d'en **étudier les conditions de financement**.

- La **Conférence Nationale de Santé** (article L 1411-3), est un organisme consultatif placé auprès du ministère chargé de la santé, composée notamment de représentants des professionnels et des usagers. Elle est consultée par le Gouvernement lors de la

préparation du projet de loi de politique de santé publique et élabore un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé (en se basant notamment, sur les rapports établis par les conférences régionales de santé). Au niveau régional, le rôle des conférences régionales de santé est précisé à l'article L 1411-12.

3. Modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire

Les missions de l'Institut de veille sanitaire en matière d'alerte sanitaire et de participation à la gestion des situations de crise sanitaire ont été renforcées (articles L 1413-2 et L 1413-3).

Par ailleurs tout professionnel de santé est tenu de signaler sans délai au préfet de département les menaces imminentes pour la santé de la population dont il a connaissance ainsi que les « situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave lui paraît

constituée » (article L 1413-15). En réponse à une menace sanitaire grave (menace d'épidémie notamment), le ministère de la santé peut imposer, par arrêté « toute mesure proportionnée aux risques courus » afin de prévenir et limiter les conséquences de cette menace (article L 3110-1). Ces mesures peuvent être des mesures individuelles, comme, par exemple, imposer le respect d'une quarantaine à des personnes susceptibles de transmettre une maladie (cf. épidémie de SRAS au printemps 2003) ou imposer une vaccination (variole par exemple). D'autres dispositions de la loi de santé publique ont contribué au renforcement de la vigilance et l'alerte sanitaire pour lesquelles les hygiénistes hospitaliers ont été très sollicités :

- officialisation des plans blancs (L 3110-7), des établissements de santé de référence dans chaque zone de défense (L 3110-9) ;
- définition de l'hémovigilance (article L 1221-13) ;

MACHINE DE TRAITEMENT DES DECHETS HOSPITALIERS

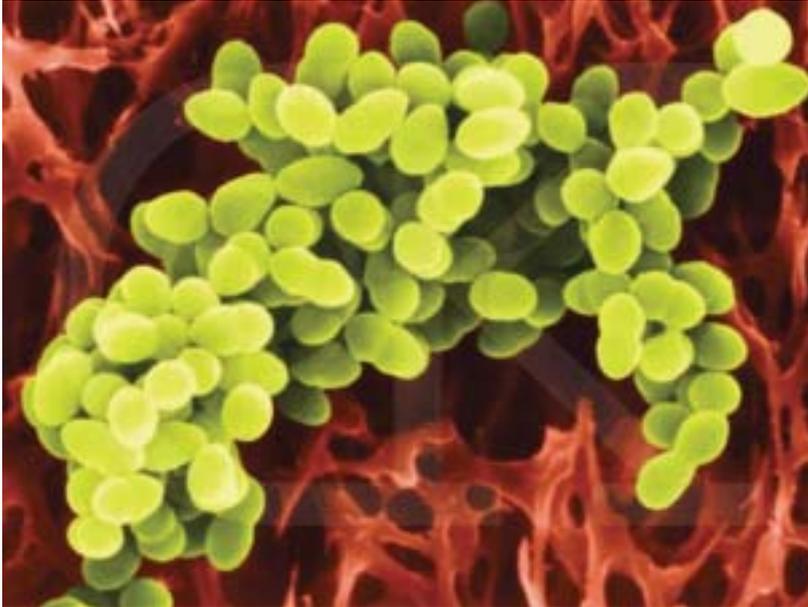
- Broie et stérilise les déchets infectieux par vapeur d'eau dans une même enceinte fermée et compacte.
- Facile à installer dans tout type d'hôpital.
- Solution fiable et économique.
- Système homologué par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.
- Efficacité et rentabilité déjà prouvées dans une centaine d'établissements.






VOTRE PARTENAIRE SANTÉ & ENVIRONNEMENT

28 rue Sébastopol - 59100 Roubaix - Tel : 03 20 70 98 65 - Fax : 03 20 36 28 05 - E-mail : contact@ecodas.com - Internet : www.ecodas.com



Staphylococcus aureus.

- possibilité de fixer des règles particulières de matériovigilance pour certains dispositifs médicaux (articles L 5212-3, créé par la loi);
- création d'un système de cosmétovigilance impliquant tout professionnel de santé (article L 5131-9 et -10).

4. Publication par le Ministère de la Santé du score ICALIN, puis de celui relatif à l'utilisation des S.H.A.

Dans un souci de communication envers les médias et le grand public, le Ministère de la Santé a publié le score relatif aux moyens mis en œuvre par les établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) et la quantité de Solution Hydro-Alcoolique utilisée pour la désinfection des mains rapportée au nombre de journées d'hospitalisation.

En quelques semaines le « souffle » est retombé très vite. Il y a eu quand même quelques jours « chauds », de nombreux journalistes cherchant à exploiter le sujet des infections nosocomiales. Il a fallu expliquer qu'il ne s'agissait pas d'un tableau d'honneur des établissements en fonction de leur taux d'IN (... certains journalistes sont visiblement très pressés, car ne prenant même pas le temps de lire les excellents documents explicatifs fournis par le Ministère!), mais d'un score indicateur de l'engagement de

l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales. Il a fallu expliquer que l'on ne pouvait pas classer ensemble un CHU et un petit hôpital, il a fallu expliquer les critères pris en compte et dire que, comme toute notation, il peut y avoir des aspects discutables (... merci aux JO et aux juges de patinage artistique pour nous fournir un exemple accessible de ce type de problème!!!). Il a fallu, ... il a fallu, etc... Mais globalement, avec beaucoup de salive et de temps, cela s'est bien passé!!

On a pu noter cependant quelques dérapages (toujours involontaires?) avec des titres plus accrocheurs!, où la notion d'engagement dans la LIN était manifestement occultée pour celle trompeuse d'IN.

Nous ne pouvons que nous féliciter que nos efforts soient enfin mis en avant, que l'on puisse afficher la présence ou l'absence de moyens, la mise en œuvre de programmes, etc... Espérons que ceci ne sera pas qu'un feu de paille et que les établissements mal classés chercheront à améliorer non pas seulement leur score, mais, aussi et surtout, la mise en œuvre pratique de ce qui nous unit tous.

Cependant il faut dès maintenant se méfier des effets secondaires (sinon pervers!) d'une telle démarche.

- Certains établissements ont demandé, souvent à juste raison, des corrections. Un

circuit officiel a été mis en œuvre via les DRASS pour prendre en compte ces demandes.

- D'autres établissements découvrent qu'ils ont mal rempli le rapport d'activité qui a servi de base au recueil des données ayant permis de calculer l'ICALIN, mais ce sera à eux de faire attention la prochaine fois!
- D'autres viennent se plaindre, car ayant été « honnêtes », et dénoncer d'autres, « moins honnêtes » dans leurs déclarations. Ceci pose clairement la nécessité d'une validation de données prises en compte.
- D'autres, enfin, très satisfaits de leur classement, peuvent le mettre en avant comme un argument publicitaire, ce qui est parfaitement légitime si les déclarations initiales étaient toutes conformes à la réalité.

Ce système a au moins deux avantages :

- tout le monde prend conscience du sujet et s'en préoccupe, du directeur d'ETS au directeur d'ARH, de l'« usager » au journaliste, et même certains de nos collègues hier encore assez réfractaires!
- chacun veut rapidement se trouver en « A » ce qui est excellent sur le plan de la santé publique et pour ce que nous défendons parfois un peu en vain!

En revanche, il faut avoir conscience que :

- sauf validation des données, il y aura bientôt plus que des « A » (... comme pour les radars fixes où certains font très attention à respecter la vitesse avant de repartir ensuite comme une fusée!)
- il faut absolument avoir des définitions claires, ne permettant guère d'interprétation, en particulier pour ce qui concerne les effectifs des équipes opérationnelles d'hygiène dont on peut prédire sans risque qu'ils vont faire un bond extraordinaire mais qui sera réellement pris en compte, avec quel niveau de classification?

- un tel score doit évoluer progressivement, l'objectif étant de chercher à faire monter tout le monde, les moins bons, c'est normal, mais aussi les meilleurs, qui doivent toujours avancer et ne pas se reposer sur leurs lauriers. Réunir un CLIN une fois par an est un bon début... mais pas une fin en soi!
- de même il serait ridicule d'acheter des Solutions Hydro-Alcooliques pour ne pas réellement les utiliser correctement, simplement pour satisfaire à l'objectif quantitatif de l'indicateur!

Conclusion

Dans le panorama dressé précédemment nous avons cherché à montrer le mouvement vers plus de qualité dans les soins que la SFHH a cherché à induire ou auquel elle a été associée. Clairement il apparaît que l'on parle de plus en plus du sujet et que des mesures concrètes ont été prises. Cependant rien n'est parfait et il reste encore beaucoup à faire. Il nous reste aussi à répondre à d'autres défis, en particulier à celui de l'inscription de ces actions préventives dans un contexte où la « durabilité » sera de plus en plus nécessaire.

Sur la base du principe de précaution ont été instituées des mesures très coûteuses en énergie et en matières premières pour l'emploi systématique de matériel à usage unique, l'augmentation des températures et des durées de stérilisation etc... Ces mesures justifiées dans l'urgence (ex. risque de transmission du prion) posent des problèmes techniques d'application (ex. lames de laryngoscope toutes à usage unique) et sont très coûteuses et polluantes. Il reste à intégrer cet aspect dans les décisions publiques et l'hygiéniste (spécialiste des relations Santé-Environnement) y a toute sa place, pour que les aspects environnementaux ne soient pas oubliés. ■

ont contribué à ce document :

P. Berthelot, C. Dumartin, M.L. Goetz, J. Hajjar, X. Verdeil, D. Zaro-Goni.



Recommandations pour la pratique clinique : prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques

*Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la prévention des infections
liées aux cathéters veineux périphériques*

Recommandations

La pose d'un cathéter veineux périphérique est un acte de soin très fréquent, puisque l'on estime à 25 millions le nombre annuel de cathéters veineux périphériques mis en place en France. Ce type de cathéter peut être à l'origine d'infections locales ou systémiques, potentiellement sévères. Néanmoins, la comparaison des risques infectieux liés aux différents types de cathéters (centraux ou périphériques, veineux ou artériels) montre que celui lié aux cathéters veineux périphériques est le plus faible. La prévention des infections liées au cathétérisme intravasculaire a fait l'objet de recommandations essentiellement pour les cathéters veineux centraux. Ce document propose des recommandations spécifiques à la prévention du risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques lors des différentes étapes de leur utilisation. Elles s'adressent à l'ensemble des professionnels impliqués dans la pose, l'entretien, la surveillance et l'ablation de ce dispositif.

I. Choix du cathéter

I.1. Matériau

- R1- Il est recommandé, pour prévenir le risque infectieux, d'utiliser soit des cathéters en polyuréthane ou en polymères fluorés, soit des dispositifs épicroâniens

en acier inoxydable (B1).

- R2- Il est recommandé de ne pas utiliser de dispositifs épicroâniens en acier inoxydable en cas d'administration de produit pouvant induire une nécrose cutanée, en raison du risque d'extravasation (D3).

I.2. Matériel

- R3- Il est fortement recommandé d'utiliser des matériels sécurisés (cathéters veineux périphériques ou dispositifs épicroâniens), dans le cadre de la protection des professionnels vis à vis du risque infectieux et de former les professionnels à l'utilisation de ces matériels (A – Réglementaire).
- R4- Il est possible d'utiliser les cathéters avec site d'injection sur l'embase. En l'absence d'étude, aucune recommandation autre que celles proposées pour l'ensemble des cathéters ne peut être faite (C3).

II. Pose du cathéter

II.1. Choix du site

- R5- Il est recommandé, chez l'adulte, de choisir un site d'insertion au membre supérieur plutôt qu'au membre inférieur (B1). Il est recommandé de ne pas insérer un cathéter en regard d'une articulation (D2).
- R6- Chez l'enfant, il est possible d'utiliser également la main, le dessus du pied ou le cuir chevelu (C2).
- R7- Il est fortement recom-

mandé de ne pas insérer un cathéter sur un membre sur lequel un curage ganglionnaire ou une radiothérapie ont été réalisés, ou sur lequel une tumeur maligne a été diagnostiquée (E3).

- R8- Il est fortement recommandé de ne pas insérer un cathéter sur un membre avec une fistule artério-veineuse (E3).
- R9- Il est fortement recommandé de ne pas insérer un cathéter à proximité de lésions cutanées infectieuses suintantes (E3).
- R10- Il est recommandé de ne pas insérer un cathéter sur un membre avec une prothèse orthopédique ou sur un membre paralysé (D3).

II.2. Tenue de l'opérateur

- R11- Il est recommandé de ne pas adopter de mesure particulière concernant la tenue de l'opérateur (notamment le port d'une blouse stérile, d'un masque et d'une charlotte), s'agissant spécifiquement de la prévention du risque infectieux lié au cathéter veineux périphérique (D3).

II.3. Hygiène des mains et port des gants

- R12- Il est fortement recommandé de réaliser, avant l'insertion du cathéter, un traitement hygiénique des mains soit par lavage hygiénique des mains avec un savon antiseptique (ou lavage antiseptique) soit par friction désinfectante à l'aide d'un gel ou d'une solu-

tion hydro-alcoolique (A1).

- R13- Il est recommandé de porter des gants pour la prévention des accidents d'exposition au sang (précautions standard) (A-Réglementaire).
- R14- Il est recommandé de porter des gants stériles si le site d'insertion doit faire l'objet d'une palpation après l'antisepsie cutanée (B3).

II.4. Antisepsie cutanée

- R15- Il est recommandé de ne pas dépiler la zone d'insertion (D3) ; si la dépilation est indispensable, il est recommandé de privilégier la tonte (B3).
- R16- Il est recommandé de réaliser une déterision (nettoyage avec un savon antiseptique, suivi d'un rinçage et d'un séchage) avant l'application de l'antiseptique (B2). Il est recommandé, en l'absence de savon antiseptique de la même famille que l'antiseptique, d'utiliser un savon doux liquide pour la phase de déterision (B3).
- R17- Il est fortement recommandé de réaliser une antisepsie cutanée avant l'insertion d'un cathéter veineux périphérique (A1).
- R18- Il est recommandé pour réaliser l'antisepsie d'utiliser la chlorhexidine alcoolique (B1) ou la polyvidone iodée alcoolique (B3).
- R19- Il est possible d'utiliser la polyvidone iodée en solution aqueuse (C1).

- Il est possible d'utiliser les solutés chlorés et l'alcool à 70° (C3) ; mais aucune étude n'a comparé l'efficacité de ces produits dans la prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques.
- R20- Il est recommandé de ne pas utiliser la chlorhexidine en solution aqueuse (0,05 %), ou l'alcool iodé (D1).
- R21- Il est recommandé d'attendre le séchage spontané de l'antiseptique utilisé (B3).
- R22- Il est recommandé d'utiliser, pour un même patient, la même famille antiseptique lors de la pose du cathéter et de l'entretien du dispositif de perfusion (B3).
- R23- Il est recommandé de ne pas appliquer d'acétone (D2).
- R24- Chez le nouveau-né, il est fortement recommandé de ne pas utiliser les produits iodés (E1).
- R25- Chez le nourrisson et l'enfant de moins de 30 mois, il est recommandé de se référer aux résumés des caractéristiques des produits pour les précautions d'emploi (A-Réglementaire).
- R26- Il est recommandé d'assurer une traçabilité de la pose du cathéter dans le dossier patient : date de pose, date d'ablation, taille du cathéter, site de pose, opérateur (B3).

II.5. Utilisation des anesthésiques locaux

- R27- Il est recommandé, lors de l'application d'un topique anesthésique, d'utiliser une présentation mono dose ou une présentation réservée à un seul patient (B3) ; dans cette situation, lors de la pose du cathéter, il est fortement recommandé de faire précéder l'antiseptie d'une phase de détergence (A3).

II.6. Configuration du dispositif de perfusion

- R28- Il est recommandé d'utiliser une configuration du dispositif de perfusion la plus simple pour l'utilisation prévue du cathéter (nombre minimal de raccords et de voies d'accès) (B3).
- R29- Il est recommandé de privilégier une configuration du dispositif de perfusion permettant de limiter la manipulation de l'embase du cathéter, notamment par l'utilisation d'un prolongateur (B3).

II.7. Pansement

- R30- Il est recommandé de couvrir le site d'insertion du cathéter et de fixer le cathéter en utilisant un pansement stérile (B1) semi-perméable transparent en polyuréthane pour permettre la surveillance du point d'insertion (B3).
- R31- Il est recommandé d'utiliser un pansement adhésif stérile avec compresse en cas de saignement ou d'exsudation (B3).
- R32- Il est possible d'utiliser des bandelettes adhésives stériles pour fixer le cathéter, sous réserve du respect des règles d'asepsie (C3).
- R33- Il est recommandé de ne pas appliquer de pommades antiseptiques ou antibiotiques sur le site d'insertion (D2).
- R34- Il est recommandé de protéger temporairement le pansement avec un matériau imperméable lors de la douche ou d'une exposition à l'eau (B3).

III. Utilisation

III.1. Manipulation du cathéter, des tubulures et robinets

- R35- Il est recommandé, avant toute manipulation du cathéter et de l'ensemble des éléments constituant le dispositif de perfusion, de réaliser un traitement hygié-

nique des mains soit par lavage hygiénique des mains avec un savon antiseptique (ou lavage antiseptique) soit par friction désinfectante à l'aide d'un gel ou d'une solution hydro-alcoolique (B2).

- R36- Il est recommandé de désinfecter les embouts et les robinets avant leur manipulation à l'aide d'une compresse stérile imprégnée de chlorhexidine alcoolique ou de polyvidone iodée alcoolique ou d'alcool à 70° (B2).
- R37- Il est recommandé de mettre en place un nouveau bouchon stérile chaque fois que l'accès ou le robinet est ouvert (B3).
- R38- Il est recommandé de tenir les rampes à distance de toute source de contamination (litière, plaie, stomie par exemple) (B3). En l'absence d'arguments bibliographiques, il n'est pas possible de proposer une recommandation concernant l'utilisation de dispositifs de protection des raccords et des rampes dans l'objectif de prévenir le risque d'infection liée au cathéter veineux périphérique.
- R39- Il est possible d'utiliser des connecteurs de sécurité sous réserve de les désinfecter avant tout accès au système (C 2).

III.2. Verrous (héparine et antibiotique) - Obturateurs

- R40- Il est recommandé de ne pas faire de verrou antibiotique pour la prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques (D3).
- R41- En l'absence d'arguments bibliographiques, il n'est pas possible de proposer une recommandation concernant l'utilisation d'un verrou héparine, d'une héparinisation en continu, d'un verrou au sérum physiologique ou d'un obtura-

teur pour le maintien de la perméabilité du cathéter.

- R42- Il est recommandé de respecter les règles d'asepsie en cas d'utilisation d'un verrou héparine, d'une héparinisation en continu, d'un verrou au sérum physiologique ou d'un obturateur (B3).
- R43- Il est recommandé, en cas d'utilisation d'un obturateur, de mettre en place un nouvel obturateur stérile après chaque nouvel accès au cathéter (B3).

IV. Entretien

IV.1. Fréquence de changement du cathéter

- R44- Il est fortement recommandé de retirer le cathéter veineux périphérique dès que celui-ci n'est plus utile (A3).
- R45- Il est fortement recommandé d'examiner le site d'insertion du cathéter au moins une fois par jour à la recherche de signes locaux (A3).
- R46- Il est fortement recommandé d'enlever le cathéter en cas de complication locale ou de suspicion d'infection systémique liée au cathéter (A1).
- R47- Il est fortement recommandé, en cas de suspicion d'infection, de procéder à l'ablation de manière aseptique de l'extrémité distale du cathéter et de l'adresser au laboratoire pour un examen microbiologique (A3).
- R48- Il est recommandé de changer dès que possible un cathéter qui n'aurait pas été posé dans des conditions d'asepsie correctes (B2).
- R49- Il est recommandé, chez l'adulte, de ne pas laisser en place un cathéter plus de 96 heures (B2). Chez le patient au capital veineux limité, sous réserve d'une surveillance attentive du site d'insertion et en l'absence de complications,

il est possible de laisser en place le cathéter pour une durée plus longue (C3).

- R50- Il est recommandé, chez l'enfant, de ne pas changer systématiquement un cathéter. Le changement est recommandé uniquement en cas de signes de complications (B2).

IV.2. Réfection du pansement

- R51- Il est fortement recommandé, avant la manipulation du pansement, de pratiquer un traitement hygiénique des mains soit par lavage hygiénique des mains avec un savon antiseptique (ou lavage antiseptique) soit par friction désinfectante à l'aide d'un gel ou d'une solution hydro-alcoolique (A3).
- R52- Il est recommandé de procéder à la réfection du pansement uniquement s'il est décollé ou souillé ou si une inspection du site est nécessaire, et ce dans les mêmes conditions que celles de la pose (B2).

IV.3. Changement du dispositif de perfusion

- R53- Il est recommandé de remplacer les tubulures utilisées après chaque administration de produits sanguins labiles et dans les 24 heures suivant l'administration d'émulsions lipidiques (B1).
- R54- Il est recommandé de changer le dispositif de perfusion (tubulures et annexes) à chaque changement de cathéter (B3).
- R55- Il est recommandé de changer le dispositif de perfusion (tubulures et annexes) toutes les 96 heures si le cathéter est laissé en place au-delà de ce délai (B3).

IV.4. Surveillance – formation – Evaluation

- R56- Il est fortement recommandé d'élaborer un protocole écrit concernant la pose, l'entretien, la surveillance et l'ablation des

cathéters veineux périphériques (A2).

- R57- Il est fortement recommandé d'informer le patient du risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques (A - Règlementaire).
- R58- Il est recommandé d'associer le patient ou ses proches à la prévention et à la détection d'infection liée aux cathéters veineux périphériques par une démarche éducative adaptée (B3).
- R59- Il est fortement recommandé d'exercer une surveillance clinique au moins quotidienne de l'état du patient et du site d'insertion du cathéter. (A 3)
- R60- Il est recommandé de réaliser un programme de surveillance du risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques; la stratégie de surveillance¹ est à établir par le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène en concertation avec les services cliniques (B2).
- R61- Il est recommandé, dans le cadre d'un programme de prévention du risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques, d'évaluer¹ régulièrement les pratiques des professionnels chargés de la pose et de l'entretien des cathéters veineux périphériques (B3).

Annexe :

Attribution d'un niveau de preuve et gradation des recommandations

Dans ce document, pour chaque question traitée, les recommandations proposées sont formulées selon une grille de cotation pour les niveaux de preuve et les niveaux de recommandations, adaptée de Kisch²:

1. Se référer au texte long.
2. Kish MA. Guide to development of practice guidelines. Clin Infect Dis 2001 ; 32(6):851-4.

Niveaux de preuve

- 1 = Au moins un essai randomisé de bonne qualité;
- 2 = Au moins un essai non randomisé ou une étude cas/témoins ou une étude multicentrique ou une série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées;
- 3 = Opinion d'expert, résultats d'une expérience clinique, étude descriptive ou résultats d'un consensus de professionnels.

Niveaux de recommandations

- A = Il est fortement recommandé de faire ;
 B = Il est recommandé de faire ;
 C = Il est possible de faire ou de ne pas faire ;
 D = Il est recommandé de ne pas faire ;
 E = Il est fortement recommandé de ne pas faire.

Promoteur, participants

La Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) est à l'initiative de ce document dans le cadre de l'appel d'offres émis en 2003 par la Haute Autorité de santé (HAS) qui a subventionné la réalisation de ces recommandations pour la « Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques ».

Ces recommandations ont été élaborées en respectant la méthode décrite dans le guide d'élaboration des « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France »

3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France ; 1999.

publié par l'Anaes³ (cf. méthode de gradation du niveau de preuve et des recommandations en annexe).

La SFHH a sollicité les sociétés savantes, fédérations et associations professionnelles suivantes pour ce travail :

- Association de pharmacie hospitalière de l'Île de France (APHIF) ;
- Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) ;
- Fédération nationale des infirmiers (FNI) ;
- Samu de France ;
- Société des infirmières et infirmiers en hygiène hospitalière de France (SIIHFF) ;
- Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) ;
- Société française de microbiologie (SFM) ;
- Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) ;
- Société de réanimation de langue française (SRLF).

L'ensemble du travail a été coordonné par le Dr Joseph HAJJAR, président du Comité des référentiels de la SFHH, et le Dr Xavier VERDEIL, président du Conseil scientifique de la SFHH. La HAS était représentée par M. Frédéric DE BELS, chef de projet. La recherche bibliographique et la rédaction des documents préparatoires à l'élaboration des recommandations ont été réalisées par le Dr Karine ASTRUC, médecin de santé publique, chargée de projet et Mme Julie GENTIL-BREVET, interne en santé publique, chargée de projet.

La SFHH tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail et les membres du groupe de lecture qui ont participé à ce travail. ■



Retours d'expériences
d'évaluation des pratiques présentées
lors des réunions organisées en région.

**Titre**

L'antibioprophylaxie : une pratique banalisée ?

Mots clés (Issus de votre "Titre")

Antibioprophylaxie

pratique

Service

Chirurgie

Région & Ville

Région :

PACA

Ville (à saisir) :

MARSEILLE

AUTEURS (Prénom, NOM en majuscule, Service du Pr., Nom de l'établissement avec son adresse complète) :

Prénom	NOM	Service du Pr. ou du Dr.	NOM Etablissement	Adresse	CP VILLE
Denis	ORTEGA	Martin	CHU NORD	Chemin Bourrelly	13015 MARSEILLE
Xavier	VIVIAND	Martin	CHU NORD	Chemin Bourrelly	13015 MARSEILLE
Claude Denis	MARTIN	Martin	CHU NORD	Chemin Bourrelly	13015 MARSEILLE
Hélène	MENDIZABAL	SAMBUIC	CHU LA CONCEPTION	147 Bd Baïlle	13005 MARSEILLE

Problématique (Pour passer à la ligne, faire ALT puis ENTREE en même temps)

L'antibioprophylaxie fait l'objet depuis de nombreuses années d'une sensibilisation et d'une organisation au sein du service d'anesthésie - réanimation. Les recommandations de la SPAR de 1999 ont fait l'objet d'une diffusion au sein du service d'anesthésie et les tableaux relatifs à chaque spécialité sont disponibles dans chaque bloc opératoire. Cette pratique cependant ne fait pas systématiquement l'objet d'un consensus avec les équipes chirurgicales. La mise en place de l'audit clinique ciblé sur cette thématique a semblé une bonne occasion pour le service d'objectiver sa pratique réelle et d'y associer les services de chirurgie.

Matériel & Méthodes (Pour passer à la ligne, faire ALT puis ENTREE en même temps)**Résultats** (Pour passer à la ligne, faire ALT puis ENTREE en même temps)

La première évaluation a montré des écarts aux recommandations aussi bien organisationnels et communs aux deux services (absence de prescription) que des non conformités par rapport au type, à la dose ou à la durée des antibiotiques utilisés. En chirurgie gynécologique il y avait oublié systématiquement de la gentamicine pour les patients allergiques aux pénicillines (20% NC). En chirurgie maxillo-faciale, 27% des interventions comportaient une prescription d'antibiotiques en post-opératoire faite par les chirurgiens. Ces non conformités ont fait l'objet d'une information large et de l'élaboration de nouveaux protocoles. La deuxième évaluation a montré une amélioration des résultats en chirurgie gynécologique alors que les actions correctives développées avec le service de maxillo-faciale n'avaient pas eu le temps d'être mises en application.

Discussion (Pour passer à la ligne, faire ALT puis ENTREE en même temps)

L'évaluation a permis d'objectiver plusieurs facteurs de non conformités vis à vis des recommandations émises et théoriquement adoptées par le service d'anesthésie - réanimation. Les non conformités organisationnelles n'ont pu dans ce laps de temps trop court être réellement abordées. Elles touchent l'absence de prescription écrite de la part de l'anesthésiste qui soulève au sein du département des réflexions en terme de partage de responsabilités, d'organisation et de traçabilité et in fine de changement de pratiques et l'intégration mal définie du chirurgien dans le processus d'antibioprophylaxie. Dans ce dernier cas, la démarche a été poursuivie avec la formalisation écrite d'un protocole stipulant les responsabilités des différents professionnels en matière d'antibioprophylaxie qui devrait faire l'objet d'une troisième évaluation. En matière d'antibioprophylaxie ces deux évaluations ont permis de constater que les erreurs par oubli ou glissement pouvaient exister même en présence de protocoles affichés.

Conclusion (Pour passer à la ligne, faire ALT puis ENTREE en même temps)

La réalisation pratique de l'audit clinique ciblé s'est trouvée fortement facilitée par les instruments mis à la disposition par l'HAS. Le temps consacré à la mobilisation des équipes, à la recherche de leur adhésion et à la restitution des résultats avec son corollaire d'actions d'améliorations à engager, est de loin plus important que le temps de réalisation de l'audit lui-même. Sur un sujet aussi anodin que l'antibioprophylaxie où existe un référentiel largement diffusé et reconnu, on arrive cependant à observer des non conformités organisationnelles ou de pratiques qui montrent bien à quel point rien n'est acquis.

Interlocuteur

Dr Hélène Mendizabal - Cellule d'évaluation médicale - AP-HM
Tel : 04.91.38.15.44 - mail : helene.mendizabal@ap-hm.fr

LES PARTENAIRES D'OFFICIE

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX DE LA CMIH

Alsace	Dr LAEDLEINN-GREILSAMMER	CHU Mulhouse	03 89 64 87 25
Alsace	Pr Gabrielle PAULI	CHU Strasbourg	03 88 11 68 56
Antilles	Dr L. MERAULT	CHU P.-à-Pitre	
Aquitaine	Dr Pierre FIALON	CHU Bordeaux	05 56 79 58 37
Aquitaine	Dr P. SIMON	CHU Bordeaux	05 56 56 35 05
Auvergne	Dr J.P. MABRUT	CHU Clermont-Ferrand	04 73 43 55 19
Auvergne	Pr D. CAILLAUD	CHU Clermont-Ferrand	04 73 75 16 53
Basse-Normandie	Pr F. BUREAU	CHU Caen	02 31 06 65 40
Basse-Normandie	Dr A. DANJOU	CH Bayeux	02 31 51 51 28
Bourgogne	Dr A. LAROME	CHU Dijon	03 80 42 48 48
Bourgogne	Dr PATOURAUX	CH Pougues les Eaux	03 86 60 60 05
Bretagne	Dr LENOT	CH Saint Brieuc	02 96 01 70 55
Bretagne	Pr P. SADO	CH Rennes	02 99 33 39 00
Centre	Dr Th. DUFOUR	CHR Orléans	02 38 51 47 24
Centre	Dr BOULAIN	CHR Orléans	02 38 22 95 57
Champ.-Ardennes	Pr M. GUENOUNOU	CHU Reims	03 56 91 37 24
Champ.-Ardennes	Dr Paul MEEKEL	CH Troyes	03 25 49 49 37
Corse	Dr F. CICHERI	CHI Corte	04 95 47 29 18
Corse	Dr J. AMADEI	CHG Bastia	04 95 55 11 11
Franche-Comté	Dr A. DEPIERRE	CHU Besançon	03 81 66 81 66
Franche-Comté	Dr A. KARA	CH Belfort	03 84 58 15 15
Haute-Normandie	Dr Ch. NAVARRE	CH du Rouvray	02 32 95 11 01
Haute-Normandie	Dr Loïc FAVENNEC	Hôpital Ch. Nicolle	02 32 88 66 39
Ile-de-France	Pr D. VIGNON	CH Foch-Suresnes	01 46 25 28 27
Ile-de-France	Dr J.L. BOURDAIN	CH F. Quesnay	01 34 97 40 68
Langu.-Roussillon	Pr Jean-Pierre BALI	CHU Montpellier	04 67 54 33 44
Langu.-Roussillon	Dr Eric BOGAERT	CHS Thuir	04 68 04 79 01
Langu.-Roussillon	Dr Charles ARICH	CHU Nîmes	04 66 68 33 88
Limousin	Pr B. MELLONI	CHU Limoges	05 55 05 68 81
Limousin	Dr M. HABRIAS	CH Bourgneuf	05 55 54 51 44
Lorraine	Dr H. LAMBERT	CHU Nancy	03 83 85 20 59
Lorraine	Pr P.E. BOLLAERT	CHU Nancy	03 83 85 14 94
Midi-Pyrénées	Dr A. CAUDRILLIER	CH Lannemezan	05 62 99 55 70
Midi-Pyrénées	Pr Ph. COURRIERE	CAC Toulouse	
Nord	Dr H. BARBIEUX	CH Roubaix	03 20 99 31 76
Nord	Pr F. FOURRIER	CHR Lille	03 20 44 64 35
Pays-de-Loire	Dr A. MERCAT	CHU d'Angers	02 41 35 38 15
Pays-de-Loire	Dr F.X. LEBAS	CH Le Mans	02 43 43 25 43
Picardie	Dr F. MARTIN	CH Compiègne	03 44 23 62 71
Picardie	Dr P.Y. LALLEMENT	CH Soissons	03 23 75 74 34
Poitou-Charentes	Dr L. ROUX	CH Saintes	05 46 92 76 56
Poitou-Charentes	Dr A. RAULT	CH Niort	05 49 32 79 79
PACA	Dr R. JULIEN	CHS Marseille	04 91 87 67 34
PACA	Dr M.H. BERTOCCHIO	CH Aix en Provence	04 42 16 16 38
Rhône-Alpes	Pr Gilles AULAGNER	CHU Lyon	04 72 35 73 07
Rhône-Alpes	Dr Dominique TREPO	CHU Lyon	04 72 11 06 22

COORDINATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE

Président : Dr F. Aubart

CHI Simone Veil (Eaubonne Montmorency)

Tél : 01 34 06 61 21 - Fax : 01 34 06 61 29

e-mail : Francois.Aubart@wanadoo.fr

Vice-Présidents :

Pr G. Aulagner, Dr F. Fraisse, Pr C. Gibert,
Pr JG. Gobert, Dr M. Marchand, Dr JM. Vetel

Secrétaires :

Dr M. Vaubourdolle

Hôpital St Antoine /APHP

184, rue Saint Antoine - 75012 Paris

Tél : 01 49 28 22 23 - Fax : 01 49 28 20 70

e-mail : michel.vaubourdolle@sat.aphp.fr

Dr JP Garnier - Hôpital Saint Louis /APHP

Délégués généraux :

Dr N. Skurnik - Neuilly sur Marne

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

(Contentieux) Dr B. Certain - Cochin APHP

Tél : 01 58 41 26 91 - Fax : 01 58 41 26 96

e-mail : bernard.certain@cch.ap-hop-paris.fr

Dr B. Mangola - CH Mâcon

e-mail : brmangola@ch-macon.fr

Trésorière :

Dr S. Peyron - CH V. Dupouy

Tél : 01 34 23 28 92

**Fédération nationale des
syndicats de praticiens biologistes hospitaliers
et hospitalo-universitaires FNSPBHU**

Président : Pr J.-G. Gobert

Tél : 01 42 16 26 52 - Fax : 01 42 16 26 54

e-mail : jean-gerard.gobert@psl.ap-hop-paris.fr

**Syndicat national des pneumologues
hospitaliers SNPNEH**

Président : Dr P. Laurent

Tél : 05 59 92 47 23 - Fax : 05 59 92 48 50

e-mail : philippe.laurent@ch-pau.fr

**Syndicat national
de gériatrie clinique SNGC**

Président : Dr J.-M. Vetel

Tél - Fax : 02 43 87 02 88

e-mail : jmvvetel@ch-lemans.fre.rss.fr

Vice-Présidente : Dr Marie D. Lussier

**Syndicat national des
praticiens attachés SYNPA**

Président : Dr M. Marchand

Tél : 01 40 03 24 71

e-mail : martine.marchand@rdb.ap-hop-paris.fr

**Syndicat national des
pharmaciens praticiens hospitaliers et
praticiens hospitaliers universitaires SNPHPU**

Président : Pr Philippe Arnaud

Tél : 01 40 25 80 18 - Fax : 01 42 63 58 25

e-mail : philippe.arnaud@bch.aphp.fr

**Collégiale des médecins légistes hospitaliers
et hospitalo universitaires CMLHHU**

Président : Dr M. Debout

Tél : 04 77 12 05 23

e-mail : patrick.chariot@htd.ap-hop-paris.fr

Syndicat des chirurgiens hospitaliers SCH

Président : Dr T. Dufour

Tél : 02 38 51 47 24 - Fax : 02 38 51 41 41

e-mail : thierry.dufour@chr-orleans.fr

**Syndicat national des gynécologues,
obstétriciens de France SYNGOF**

Président : Dr G.M. Cousin

Tél : 02 40 95 92 63

e-mail : guy-marie.cousin@wanadoo.fr

Secrétaire Général : G. Behar

Syndicat des psychiatres de secteurs SPS

Président : Dr N. Skurnik

Tél : 01 49 44 40 40 - Fax : 01 40 30 40 61

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

Syndicat des urgences hospitalières SUH

Président : Dr F. Stierlé

Tél : 03 89 64 62 70

e-mail : stierlef@ch-mulhouse.fr

**Syndicat national des médecins
réanimateurs des hôpitaux publics SNMRHP**

Président : Dr F. Fraisse

Tél : 01 42 35 61 07

e-mail : francois-fraisse@ch-stdenis.fr

**Syndicat national des biologistes
des hôpitaux privés SNBHP**

Président : Dr H.-R. Caillet

Tél : 01 48 71 06 74 - Fax : 01 48 71 27 29

**Syndicat des gériatres
des hôpitaux de Paris SGHP**

Président : Dr G. Sebbane

Tél : 01 41 52 57 05

e-mail : georges.sebbane@rmb.aphp.fr

**Syndicat national des médecins des
hôpitaux et des établissements de soins
à but non lucratif SYMHOSPRIV**

Président : Dr M. Angebault

Tél : 01 49 08 20 20

ACTUALITÉS PHARMACEUTIQUES

LABORATOIRES GENIE & ENVIRONNEMENT : L'INDISPENSABLE SEPTIplus®



Spécialisés dans la **Prévention, l'Hygiène et la Sécurité**, nos Laboratoires Génie et Environnement développent de nombreux produits brevetés, soucieux de répondre aux différentes normes de qualité et aux besoins spécifiques du secteur Médical.

Notre département R&D vient de mettre au point un nouveau concept breveté Monde, automatisé, sans contact, **SEPTIplus®** fixe ou portable avec une gamme de produits contre les infections nosocomiales manuportées pour une hygiène active et sécurisée.

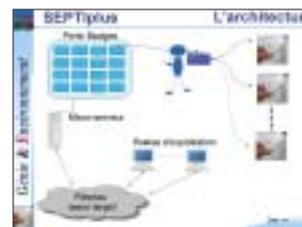
Pour vous protéger ainsi que vos patients, un geste simple et rapide: utilisez SEPTIplus®!

Le **SEPTIplus®** est un appareil de désinfection automatique des mains muni d'un système électronique de **traçabilité et de gestion** de la consommation des solution hydro-alcoolique. Le **SEPTIplus®**, peut se fixer ou être mobile grâce à sa batterie qui a une durée de vie de 4 ans. Son utilisation facile et rapide permet de délivrer **3 ml en 2secondes**



à chaque pulvérisation. Afin d'assurer une meilleure antiseptie des mains et lutter efficacement contre tout type d'infections, il n'y a pas de contact avec le dispositif. Léger et très ergonomique, il se transporte aisément n'importe où (chambres couloirs, Urgences, etc.) par divers moyens (Chariot, véhicule, maritime, aérien...).

L'architecture du SEPTIplus®, TRACABILITE du MULTIBADGE et GESTION Centralisée avec l'ENREGISTREMENT et la CONSERVATION centralisée des données pendant 4 ans,



Notre solution hydro-alcoolique, **SEPTIMUM® 1000**, répondant aux normes **EN 1 500** peut s'utiliser aussi dans tout milieu médical (parfum pamplemousse) pour la désinfection des mains avec ou sans gants par friction en complément d'un lavage. Cette solution, conforme également aux normes Européennes, possède un large spectre d'activité: bactéricide, fongicide et virucide. De plus, son pH neutre adoucissant et hydratant respecte le film lipidique de la peau tout en procurant 20 minutes de sécurité! (Plusieurs modèles sont disponibles) Chaque flacon est livré avec une **C.S.L®** (Connectique Ligne Sécurité) à **usage unique et jetable** ce qui simplifie l'entretien et réduit le gaspillage.



Les fiches techniques, les notices d'utilisation ainsi que les fiches de données de sécurité sur nos gammes de produits sont disponibles sur nos sites web (www.quality-life.fr) ou par simple demande.

Pour toute demande de tarifs, commandes ou compléments d'informations, **veuillez nous contacter** directement à l'adresse suivante:

Génie et Environnement

1609 Chemin St Bernard Hermès Centre, Porte 1 Sophia Antipolis

06 220 VALLAURIS® FRANCE

TEL: (+33) 4 93 33 53 20

Fax: (+33) 4 93 64 33 62

Email: j.mercier@geniemed.com

DU CHU DE LIMOGES...

Un traitement des déchets plus écologique

Depuis fin 2005, le système d'incinération des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) du CHU de Limoges a été remplacé par un système de banalisation de type ECODAS.

Le Ministère de l'écologie et du développement durable signait en 2002 un arrêté prévoyant un renforcement des normes d'exploitation des incinérateurs applicables aux installations existantes à compter du 28 décembre 2005.

Une question centrale est alors apparue : fallait-il procéder à la mise en conformité du process d'incinération destiné des DASRI déjà en place ou remplacer ce dernier par un procédé alternatif de traitement desdits déchets ?

Le choix de banaliseurs de déchets type ECODAS

Après plusieurs mois d'analyse des incidences environnementales, techniques, et économiques de chacune des solutions, le choix d'un système de banalisation des déchets de type ECODAS s'est imposé au CHU de Limoges. Le principe est simple : après introduction à l'intérieur d'une cuve de 2000 litres, les déchets infectieux sont broyés puis « stérilisés » via un traitement à vapeur à 138 °C et 3,8 bars pendant 10 minutes. A l'issue de cette opération, les déchets sous forme de copeaux « stérilisés » sont alors selon la réglementation assimilables aux ordures ménagères.

Un système plus respectueux de l'environnement et plus économique

D'un point de vue environnemental, ce nouveau système ne présente que des avantages, car en plus de la suppression des aléas inhérents au transport des déchets dangereux par route, il y a une absence totale de nuisances environnementales et plus particulièrement de rejets atmosphériques polluants.

D'un point de vue économique, le coût de revient du traitement des DASRI est réduit de 30 % par rapport à ce que facturerait un prestataire de service externe, puisqu'on supprime les coûts très significatifs liés au transport des DASRI vers un centre plus éloigné.

Pour plus d'informations, contacter :
Philippe Frugier
Direction de la communication
Philippe.frugier@chu-limoges.fr

PINNACLE SYSTEMS annonce, le 24 avril 2007, le lancement d'une nouvelle génération de logiciels de montage vidéo : Pinnacle Studio 11

Cette nouvelle gamme de logiciels de montage vidéo convivial met

L'ordonnance des diabétiques insulino-dépendants comprend des matériels indispensables au quotidien des patients.

Du lecteur de glycémie, aux bandelettes, des lancettes aux autopiqueurs, des aiguilles au stylo injecteur d'insuline, matériel d'auto-surveillance et d'injection, il est parfois difficile de se retrouver dans la multitude de produits proposés par les laboratoires.

Le dernier dossier de l'Actualité Documentaire, publié en mai par le Centre de documentation OCP est le guide qui permet de répondre aux interrogations et de parfaitement accompagner le patient insulino-dépendant.

75 % des données de l'édition 2007 ont fait l'objet d'une mise à jour et des gammes de matériel nouvellement introduites comme celle des pompes à insuline y sont présentées.

Des chapitres inédits sont proposés visant à améliorer la qualité de vie des diabétiques : conseils d'hygiène de vie, conseils sur l'alimentation et l'activité physique, informations sur le pied diabétique et le diabète gestationnel.

Illustrée de nombreux tableaux pour une lecture facile, cette édition inclut également la nomenclature LPPR actualisée, les coordonnées des différents laboratoires, un index des produits par ordre alphabétique et par laboratoire...

Pour commander "L'Actualité Documentaire Les insulino-dépendants" il suffit d'adresser un chèque de 40,07€ TTC (33,50€ HT) à l'ordre d'OCP Répartition (Centre de documentation OCP - 2, rue Galien, 93587 SAINT-OUEN CEDEX)



les dernières technologies à la disposition des vidéastes amateurs

La gamme Pinnacle Studio 11, qui sera disponible à la vente à partir de mai 2007, est conçue pour répondre à un large éventail de besoins des passionnés de vidéo aux aspirations diverses, ceci grâce à trois produits : Studio, Studio Plus et Studio Ultimate. Cette gamme propose de puissantes fonctionnalités de création et de partage vidéo en phase avec les dernières tendances en matière de vidéo grand public, notamment la prise en charge de nouveaux types de supports HD comme les vidéos au format AVCHD, la compatibilité avec le nouveau système d'exploitation Microsoft Windows Vista™ et la publication sur Internet pour le partage vidéo en ligne.

Cet outil s'avère particulièrement intéressant et efficace dans le domaine médical pour tout type de présentation, là où l'image fait parler d'elle-même. Possibilité de rajouter commentaires, schémas, voix off... la liberté d'utilisation, de conception est presque sans limite avec cette nouvelle version 11. c'est du bonheur et facile!

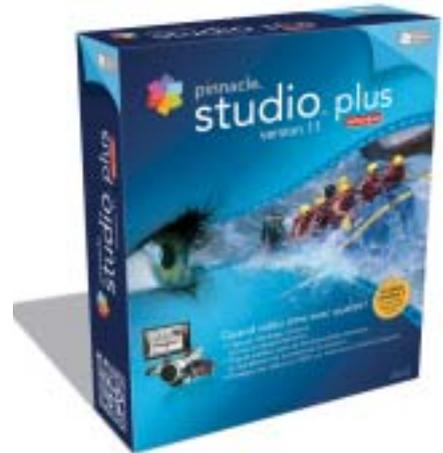
Pinnacle Studio™ version 11

Conçu pour simplifier le montage vidéo pour les utilisateurs débutants comme pour ceux qui souhaitent aller au-delà des possibilités des solutions gratuites, Pinnacle Studio contient plusieurs fonctions automatisées qui permettent aux utilisateurs de gagner du temps, d'archiver leurs souvenirs vidéo et de créer des films divertissants en quelques étapes simples. La nouvelle fonction de publication sur le Web en un seul clic permet aux utilisateurs de publier rapidement leurs vidéos sur Yahoo! Video pour les mettre à la disposition de tous les internautes.

Pinnacle Studio™ Plus version 11

Pinnacle Studio Plus inclut toutes les fonctions intuitives de Pinnacle Studio, et y ajoute une série d'options

avancées pour le montage, les effets et la composition. Ces nombreuses fonctions incluent notamment un flux de production HD, avec le montage natif aux formats HDV et AVCHD ainsi que la gravure de contenus HD-DVD sur DVD standard. Les utilisateurs peuvent graver leurs films sur des DVD ordinaires, à partir d'un graveur de DVD standard, et en fonction du format, ils peuvent les lire sur les derniers lecteurs HD-DVD.



Pinnacle Studio™ Ultimate version 11

Nouveau venu dans la gamme Pinnacle Studio, Pinnacle Studio Ultimate combine les fonctionnalités de Pinnacle Studio™ Plus et divers outils audio et vidéo professionnels très appréciés, et complètement intégrés. Conçu pour les vidéastes amateurs les plus exigeants, qui demandent davantage de contrôle sur la qualité comme sur l'aspect de leurs créations vidéo, Pinnacle Studio Ultimate inclut les outils d'amélioration audio BIAS Inc. SoundSoap™, les effets vidéo professionnels comme au cinéma grâce à ProDAD VitaScene, le Pan & Zoom de grande précision grâce à StageTools™ MovingPicture ainsi qu'une toile de fond vert, pour des résultats de niveau professionnel. www.pinnaclesys.com

RESIP

Editeur de la Banque Claude Bernard (base de données électronique sur les médicaments)



RESIP met à la disposition des professionnels de santé une base de données scientifiques d'aide à la prescription et à la délivrance de médicaments : la Banque Claude Bernard (BCB).

La BCB est intégrée aux logiciels de gestion d'officine commercialisés par le réseau Alliadis et Data Conseil, représentant 8500 officines adhérentes. La BCB est aussi présente dans les logiciels Médecins : + de 10 000 cabinets médicaux sont d'ores et déjà équipés par l'intermédiaire d'une trentaine d'éditeurs de logiciels médicaux.

Plus de 350 établissements hospitaliers ont déjà choisi de déployer la BCB dans leur intranet pour en permettre la consultation. RESIP propose également les API métier aux éditeurs du secteur hospitalier, leur permettant ainsi d'interfacer leurs applications avec la BCB. En 2006, les premiers hôpitaux utilisant la BCB intégrée dans leur logiciel de prescription ou de dispensation ont été déployés.

Elizabeth Arden se joint à la Fédération Mondiale du Cœur pour lutter contre la première cause de mortalité chez les femmes : les maladies cardio-vasculaires.

Les maladies cardio-vasculaires tuent chaque année 8,6 millions de femmes dans le monde – soit plus que le VIH/SIDA, tous les types de cancer, la malaria et la tuberculose réunis. À partir de février, Elizabeth Arden s'associera à la Fédération Mondiale du Cœur dans sa lutte contre les maladies cardio-vasculaires sur de nombreux marchés internationaux.

Janet Voûte, Directrice générale de la Fédération Mondiale du Cœur, a déclaré à propos de ce partenariat : « Nous sommes ravis que Elizabeth Arden nous ait rejoint pour devenir le premier sponsor de notre combat mondial pour la santé des femmes. Ces dernières sont confrontées à des facteurs de risques tels que l'hypertension, un taux élevé de cholestérol, le tabac, l'inactivité physique, le surpoids ou le diabète, qui jouent un rôle important dans les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux. La campagne *Go Red for Women* leur permettra de prendre conscience de leurs risques et de ce qu'elles peuvent faire pour les réduire. »

La campagne internationale *Go Red for Women* a été un grand succès aux Etats-Unis et se développe maintenant au niveau mondial : elle a été lancée début 2007 dans plus de 30 pays.

L'actrice Catherine Zeta-Jones apporte également son soutien dans cette campagne : « En tant que porte-parole international d'Elizabeth Arden, je suis fière de l'implication de cette société dans le programme *Go Red for Women*. *Go Red for Women* est un programme mondial, soutenu par la Fédération Mondiale du Cœur, qui a pour objectif de sensibiliser les femmes aux problèmes des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux tout en les aidant à être belles et en bonne santé. »

Principal acteur du marché Web, la BCB est également présente au sein de sites et portails santé.

RILSAN® ACTIVE : un revêtement hygiénique limitant la croissance bactérienne

Le Rilsan® est un revêtement poudre, hautes performances, qui apporte des réponses efficaces aux problèmes de

protection des surfaces métalliques. C'est un polyamide 11 synthétisé à partir de l'huile de ricin, une ressource naturelle renouvelable.

Le Rilsan® est présent dans le domaine hospitalier depuis de nombreuses années. Il est utilisé entre autre, pour le revêtement, de brancards, de chaises et de lits (notamment pour la douche), d'équipement de salle de bain, de chariots de nettoyages ainsi que d'ustensiles chirurgicaux. En plus de ces propriétés anti-corrosions et de

STOP au risque infectieux

Comparez ... vous choisirez !



Le réflexe sécurité !



Une gamme d'hygiène et de désinfection pour les professionnels de la santé

Technique et économique

spécialement conçue pour lutter contre le risque infectieux

Pour tout renseignement

CONTACTEZ-NOUS

0 826 000 405



Pierre Fabre



La désinfection de toutes les surfaces, y compris celles inaccessibles ou cachées.

COMPOSITION DU DESINFECTANT (Sterinis®)

Substance :	Peroxyde d'hydrogène H ₂ O ₂ 3%	± 5%
	Calcium Ag ⁺	± 50 ppm
Expient :	Eau bi-osmoosée	99%

- Large spectre (actif sur l'ensemble des germes)
- Virucide, bactéricide, fongicide, sporicide
- 2 molécules actives (prévention des risques de résistance)
- Cartouches inviolables, à usage unique et détectables électroniquement
- Conditionnement : 2 litres
- Périemption longue : 12 mois

L'appareil Sterinis® : Un procédé éprouvé

- Validations en laboratoires, en conditions réelles d'utilisation en milieu hospitalier (Blocs opératoires, réanimation...)
- et en animaleries expérimentales
- Conforme aux normes CE et AFNOR
- Système de traçabilité embarqué
- Grande facilité d'utilisation et d'assimilation
- Réduction des coûts de désinfection



- SANS FORMALDEHYDE
- BICIDE (DIRECTIVE CE 96/5)
- NON CORROSIF
- NON TOXIQUE
- BIODEGRADABLE (99,99%)

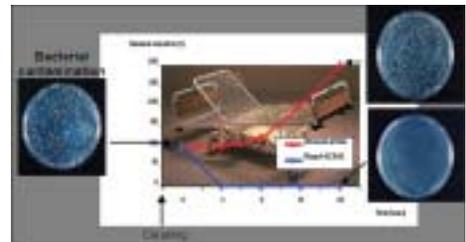




Pour toute information :
 Tel : 05 62 88 42 22 Fax : 05 62 88 36 85 - commercial@gloster-sante-europe.com - www.sterinis.fr

sa résistance à la stérilisation thermique et aux désinfectants modernes, ce choix s'explique par le fait que c'est un produit à 100 % naturel, anti-allergènes, facile à nettoyer, dont l'indice de porosité, encore plus faible que celui de l'acier inoxydable présente un milieu hostile à la l'adhésion des bactéries. Un nouveau grade, -le Rilsan® Active-, a été développé et breveté. Cette nouvelle gamme permet d'obtenir des revêtements, hautes performances, qui offrent une limitation durable de la croissance bactérienne sur leur surface. Des tests suivant la norme JIS Z 2801-2000, menés dans plusieurs laboratoire dont le Laboratoire Santé Environnement Hygiène de Lyon - Successeur de l'institut Pasteur de

Lyon -, ont démontré que les revêtements Rilsan® Active permettent de réduire la population de bactéries telles que *Escherichia coli*, *Legionella sp* ou *Staphylococcus aureus* de plus de 99,99 %. Les mêmes tests ont permis aussi de prouver l'activité du Rilsan® ACTIVE sur les souches de SARM, un type de bactérie particulièrement résistant à la méthicilline et d'autres antibiotiques plus courants. De plus, l'agent antimicrobien inorganique à base d'argent contenu dans le Rilsan® Active ne migre pas, ce qui assure une limitation des risques de contamination de la surface durant toute la durée de vie du revêtement. Ceci a été confirmé par des d'essais de vieillissement accéléré en laboratoire compre-



nant des cycles de lavages à l'aide de détergent. Des revêtements anti-bactériens sont déjà disponibles sur le marché mais le Rilsan® ACTIVE est la seule technologie qui combine les propriétés uniques du Rilsan® et un agent anti-microbien à base d'argent. Le Rilsan® ACTIVE apparaît comme une innovation majeure en terme de gestion des risques dans des secteurs sensibles, tels que les centres de soin. Ces revêtements sont faciles à nettoyer grâce à leur surface lisse et leur résistance aux protocoles de nettoyage. Désormais, ils prolongent l'efficacité des procédures de nettoyage existantes en contribuant à favoriser entre deux lavages une concentration en germe à des niveaux faibles. Les revêtements Rilsan® Active sont déjà présents dans le domaine hospitalier sur des équipements de salle de bain et pour le transfert des personnes à mobilité réduite ainsi que sur des éta-gères. On les retrouvera bientôt sur certains brancards des hôpitaux de Paris.

La généralisation du numérique dans tous les systèmes d'imagerie médicale (Médecine nucléaire, scanner, IRM, radiologie conventionnelle, radiologie dentaire, etc.), font que de nouveaux procédés d'impression s'imposent.

La nouvelle imprimante médicale de Mitsubishi Electric a été conçue pour des impressions sur **film radio 8x10** et papier thermique de format A4 sans procédé chimique.

Outre que le développement chimique représentait un investissement conséquent, il nécessitait une maintenance importante et un coût du consommable non négligeable. Ces nouveaux procédés d'impressions sont plus économiques et plus fiables.

La densité optique ainsi que la définition de l'image des impressions de la P550 est identique à celle d'un film révélé par des bains chimiques et le système de traitement d'image et de connexion à l'imprimante, sont compatibles avec le protocole DICOM. Cette nouvelle imprimante répond parfaitement à une préoccupation de maîtrise des coûts et est aujourd'hui l'équipement adapté à l'ensemble des systèmes de diagnostique tout en permettant d'avoir une radio facile à archiver !



Arik LELLOUCHE
 arik.lellouche@wanadoo.fr

les nouvelles grilles de traitements des hospitaliers

Arrêté du 8 février 2007

1 - ÉMOLUMENTS HOSPITALIERS DES PERSONNELS ENSEIGNANTS ET HOSPITALIERS DES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES Décret no 84-135 du 24 février 1984 modifié

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
A. – Professeurs des universités-praticiens hospitaliers (montants bruts annuels) :	
Après 12 ans	54 337,22
Après 9 ans	47 881,98
Après 6 ans	40 351,03
Après 3 ans	37 123,43
Avant 3 ans	32 820,10
B. – Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers et chefs de travaux des universités-praticiens hospitaliers (montants bruts annuels) :	
Après 18 ans	43 567,78
Après 15 ans	40 743,86
Après 12 ans	37 813,19
Après 9 ans	34 882,67
Après 6 ans	31 952,01
Après 3 ans	29 013,16
Avant 3 ans	26 054,63
C. – Praticiens hospitaliers universitaires (montants bruts annuels) :	
8e échelon	31 633,69
7e échelon	30 656,83
6e échelon	28 621,70
5e échelon	26 749,30
4e échelon	25 609,62
3e échelon	24 958,43
2e échelon	24 388,49
1er échelon	23 981,50
D. – Chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires (montants bruts annuels) :	
2e échelon (après 2 ans de fonctions)	20 013,67
1er échelon (avant 2 ans de fonctions)	17 186,25
Indemnité de service public exclusif pour A, B, C et D (montant brut mensuel)	477,37

2 - MONTANTS DES ÉMOLUMENTS HOSPITALIERS DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET HOSPITALIER ET DU PERSONNEL PARTICULIER DES CENTRES DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DENTAIRE DES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES Décret no 65-803 du 22 septembre 1965 modifié Décret no 90-92 du 24 janvier 1990

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
1. Mesures permanentes	
Personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires	
A. – Professeurs des universités-praticiens hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (montants bruts annuels) :	
Après 18 ans	54 337,22
Après 15 ans	50 582,30
Après 12 ans	47 058,39
Après 9 ans	43 535,12
Après 6 ans	40 044,98
Après 3 ans	36 487,43
Avant 3 ans	32 820,10
B. – Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires exerçant à temps plein (montants bruts annuels) :	
Après 18 ans	43 567,78
Après 15 ans	40 743,86
Après 12 ans	37 815,21
Après 9 ans	34 882,67
Après 6 ans	31 952,01
Après 3 ans	29 013,16
Avant 3 ans	26 054,63
Indemnité de service public exclusif pour A et B (montant brut mensuel)	477,37

C. – Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires exerçant à temps partiel (montants bruts annuels) :

Après 18 ans	17 427,16
Après 15 ans	16 297,68
Après 12 ans	15 125,44
Après 9 ans	13 953,20
Après 6 ans	12 780,78
Après 3 ans	11 605,19
Avant 3 ans	10 422,07

D. – Assistants hospitaliers universitaires des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (montants bruts annuels) :

Temps plein après 2 ans	20 013,67
avant 2 ans	17 186,25
Temps partiel après 2 ans	8 084,81
avant 2 ans	6 953,70

2. Mesures transitoires

Personnels particuliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers universitaires.

a) Personnels exerçant à temps plein (montants bruts annuels) :

Professeurs du premier grade de chirurgie dentaire-odontologistes des services de consultations et de traitements dentaires chefs de service :

1re classe :	
6e échelon	
Après 4 ans de grade hospitalier	40 036,17
Avant 4 ans de grade hospitalier	32 563,01
5e échelon :	
Après 4 ans de grade hospitalier	40 075,86
Avant 4 ans de grade hospitalier	32 608,79

Professeur du premier grade de chirurgie dentaire-odontologiste des services de consultations et de traitements dentaires non chefs de service :

1re classe :	
6e échelon	31 022,44
5e échelon	31 062,45
Indemnité de service public exclusif (montant brut mensuel)	477,37

b) Personnels exerçant à temps partiel (montants bruts annuels) :

Professeur du premier grade de chirurgie dentaire-odontologiste des services de consultations et de traitements dentaires non chefs de service :

1re classe à partir du 4e échelon	12 442,71
-----------------------------------	-----------

Professeur du deuxième grade de chirurgie dentaire-odontologiste des services de consultations et de traitements dentaires non chef de service :

5e et 6e échelons	11 800,65
-------------------	-----------

3 - ÉMOLUMENTS HOSPITALIERS DES PRATICIENS HOSPITALIERS Articles R. 6152-1 à R. 6152-99 du code de la santé publique

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
I. – Emoluments hospitaliers (montants bruts annuels) :	
13e échelon	87 095,19
12e échelon	83 403,04
11e échelon	73 361,79
10e échelon	70 431,10
9e échelon	65 546,70
8e échelon	63 267,37
7e échelon	61 313,65
6e échelon	57 243,38
5e échelon	53 498,58
4e échelon	51 219,24
3e échelon	49 916,87
2e échelon	48 776,97
1er échelon	47 962,99
II. – Indemnité d'engagement de service public exclusif (montant brut mensuel)	
	477,37
III. – Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements (montant brut mensuel)	
	407,23

4 - ÉMOLUMENTS DES ASSISTANTS DES HÔPITAUX
Articles R. 6152-501 à R.6152-541 du code de la santé publique

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
I. – Emoluments hospitaliers correspondant à des fonctions à temps plein (montants bruts annuels) :	
Assistants généralistes :	
5e et 6e années	33 734,76
3e et 4e années	30 988,03
1re et 2e années	26 906,73
Assistants spécialistes :	
5e et 6e années	38 121,02
3e et 4e années	33 734,76
1re et 2e années	30 988,03
Assistants associés généralistes :	
5e et 6e années	32 070,45
3e et 4e années	29 460,74
1re et 2e années	25 324,68
Assistants associés spécialistes :	
5e et 6e années	36 225,89
3e et 4e années	32 070,45
1re et 2e années	29 460,74
II. – Prime d'engagement à exercer à plein temps :	
pour une période de 2 ans	5 218,85
pour une période de 4 ans	10 437,68
III. – Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements (montant brut mensuel)	407,23

**5 - ÉMOLUMENTS HOSPITALIERS DES PRATICIENS
EXERÇANT LEUR ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL**
Articles R. 6152-201 à R. 6152-277 du code de la santé publique

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
I. – Emoluments hospitaliers (montants bruts annuels) :	
13e échelon	48 552,71
12e échelon	46 494,27
11e échelon	40 814,45
10e échelon	38 860,72
9e échelon	36 011,53
8e échelon	34 708,99
7e échelon	33 569,40
6e échelon	31 290,10
5e échelon	29 499,00
4e échelon	28 196,46
3e échelon	27 382,47
2e échelon	26 731,28
1er échelon	26 161,25
II. – Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements (montant brut mensuel)	407,23

**6 - ÉMOLUMENTS HOSPITALIERS
DES PRATICIENS ADJOINTS CONTRACTUELS**
Décret no 95-569 du 6 mai 1995 modifié

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
I. – Emoluments hospitaliers (montants bruts annuels) :	
7e niveau	46 103,06
6e niveau	43 343,34
5e niveau	41 329,90
4e niveau	38 121,02
3e niveau	33 734,76
2e niveau	30 988,03
1er niveau	26 906,73
II. – Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements (montant brut mensuel) :	407,23

7 - ÉMOLUMENTS HOSPITALIERS DES PRATICIENS ATTACHÉS
Articles R. 6152-601 à R. 6152-634 du code de la santé publique

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
I. – Emoluments hospitaliers correspondant à 10 demi-journées hebdomadaires (montants bruts annuels) :	
12e échelon	53 498,58
11e échelon	51 219,24
10e échelon	49 916,87
9e échelon	48 776,97
8e échelon	47 962,99
7e échelon	46 103,06
6e échelon	43 343,34
5e échelon	41 329,90
4e échelon	38 121,02
3e échelon	33 734,76
2e échelon	30 988,03
1er échelon	29 460,74
II. – Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements (montant brut mensuel) :	407,23

**8 - RÉMUNÉRATION DES INTERNES ET DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE,
DES INTERNES EN PHARMACIE ET DES INTERNES EN ODONTOLOGIE**
Articles R. 6153-1 à R. 6153-45 du code de la santé publique

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
I. – Montants bruts annuels de la rémunération des internes en médecine, des internes en pharmacie, des internes en odontologie et des résidents en médecine :	
Internes de 5e année	24 822,85
Internes de 4e année	24 822,85
Internes et résidents de 3e année	822,85
Internes et résidents de 2e année	894,90
Internes et résidents de 1re année	163,83
Montant brut mensuel de l'indemnité de sujétions particulières allouées :	
Aux internes et résidents pour les 1er, 2e, 3e et 4e semestres	363,53
Aux FFI.	
II. – Emoluments forfaitaires alloués aux étudiants « faisant fonction d'interne » (taux brut annuel)	14 792,64
III. – Montant brut annuel de la rémunération des étudiants effectuant une année de recherche	23 540,06
IV. – Montants bruts annuels des indemnités compensatrices d'avantages en nature pour les internes et les résidents en médecine et les étudiants en médecine et pharmacie désignées pour occuper provisoirement un poste d'interne :	
Majoration pour ceux qui sont non logés et non nourris	977,91
Majoration pour ceux qui sont non logés mais nourris	325,43
Majoration pour ceux qui sont non nourris mais logés	652,48

**9 - RÉMUNÉRATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE,
EN PHARMACIE ET EN ODONTOLOGIE**
Articles R. 6153-46 à R. 6153-62, articles R. 6153-63 à R. 6153-76
et articles A. 6153-77 à R. 6153-91 du code de la santé publique

PERSONNELS CONCERNÉS	MONTANTS au 1 ^{er} février 2007 (en euros)
I. – Montants bruts annuels des indemnités allouées aux étudiants en médecine :	
Quatrième année du deuxième cycle	3 261,55
Troisième année du deuxième cycle	2 919,15
Deuxième année du deuxième cycle	1 504,87
II. – Montants bruts annuels des indemnités allouées aux étudiants en odontologie :	
Troisième cycle court	3 261,55
Troisième année du deuxième cycle	2 919,15
Deuxième année du deuxième cycle	1 504,87
III. – Montant brut annuel de la rémunération des étudiants en pharmacie	2 919,15

Constitution d'un corps de réserve sanitaire pour faire face aux menaces de grande ampleur

PRINCIPAUX EXTRAITS DE LA LOI N° 2007-294

Constitution et organisation du corps de réserve sanitaire

« Art. L. 3132-1. - En vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national, il est institué un corps de réserve sanitaire ayant pour objet de compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en œuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile. Ce corps de réserve est constitué de professionnels et anciens professionnels de santé et d'autres personnes répondant à des conditions d'activité, d'expérience professionnelle ou de niveau de formation fixées, en tant que de besoin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile.

« La réserve sanitaire comprend une réserve d'intervention et une réserve de renfort.

« Les réservistes souscrivent auprès de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 3135-2 un contrat d'engagement à servir dans

la réserve sanitaire d'intervention ou de renfort.

« Le contrat d'engagement à servir dans la réserve d'intervention peut prévoir l'accomplissement de missions internationales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile détermine, en tant que de besoin, les modalités de sélection des personnes pouvant effectuer de telles missions.

(...)

Dispositions applicables aux réservistes sanitaires

« Art. L. 3133-1. - Lorsqu'ils accomplissent les périodes d'emploi ou de formation pour lesquelles ils ont été appelés, les réservistes salariés ou agents publics, à l'exception de ceux qui sont régis par les lois no 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, no 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sont mis à la disposition de l'autorité compétente mentionnée à

l'article L. 3135-2 par leur employeur. Ils ont droit au maintien de leur rémunération.

« Lorsqu'ils accomplissent, sur leur temps de travail, les périodes d'emploi ou de formation pour lesquelles ils ont été appelés, les réservistes fonctionnaires sont placés en position d'accomplissement des activités dans la réserve sanitaire, lorsque la durée de ces activités est inférieure ou égale à quarante-cinq jours par année civile, et en position de détachement auprès de l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 pour la période excédant cette durée.

« L'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 rembourse à l'employeur les rémunérations ainsi que les cotisations et contributions lui incombant d'origine légale ou conventionnelle afférentes aux périodes d'emploi ou de formation accomplies dans la réserve par le réserviste salarié ou agent public, ainsi que, le cas échéant, la rémunération ou le traitement restant à la charge de l'employeur en cas d'accident ou de maladie imputables au service dans la réserve. Les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve des personnes exerçant habituellement leur activité

à titre libéral sont rémunérées.

Les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve des personnes retraitées sont indemnisées.

« Les étudiants réservistes non rémunérés pour l'accomplissement de leurs études et les personnes réservistes sans emploi sont rémunérés pour les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve pour lesquelles ils ont été appelés. Ils bénéficient en matière de protection sociale des dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat.

« Les rémunérations et indemnités prévues par les trois précédents alinéas sont versées par l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1.

« En cas de sujétions particulières effectuées dans le cadre de la réserve sanitaire, une indemnisation est versée par l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1.

« Art. L. 3133-2. - L'autorité compétente mentionnée à l'article L. 3135-2 conclut avec le réserviste mentionné au premier alinéa de l'article L. 3133-1 et avec son employeur une convention écrite de mise à disposition. Celle-ci rend effective l'entrée de l'intéressé dans la réserve et définit les conditions de disponibilité

du réserviste. Lorsque le réserviste est salarié par l'effet d'un contrat de travail, un avenant entre les parties à ce contrat est établi lors de chaque période d'emploi ou de formation dans la réserve.

« Art. L. 3133-3. - Le réserviste peut s'absenter sans l'accord de son employeur pendant une durée maximale de cinq jours ouvrés par année civile, à l'issue d'un préavis, sans préjudice de dispositions conventionnelles plus favorables. Au-delà de cette durée, il est tenu de requérir l'accord de son employeur.

« Lorsque son accord préalable est requis, l'employeur ne peut s'opposer à l'absence du réserviste qu'en cas de nécessité inhérente à la poursuite de la production de biens et de services ou à la continuité du service public.

« Aucun licenciement ou déclassement professionnel, aucune sanction disciplinaire ne peuvent être prononcés à l'encontre du réserviste en raison des absences résultant de l'application du chapitre II du présent titre.

« Art. L. 3133-4. - Les périodes d'emploi et de formation dans la réserve sont considérées comme une période de travail effectif pour les avantages légaux et conventionnels en matière d'ancienneté, d'avancement, de congés payés et de droit aux prestations sociales.

« Les périodes de formation accomplies dans le cadre de la réserve sanitaire sont prises en compte au titre de l'obligation de formation

continue des professionnels de santé.

« Art. L. 3133-5. - La participation d'un étudiant à la réserve sanitaire ne saurait avoir pour effet d'altérer son cursus de formation.(...)

Dispositions applicables aux réservistes sanitaires

Règles d'emploi de la réserve

« Art. L. 3134-1. - En cas de survenue d'une situation de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves à laquelle le système sanitaire et les services et personnes chargés d'une mission de sécurité civile ne peuvent faire face sur le territoire national ou lorsqu'un événement grave justifie l'envoi de moyens sanitaires hors du territoire national, les ministres chargés de la santé et de la sécurité civile peuvent conjointement faire appel à la réserve sanitaire par arrêté motivé.

« L'arrêté détermine le nombre de réservistes mobilisés, la durée de leur mobilisation ainsi que le département ou la zone de défense dans lequel ils sont affectés, ou l'autorité auprès de laquelle ils sont affectés dans le cas de missions internationales.

« Art. L. 3134-2. - Le représentant de l'Etat dans le département affecte les réservistes, par arrêté, dans un service de l'Etat ou auprès de personnes morales dont le concours est nécessaire à la lutte contre la menace ou la

catastrophe sanitaire considérée. Les réservistes peuvent également être affectés au remplacement des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou auprès de ces professionnels pour leur apporter leur concours. Cette compétence d'affectation des réservistes peut être exercée, dans les mêmes conditions, par le représentant de l'Etat dans la zone de défense si la nature de la situation sanitaire ou l'ampleur de l'afflux de patients ou de victimes le justifient.

« Dans le cadre du contrat d'engagement qu'ils ont souscrit, les réservistes rejoignent leur affectation aux lieux et dans les conditions qui leur sont assignés.

« Sont dégagés de cette obligation les réservistes sanitaires qui sont par ailleurs mobilisés au titre de la réserve opérationnelle ainsi que les médecins, pharmaciens ou infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires du service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours.

« Art. L. 3134-3. - Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves

« Art. L. 3135-1. - La gestion administrative et financière de la réserve sanitaire est assurée par un établissement public de l'Etat à caractère adminis-

tratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Les modalités de mise en œuvre et d'emploi de la réserve au plan territorial, sous l'autorité des représentants de l'Etat compétents, font l'objet d'un décret en Conseil d'Etat.

« Cet établissement public a également pour mission, à la demande du ministre chargé de la santé, d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Il peut également financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs.

« L'établissement public peut également mener, à la demande du ministre chargé de la santé, les mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles. Il peut être titulaire d'une licence d'office mentionnée à l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle.

« Il est administré par un conseil d'administration constitué de son président et, à parité, de représentants de l'Etat et de représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie. Il est dirigé par un directeur général (...)

Réquisition et autres moyens exceptionnels

(...) « En cas d'inexécution volontaire par la personne requise des obligations qui lui incombent en application de l'arrêté édicté par le représentant de l'Etat, le président du tribunal administratif ou le magistrat qu'il délègue peut, sur demande de l'autorité requérante, prononcer une astreinte dans les conditions prévues aux articles L. 911-6 à L. 911-8 du code de justice administrative.(...)

« L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis aux dispositions du chapitre Ier du présent titre qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation en informe au moins six mois avant la date envisagée ou prévisible l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé si ce médicament est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas d'alternatives disponibles sur le marché français. La cessation de commercialisation ne peut intervenir avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin. Ce délai est fixé par l'agence en accord avec l'entreprise, dans la limite de six mois après la notification, sauf circonstances exceptionnelles. Si

le médicament n'est pas utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas d'alternatives disponibles sur le marché français, la notification doit avoir lieu au plus tard deux mois avant la suspension ou l'arrêt de commercialisation. En cas d'urgence nécessitant que la suspension ou l'arrêt intervienne avant le terme des délais fixés ci-dessus, l'entreprise

en informe immédiatement l'agence en justifiant de cette urgence. » ;

« Lorsque le médicament est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas d'alternatives disponibles sur le marché français, l'entreprise apporte à l'agence sa collaboration à la mise en place de solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin et des mesures

d'accompagnement nécessaires. » ;

Rémunérations

Les rémunérations procurées par l'activité de résistante mentionnée à l'article L. 3132-1 du code de la santé publique aux professionnels de santé libéraux sont assimilées aux revenus tirés de l'activité professionnelle libérale. ■

DES GARANTIES POUR LE COMPTE EPARGNE TEMPS

L'introduction dans le statut du praticien hospitalier d'un compte épargne temps (CET) prend en compte l'évolution du temps de travail hebdomadaire réglementaire au regard de la circulaire européenne, mais aussi les contraintes propres à la fonction médicale hospitalière telles que plages additionnelles, RTT, congés annuels non pris.

Ce CET doit permettre également à chaque praticien hospitalier de gérer sa carrière hospitalière.

Favorable à cette évolution, la CMH reste toutefois vigilante quant à ses conséquences pratiques sur le terrain.

Certes le CET est garanti statutairement, y compris par le juge, mais qu'en est-il du financement pour permettre à chaque établissement de faire face à ses obligations réglementaires ?

Un PH pourra s'absenter jusqu'à un an tous les sept ans, qu'en sera-t-il de son remplacement ?

Enfin un CET reste un salaire différé, ce qui impose qu'il soit possible de le capitaliser et d'en permettre son transfert aux ayants droits en cas de décès du PH. Cette capitalisation n'est que l'extension de la possibilité déjà donnée aux PH en fin de carrière de capitaliser jusqu'à deux ans de CET sous forme d'un départ anticipé ou d'un reversement financier.

Le ministre de la santé s'est engagé très clairement sur la possibilité de voir le CET être capitalisé et transféré aux ayants droits. Ses engagements sont restés à ce jour très théoriques.

La CMH considérant ce dossier comme prioritaire attend du Centre National de Gestion de prendre ce dossier très rapidement en compte et de faire des propositions allant dans le sens des déclarations ministérielles.

La CMH attend donc des réponses précises sur le financement du CET, le remplacement des PH en congé CET, la capitalisation et le transfert aux ayants droits



rémunération médicale: substituer une courageuse réforme à la dénonciation

De façon très récurrente, le sujet du montant des honoraires médicaux fait la une de l'actualité. On évoque les compléments d'honoraires demandés par des têtes couronnées à l'hôpital ou en clinique. On titre sur l'augmentation sans contre partie des rémunérations des médecins généralistes. Ce miroir déformant de la rémunération médicale attise les passions mais esquive le débat. Quant aux gens, l'ambiguïté règne dès lors qu'ils troquent leur place de lecteur de la presse quotidienne pour le statut vulnérable de malade.

En médecine de ville, les médecins en secteur 1 pratiquent un prix de consultation fixe. D'autres, en secteur 2, ont le droit de demander un complément d'honoraires au-delà du tarif fixé par l'assurance maladie. Les premiers disposent d'une couverture sociale améliorée (retraite...); les seconds financent par eux-mêmes une bonne part de cette couverture sociale. Le panel de dépassement d'honoraires est grand. Entre les médecins qui règlent leurs honoraires de façon déontologique avec « tact et mesure » et ceux qui n'hésitent pas à faire tourner la roue de la fortune, le malade se trouve bien souvent mal informé. Et puis il y a la rémunération de la consultation et celle des actes techniques mis en œuvre et parfois multipliés inutilement. Autant de complexité et parfois d'errances. Qu'on ajoute à cela, certaines confusions entre les inacceptables dessous de table et les compléments d'honoraires autorisés, on comprend que le système pose problème.

À l'hôpital, les médecins sont salariés. Leur statut détermine une rémunération qui augmente à l'ancienneté. Cette rémunération salariale monolithique s'accompagne

d'inéquités et là aussi de pratiques de contournement. Les choses se compliquent encore quand on ajoute qu'environ un quart des médecins des hôpitaux exercent une activité privée à l'hôpital. La plupart d'entre eux le font alors en secteur 2.

On ne peut donc en rester à la posture de constat ou de dénonciation. Le sujet de la rémunération des médecins sera forcément posé pendant le quinquennat à venir.

Risquons nous à formuler 5 principes pouvant guider ce changement indispensable.

1 – La rémunération de la compétence doit être en terme médical une exigence. Or actuellement les critères de reconnaissance financière de la compétence sont acquis une fois pour toute en début de carrière. Aucun titre, aucune fonction universitaire, aucune responsabilité professorale ne peut à elle seule garantir le niveau de compétence médicale au cours d'une carrière d'une trentaine d'années. L'évaluation déjà bien engagée depuis quelques années doit être concrétisée. Par exemple, pour les chirurgiens, cela signifie que des évaluateurs doivent pouvoir sur le terrain valider les pratiques. Cela signifie aussi que la formation médicale continue doit être au cœur de ces évaluations de la compétence.

2 – Quelles que soit les décisions démographiques qui seront prises à court terme, le nombre des médecins en France va diminuer. Il est évident que cette baisse risque de créer de fortes difficultés dans certains territoires ou dans certaines spécialités médicales. Pour autant, tout laisse à penser que nous disposons de marges de manœuvre. Dans un système de santé qui est à financement socialisé, la question de maintenir de façon cloisonné

et étanche une offre de soins publique à l'hôpital et une offre de soins libérale en ville devra être posée. Prenons l'exemple de la région Centre où dans de nombreux territoires, 2/3 des anesthésistes exercent à l'hôpital et 2/3 des chirurgiens exercent en libéral... Faire travailler ensemble les médecins est une solution moins coûteuse et plus efficace qui peut participer à minimiser l'impact de la fracture démographique.

3 – Des principes de rémunération rapprochant les modes d'exercice sont d'autant plus indispensables que le problème de la permanence des soins est posé de façon de plus en plus aiguë. Il est irréaliste et dangereux d'imaginer que l'hôpital et les médecins des hôpitaux puissent à eux seuls assurer progressivement cette permanence. D'ores et déjà 86 % des jeunes chefs de cliniques c'est-à-dire ceux qui sortent les mieux formés de nos universités se destinent à un exercice libéral en secteur 2. Leur activité y sera programmée et organisée alors que celle de l'hôpital devient de plus en plus dépendante des contraintes de l'urgence qui par nature est source de désorganisation et de complexité. Rapprocher les modes de rémunération entre médecine de ville et médecine hospitalière avec une part fixe reconnaissant les engagements de santé et de service public et une part variable doit être concertée.

4 – L'information du patient doit être une priorité. Le défaut de l'information est probablement l'une des plus grandes inégalités actuelles du système. Les inexcusables dessous de table ou les dépassements pharaoniques se nourrissent des ambiguïtés du discours tenu et de la fragilité potentielle du malade vis-à-vis du médecin. Le discours de toutes

les institutions qui ont en charge cette information au malade doit être affirmé.

5 – Une telle refondation que constitue l'établissement d'un nouveau mode de rémunération des médecins ne peut aboutir que si sont établis, au préalable, les règles de transition. Il ne peut y avoir dans ce domaine, comme dans bien d'autres, de matin du grand soir. Le renouvellement générationnel qui est devant nous offre une opportunité. C'est avec les jeunes générations qu'il faut passer un contrat loyal et promotionnel. Les médecins, souvent après 12 ans au moins de formation, soumis à des validations régulières de compétence et de pratique justifient d'un haut niveau de rémunération. Leur engagement contractuel dans la permanence des soins, l'accès de tous à la qualité, doivent en être le corollaire. Il faut donner des règles claires aux entrants et assurer aux sortants un juste équilibre entre droits et devoir.

Il y a 18 mois, Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé, avait annoncé publiquement l'ouverture du chantier de réflexion sur la rémunération médicale. Force est de constater que l'annonce n'a pas été suivie d'engagement. L'importance de la dette, le scandale de son report sur les générations futures seront d'autant plus graves que la thérapeutique tardera. Disposer d'un système de santé rénové avec une rémunération médicale répondant à ces 5 principes est possible dans une opportunité démographique qu'il faut saisir. La place, le rôle et la rémunération des autres professionnels de santé pourraient alors, sur des principes voisins, faire l'objet de discussions.

François AUBART
Vice Président du CNC

... L'INTÉGRATION DE LA PHARMACIE AU CHU RENFORCE LE POLE SANTÉ À L'UNIVERSITÉ ...

*un entretien avec le Pr Bernard Charpentier, doyen de la faculté de médecine Paris-Sud,
président de la conférence des doyens des facultés de médecine*



Officiel Santé - De quel œil voyez-vous l'intégration de la pharmacie au CHU ?

Bernard Charpentier - Je m'en réjouis ! Il est très bien que des pharmaciens puissent rejoindre le corps de la bi-appartenance hospitalo-universitaire jusqu'ici propre aux médecins et aux odontologistes. Nos métiers et la pédagogie sont très proches. Il existe beaucoup de blocs communs d'enseignement et il pourra donc y avoir des cours communs s'adressant à la fois aux étudiants en médecine et à ceux de pharmacie qui éviteront les redondances existantes. Quant aux métiers, j'observe par exemple que les médecins avaient déserté la biologie, et la nouvelle donne devra permettre de mieux partager cette discipline entre

médecins et pharmaciens. De façon générale, l'arrivée des pharmaciens renforce le « pôle santé » à l'université. Pour l'heure, aucune UFR médicale en Europe n'a adopté le système LMD (licence, master, doctorat) promu par la décision de Bologne de l'Union européenne, mais le renforcement de ce pôle santé à l'université permettra peut-être dans les années à venir la création d'une telle filière LMD santé.

Officiel Santé - En pratique, l'intégration des pharmaciens au CHetU posera-t-elle des difficultés ?

Bernard Charpentier - Le passage d'un système à un autre réclame forcément un

peu de temps. Pour certains pharmaciens, il y a une disjonction réelle entre les activités professionnelles et d'enseignements ; or la bi-appartenance vise par définition ceux dont les activités d'enseignement sont bien adossées à une activité de soins. Donc, tous n'auront pas accès au statut de bi-appartenant. Par exemple, il n'existe pas de « galénique » à l'hôpital alors que c'est une discipline d'enseignement : cela dit, ce passage entre 2 statuts existe depuis longtemps en médecine et il a fallu parfois 10 voire 15 ans pour que certains praticiens soient reconnus dans leur statut universitaire, et inversement pour que certains universitaires soient reconnus dans leur statut de praticiens.

Officiel Santé - Comment appréhendez-vous le débat sur la réforme de la loi de 1984 sur les universités, dite loi Savary ?

Bernard Charpentier - Nous sommes tous conscients des problèmes que vit l'université française, et c'est pourquoi je ne suis pas hostile, au contraire, à des mesures instaurant une nouvelle gouvernance et renforçant l'autonomie des établissements. En revanche, nous sommes très attachés au maintien de l'article 32, spécifique à nos facultés, qui

nous donne une relative indépendance, et fait en sorte que ce soit le doyen qui négocie la convention avec le CHU. Cet article 32 qui garantit l'autonomie de nos postes d'enseignants est le socle sur lequel repose le « pôle santé » à l'université : il ne faut donc pas y toucher !

Officiel Santé - Que souhaitez-vous pour l'évolution future des CHU ?

Bernard Charpentier - Plus de souplesse, plus de passerelles, moins de rigidité ! Il faut s'éloigner de la culture latine pour se rapprocher du système anglo-saxon qui prend en compte la recherche à tous les niveaux. Je pense en particulier à la valorisation de la recherche clinique à côté de la recherche fondamentale : l'une et l'autre doivent former un continuum. Le CHU doit être porteur d'innovation, de recherche, de transfert de technologie, mais en intégrant toujours mieux cet impératif d'un accès rapide des malades aux découvertes faites en amont ; d'où l'importance de développer la recherche clinique... Le CHU va fêter ses cinquante ans : en son sein, il y a deux ou trois cents professions et on peut dire qu'il représente un succès collectif. En 2007, quand on est un quinquagénaire, on n'est pas vieux, on a encore de belles années devant soi ! ■

La souffrance des médecins au travail

Ont contribué à cet entretien : Dr A. S. CHOCARD, psychiatre, CHU d'Angers, auteur d'un mémoire sur le suicide des médecins
 Dr Y. DAVEZIES, de l'Institut de Médecine du Travail, UMRESTTE, Lyon
 Pr J.B. GARRE, Chef de département psychiatrie-psychologie médicale, du CHU d'Angers
 Pr J.C. GRANRY, président du CME, CHU d'Angers
 Pr D. PENNEAU-FONTBONNE, chef de service (médecine E, médecine interne, alcoologie, pathologie professionnelle) CHU d'Angers
 Pr Y. ROQUELAURE, laboratoire d'ergonomie et de santé au travail (LEST), Angers
 Dr A. TALHA, vice président du CME, CHU d'Angers

Le 26 octobre 2006, la CME du CHU d'Angers, avec l'aide du service de la médecine du travail a organisé une réunion sur le thème « souffrance des médecins au travail ». Officiel Santé a interrogé les contributeurs.

Officiel santé : Dr TALHA, Comment avez-vous eu l'idée d'organiser un colloque autour de « la souffrance des médecins » ?

Dr A. Talha : Lors de mes différentes rencontres avec des présidents et vice-présidents de CME, il m'est apparu que certains mes collègues élus, consacraient plus de 30 % de leur temps à gérer des conflits inter-personnels, ce qui est énorme !

J'ai également été le témoin de création de postes, pour faire cesser les conflits dans certains services. Certes, quelques fois il y avait un réel problème d'effectif, mais dans d'autres situations il s'agissait essentiellement d'apporter en quelque sorte le concours d'un « casque bleu ». Il y a eu aussi, des cas récents, de suicide de collègues qui ont été observés dans les Centres Hospitaliers, tout comme dans des cliniques.

Enfin, nous avons (président et vice-président) eu à gérer des mutations de sauvetage, en terme plus politiquement corrects, on appellera cela « encourager la mobilité ». Nous avons eu recours à cette méthode dite de mobilité, pour adoucir des conflits et faire cesser des situations qualifiées par ces praticiens, de situation de harcèlement. Pour vous donner une idée, nous avons recensé plus d'une trentaine de « cas de conflits » entre médecins durant notre mandature 2003-2007.

Officiel santé : pourquoi isolez-vous la souffrance des médecins de la souffrance des soignants, n'est ce pas la même chose ?

Dr A. Talha : Poser la question de la souffrance des médecins est effectivement en soi un tabou, une affaire honteuse, car elle amène à reconnaître la fragilité du système de soin, à remettre

en question l'image du soignant infailible et à convenir que les médecins, du moins certains d'entre nous, ont besoin d'une aide urgente.

Cette pyramide, au sommet de laquelle trône le médecin, ultime recours de la souffrance de nos concitoyens, est une tour de Babel, qui a besoin d'être sacrément consolidée.

Chacun comprend qu'un médecin en souffrance est probablement moins efficace dans son travail. Dans la meilleure des situations, ce médecin souffrant aura des conduites d'évitement pour diminuer le risque du métier et le stress quotidien.

Prenons un exemple du chirurgien « en souffrance », il sera progressivement amené à moins opérer, ou n'opérer que des cas faciles. Si on diversifie tous les cas de figure, on voit bien qu'en terme de conséquences économiques, et qualité des soins, le prix à payer est insupportable pour la communauté, du moins tant qu'on continuera d'ignorer superbement cette réalité.

Et puis, pour répondre plus précisément à votre question, je dirais que la différence fondamentale entre la souffrance d'un soignant et celle d'un médecin, est que le soignant peut se plaindre, il peut parler de ses souffrances dans un groupe de paroles, il peut surtout faire valoir sa souffrance sans tabou et sans honte. A l'inverse, un médecin, de par sa position, il se doit d'afficher sa posture de référent et toute défaillance vis-à-vis de ses collègues ou de son institution sera considérée comme une faiblesse et par extrapolation comme un handicap, puis comme une incompétence. Pour un médecin, parler de ses souffrances, revient à prendre le risque de tomber encore plus bas, sans filet de secours, ça serait

l'affichage d'une impuissance et c'est en quelque sorte, pour lui, le sentiment du début de la fin.

Officiel santé : Professeur Garré, en tant que psychiatre, comment nommeriez-vous cette souffrance et comment peut-on dissocier la souffrance de l'individu de celle du médecin ?

Pr Garré : Je crois que l'on a affaire, non pas à une souffrance, absolue ou dans l'absolu, mais à des souffrances plurielles, à des difficultés, de niveau très variable dans leur intensité, et qui sont sûrement pluridéterminées.

Parmi les nombreux paramètres à prendre en considération, il faut tenir compte des phénomènes de stress et d'hypersollicitation en général, mais aussi des dysfonctionnements relationnels et des conflictualités, des difficultés d'intégration dans les équipes, mais également des risques d'épuisement ou de burn-out. A tous ces paramètres que nous connaissons bien, mais dont nous parlons finalement assez peu, qui viennent moduler sur un mode péjoratif et affecter la vie professionnelle, s'ajoute le registre de la psychopathologie individuelle, c'est-à-dire de la plus ou moins grande vulnérabilité personnelle du soignant, dont l'évaluation doit aussi tenir compte.

Les psychopathologies les plus fréquemment rencontrées concernent les troubles dépressifs, avec un risque non négligeable de passage à l'acte suicidaire, et les troubles addictifs au sens large, incluant abus ou dépendance vis-à-vis de l'alcool ou des psychotropes, auto-médication et pharmacodépendance. En pratique, il est difficile de dissocier strictement les souffrances de la personne, du sujet, et les souffrances du médecin, du professionnel. Il est clair que certaines psychopathologies ou certains profils de personnalité peuvent contribuer à des décompensations. Dans ce registre, un médecin perfectionniste, hyperactif, activiste de son métier, incapable de dire non, soucieux de maîtrise et de contrôle, absorbé dans et par sa profession au détri-

ment de sa vie familiale et privée, présente probablement des facteurs de vulnérabilité.

Outre les éléments personnels et individuels, je crois que l'on peut aussi parler de risques psychopathologiques intrinsèques en quelque sorte à l'exercice médical, de risques du métier, puisqu'il s'agit d'un métier à haute responsabilité, qui a trait à la maladie, à la douleur, au chagrin, aux souffrances de toutes sortes, à l'invalidité et à la mort. Mais il est vrai que ce sont ces mêmes caractéristiques du métier médical, d'être un exercice à risque, mais exaltant et passionnant, qui ont pu par ailleurs nous attirer et nous le faire choisir ! De plus, vous savez bien que les conditions mêmes de ce métier, le statut du médecin, son image dans la collectivité, ses missions, se modifient et n'évoluent pas toujours dans un sens souhaitable pour la qualité de vie des professionnels.

Si l'on s'essaie à une évaluation différentielle entre ce qui reviendrait au sujet et ce qui reviendrait au professionnel, je dirais peut-être que le vrai risque ou le risque le plus important, c'est quand les deux registres se confondent et fusionnent, quand le sujet s'identifie totalement et sans aucune distance à sa fonction, quand il se produit quelque chose comme un collapsus identificatoire entre le sujet et sa fonction, qui n'autorise plus aucun espace pour un minimum de jeu et de distance.

Officiel santé : comment analysez-vous l'évolution de cette souffrance d'un point de vue historique, depuis le début des années 60.

Pr Garré : Il s'agit d'un phénomène dont la visibilité est relativement récente, puisque très peu de travaux lui sont spécifiquement dédiés et que la thématique reste encore largement à défricher. Pour les médecins qui comme moi ont fait leurs études dans les années 70, c'était un sujet totalement inapparent, occulte ou occulté.

Mais si le sujet n'est abordé que depuis peu, et depuis très peu de temps, et encore peu fréquem-

ment, sinon exceptionnellement, il faut dire que dans cette forme d'évitement, il n'est pas impossible que les médecins eux-mêmes détiennent une part de responsabilité, du fait d'une certaine forme de pudeur défensive qui leur rend probablement plus difficile qu'à d'autres de se plaindre tout simplement, de reconnaître qu'ils peuvent être en difficulté, ou de demander de l'aide.

Dans son livre *Regards discrets et indiscrets sur le médecin*, Pierre-Bernard Schneider, de Lausanne, qui est un des rares auteurs à s'être intéressé au fonctionnement psychodynamique du médecin, parlait du médecin comme d'un « inconnu de la psychologie médicale » et d'une véritable *terra incognita*. Et son livre date de 1991 !

Il me semble cependant que les nouvelles générations sont davantage sensibles que leurs aînés à ces aspects de leur futur métier et qu'elles paraissent vouloir davantage se protéger et préserver leur qualité de vie. Cette attitude est sûrement à encourager, dès les premières années de formation, avec un travail minimal de sensibilisation aux difficultés psychologiques de leur métier, qui peut se faire dans le cadre des enseignements de psychologie médicale et de sciences humaines et sociales à la faculté, mais aussi lors des stages cliniques.

Officiel santé : Dr A. S. Chocard, Vous avez réalisé un mémoire sur le suicide des médecins. Pourquoi avoir fait ce travail et quelles ont été les difficultés pour le mener ?

Dr A. S. Chocard : J'ai été frappée par le silence et le secret qui entourent souvent le décès par suicide d'un médecin, en France. Pourtant, il n'est malheureusement pas rare d'apprendre qu'un confrère s'est « donné la mort ». Lorsque j'ai évoqué mon sujet de mémoire auprès de mes collègues ou d'autres confrères, j'ai constaté qu'il était difficile d'aborder la question des tentatives de suicide, ou du suicide chez les médecins.

Par ailleurs, je n'ai pas retrouvé de données épidémiologiques nationales concernant les conduites suicidaires chez les médecins, en France. En revanche, un certain nombre de travaux étrangers sur le suicide des médecins existent. On retrouve de nombreuses études anglo-saxonnes et américaines, mais aussi des travaux danois, suédois, norvégiens, finlandais,

canadiens, australiens, néo-zélandais, allemands, hongrois, sud-africains...

J'ai réalisé une revue de la littérature sur les conduites suicidaires en milieu médical, afin de mieux objectiver ce phénomène et de tenter de dégager les facteurs de risque suicidaire. J'ai également essayé de mettre en évidence les difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'un médecin suicidant et/ou suicidaire.

Officiel santé : Pouvez-vous nous donner quelques chiffres à partir de ce travail ?

Dr A. S. Chocard : Les études épidémiologiques sur le suicide des médecins, exclusivement étrangères, retrouvent un taux de suicide plus élevé chez les médecins que dans la population générale et que chez d'autres professionnels non médecins. Les risques relatifs de décès par suicide des médecins hommes par rapport aux autres hommes de la population générale vont de 1,1 à 3,4 (1, 2). Les travaux sur le suicide des femmes médecins rapportent des risques relatifs de suicide par rapport à la population générale féminine allant de 2 à 5,7 (2).

Les médecins présentent des taux de suicide élevés par rapport à la population générale, mais aussi par rapport à des professionnels non médecins, avec des taux de suicide modérément élevés chez les hommes médecins et très élevés chez les femmes médecins, par rapport à la population générale. Par ailleurs, les taux de suicide des femmes médecins semblent assez proches de ceux de leurs confrères masculins, contrairement à ce qui est retrouvé en population générale. Concernant le risque de suicide en fonction des différentes spécialités, une abondante littérature existe pour deux spécialités : l'anesthésie et la psychiatrie. Si pour certains auteurs les anesthésistes et les psychiatres auraient un risque de suicide plus élevé, les données sur le suicide en fonction des spécialités sont hétérogènes selon les études et restent controversées.

Les données sur le suicide selon l'âge ne sont pas toutes homogènes. Cependant, les médecins se suicideraient plus pendant les « années de vie professionnelle productive », avec un âge moyen d'une cinquantaine d'années au moment du suicide.

Concernant le moyen employé, l'intoxication médicamenteuse volontaire constitue la méthode de suicide « abouti » la plus fréquemment utilisée par les méde-

cins. Ceci n'est pas très surprenant, du fait des bonnes connaissances pharmacologiques des médecins, et de la facilité d'accès aux médicaments.

Par ailleurs, les médecins présenteraient plus d'idées suicidaires que la population générale, mais feraient moins de tentatives de suicide. Les médecins décidant de mettre fin à leurs jours réaliseraient donc plus de suicides « aboutis » (1, 2).

Les principaux facteurs de risque suicidaire mis en avant chez les médecins sont les troubles dépressifs, en particulier chez les femmes médecins, et les conduites addictives (abus ou dépendance à l'alcool, aux médicaments – psychotropes, opiacés...), ou plus rarement, aux drogues). Ces troubles sont très importants à repérer. En effet, les états dépressifs des médecins sont souvent sous-diagnostiqués et mal pris en charge. Les médecins déprimés, comme les médecins en souffrance, ont d'ailleurs des difficultés à demander de l'aide. Quant aux conduites addictives chez les médecins, elles sont fréquemment banalisées ou déniées.

Officiel santé : Pr Roquelaure, quelle est votre approche sur le sujet de la souffrance des médecins au travail ?

Pr Y. Roquelaure : Ma thématique de recherche sur les pathologies d'hypersollicitation m'amène principalement à rencontrer des ouvriers et des employés confrontés à des conditions de travail pénibles, à l'intensification de leur travail et à la précarisation de leur emploi, voire de leurs conditions de vie. Ceci m'amène à relativiser l'ampleur de la souffrance psychique des médecins sans bien entendu en nier l'existence dans certaines situations. Il faut cependant garder à l'esprit que les médecins gardent des gratifications tant symboliques que statutaires et financières bien supérieures à celles de nombreuses catégories professionnelles confrontées également à la souffrance psychique. Donc, loin de moi l'idée de dénier l'existence d'une souffrance psychique des médecins, mais relativisons son ampleur au regard de l'état de souffrance actuelle de la société. La question de la souffrance psychique des soignants a émergé dans les années 90 en Europe sous des thématiques diverses : prévention du stress au travail, prévention de la violence au travail, burn out, etc. Différentes instances ont été créées dans les

hôpitaux afin de prendre en charge la souffrance des soignants dans le cadre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT). Elle a été reconnue par la DHOS qui a mis en place il y a quelques années un groupe de travail sur le « harcèlement professionnel en milieu sanitaire ». Cependant, ce travail ne concerne pas spécifiquement les médecins et n'aborde qu'un aspect « juridique » de la souffrance psychique, celui du harcèlement moral, qui est très loin de résumer la problématique de la souffrance psychique. La problématique de la souffrance psychique des médecins commence à émerger, tant en milieu hospitalier qu'en milieu libéral. Citons, par exemple, l'importante étude compréhensive sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes conduite en Charente-Poitou par François Danielou et Philippe Davezies (www.urml-pc.org/fichiers/epuisement_professionnel.pdf).

Il est important de développer la recherche dans ce domaine, car la qualité de vie au travail des médecins est un déterminant important de la qualité et de la sécurité des soins.

L'approche de la souffrance psychique des médecins au travail ne doit pas se résumer à l'écoute d'une souffrance, toujours utile, mais doit également conduire à interroger les conditions de travail et le fonctionnement du collectif de travail. Il s'agit d'un point déterminant de la prise en charge qui, comme la prévention, passe par des actions collectives et individuelles impliquant une réflexion approfondie sur l'organisation du travail. Ce point est capital dans la démarche de prévention qui nécessite de disposer d'équipes de santé au travail formées à ces questions dans les hôpitaux.

Officiel santé : Y-a-t-il une souffrance des médecins ? Si oui, en quoi diffère-t-elle ou ressemble-t-elle de celle des autres travailleurs ?

Pr Y. Roquelaure : A ma connaissance, il y a peu de données sociologiques, cliniques et épidémiologiques publiées permettant de répondre à cette question de manière précise. Je ne suis pas sûr que la souffrance des médecins diffère tant de celle des cadres dans ses grandes lignes. Par contre, la question plus spécifique aux médecins et aux hôpitaux résiderait plus à mon sens dans la difficulté qu'ont les médecins à aborder les questions relatives à leur santé. Ce phéno-

mène est particulièrement net en ce qui a trait à la santé mentale et à la souffrance psychique, que ce soit en terme de prévention que de prise en charge thérapeutique.

En effet, l'expérience clinique en médecine et santé au travail en milieu de soins met en évidence le retard de la prise de conscience par les médecins de leur souffrance psychique, de leur acceptation de cet état et, par conséquent, du retard de la demande de soins, tant au niveau individuel que collectif. En particulier, même si les choses évoluent, les relations entre les médecins et leur médecin du travail restent peu étroites, voire inexistantes, contrairement à ce que l'on observe pour les cadres dans d'autres secteurs d'activité. Ceci explique que la prise en charge des états de souffrance psychique des médecins intervienne souvent à un stade avancé du processus, ce qui complique singulièrement la recherche de solutions.

Comme pour les soignants, les médecins peuvent trouver de l'aide auprès de leur médecin du travail, tant dans le secteur privé que dans le secteur public, mais aussi auprès des consultations de pathologie professionnelle. Ces consultations qui existent dans la plupart des CHU proposent, comme au CHU d'Angers, des consultations orientées sur les questions de santé mentale (liste disponible sur le site web de l'Université virtuelle de médecine du travail).

Officiel santé: Docteur A. S. Chocard, auriez-vous des recommandations pour les autorités de tutelle afin d'améliorer la prévention des conduites suicidaires chez les médecins?

Dr A. S. Chocard: Tout d'abord, il paraît important que des études épidémiologiques nationales sur le suicide chez les médecins soient réalisées, afin de dresser un état des lieux de la situation en France, de mieux appréhender ce phénomène, de repérer les facteurs de risques, et de tenter de développer des stratégies de prises en charge et de prévention adaptées.

De plus, même si des réflexions concernant le bien-être des médecins se développent, la culture médicale n'accorde encore que peu d'intérêt à la santé mentale des médecins. Afin que les mentalités évoluent, et dans une optique préventive, il faudrait sensibiliser les médecins, mais aussi les étudiants durant les études de médecine, sur le suicide en

milieu médical ainsi que sur les troubles dépressifs et les conduites addictives.

Par ailleurs, la prévention du suicide en milieu médical passe par un meilleur repérage des médecins « à risques », mais aussi par une reconnaissance de la souffrance psychique et du burn-out chez certains médecins.

En outre, les médecins en difficultés sont souvent réticents à demander de l'aide, par crainte de répercussions négatives dans la sphère professionnelle, du jugement de leurs confrères, du non-respect de la confidentialité. Il est donc nécessaire de favoriser la demande d'aide et l'accès aux soins des médecins en souffrance.

Enfin, il serait intéressant de réfléchir à la création de dispositifs de soins spécifiques, adaptés aux médecins en difficultés, accessibles et préservant la confidentialité.

Officiel santé: Qu'est ce qui se passe ailleurs, dans d'autres établissements en Europe et dans le monde anglo-saxon?

Pr Y. Roquelaure: A ma connaissance, il y a peu d'expérience de prise en charge structurée et pérenne des questions de souffrance psychique des médecins spécifiquement, même si des expériences de prise en charge du stress des soignants en général et de la violence existent dans de nombreux hôpitaux français, européens et nord-américains. D'une manière générale, nous manquons d'évaluation sérieuse des recherches actions mis en place ici et là.

Dr A.S. Chocard: Il existe toutefois des programmes d'aide pour les médecins en difficultés dans certains pays.

Par exemple, le P.A.M.Q., Programme d'Aide aux Médecins du Québec, est destiné aux médecins en difficultés, aux étudiants en médecine, mais aussi à leur famille proche, dans le cadre de problèmes d'abus de substance (alcoolisme, toxicomanie...), de problèmes de santé mentale ou de difficultés personnelles (www.pamq.org). Un des piliers de ce programme d'aide est la confidentialité. Son siège social est à Montréal, mais les services du P.A.M.Q. sont offerts à toutes les régions du Québec. Le P.A.M.Q. propose, entre autres, des entretiens téléphoniques et/ou la rencontre avec un médecin-conseil du P.A.M.Q., si besoin.

Il existe aussi le P.A.I.M.M., Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade. Son site inter-

net est disponible en quatre langues (www.paimm.net). Ce programme s'adresse aux médecins en activité présentant des problèmes psychiques et/ou de dépendance. Le P.A.I.M.M. dispose de procédures collégiales (accès direct...), mais aussi d'une unité d'assistance avec des possibilités d'hospitalisations, d'hospitalisations de jour, et de prises en charge ambulatoires. Ces services sont confidentiels. L'assistance sanitaire est réalisée dans l'Unité Clinique du P.A.I.M.M., située à Barcelone. Initialement limité à la Catalogne, le P.A.I.M.M. prend en charge des médecins de toute l'Espagne, mais parfois aussi d'autres pays.

Officiel santé: Dr Y. Davezies, pouvez-vous nous présenter votre activité en psychodynamique du travail?

Dr Y. Davezies: L'analyse psychodynamique des situations de travail a pour objectif d'aider les individus ou les collectifs qui en font la demande à réfléchir sur les enjeux subjectifs de leur activité professionnelle, dans le but de reconstruire ou de développer leur capacité à penser ce qui leur arrive, à en débattre avec les collègues et la hiérarchie, et à récupérer ainsi une capacité d'action sur la situation de travail.

Officiel santé: Avez-vous été amené à intervenir dans des établissements hospitaliers sur la problématique souffrance des médecins et Quelle est votre point de vue sur la gravité de la situation actuelle?

Dr Y. Davezies: Très peu de demandes proviennent des médecins hospitaliers. La plupart des demandes proviennent des Comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHS-CT) qui constituent, au sein des entreprises, les instances de discussion sur les questions de santé au travail. Or, les CHS-CT hospitaliers traitent surtout des problèmes du personnel non médical, dans une relation avec la direction qui laisse souvent les médecins en position tierce. De ce fait, lorsque des demandes concernant les médecins nous arrivent, elles proviennent de situations suffisamment dégradées pour qui ne soit plus possible de les ignorer.

Ainsi que nous avons été appelés à intervenir sur une situation dramatique au sein d'un service de réanimation. Comme c'est généralement le cas, le problème y était posé en termes de conflit interperson-

nel avec une focalisation sur un individu présenté comme la source de toutes les difficultés. Très rapidement, l'intervention montre une toute autre réalité. L'équipe médicale est en sous-effectif et la direction tente, comme elle le peut, de recruter d'autres praticiens. Les réanimateurs font face, en permanence, aux urgences de la tâche mais ne sont plus en mesure d'assurer les dimensions collectives de leur activité: le temps manque pour discuter de la prise en charge les patients et étudier ensemble les cas difficiles. Nous avons montré, il y a quelques années, que la perte de cohésion de l'équipe médicale constituait un élément important d'accélération du turnover des infirmières. De fait, toutes les anciennes ont quitté le service; les jeunes infirmières récemment sorties de l'école ne bénéficient plus de l'encadrement nécessaire pour se former aux techniques de l'unité. Au défaut de cohérence et aux contradictions de l'équipe médicale répondent les erreurs d'infirmières inexpérimentées. Lorsque nous arrivons dans le service, il est le théâtre d'un affrontement autour d'une question - « Qui tue les malades? » -, dans un climat de haine tel que nous n'en avons jamais rencontré auparavant. Evidemment, il s'agit là d'un cas extrême, mais des dizaines de recherches menées surtout aux Etats-Unis, mais aussi dans d'autres pays, montrent que l'application aux hôpitaux des méthodes managériales visant à accroître l'efficacité et à réduire les coûts est associée à un fort risque de dégradation de la qualité de la prise en charge des patients.

Nous connaissons bien les conséquences de ce type d'évolutions dans la mesure où nous les observons dans d'autres secteurs: il est difficile de mettre en discussion les questions d'organisation à partir du moment où l'on a le sentiment de ne plus faire un travail de bonne qualité. La fragilisation de l'activité réduit les capacités d'affirmation. Chacun se débrouille comme il peut, palliant, mais aussi dissimulant, les impasses de la prise en charge. Dans ce contexte, certains ont des ressources physiques, intellectuelles, sociales, etc., qui leur permettent de faire face. D'autres perdent pied; ils expriment alors la dégradation du système et contribuent, de fait,

à sa fragilisation. Il y a, alors, de grandes chances que le mécontentement général, qui ne trouve pas à s'exprimer dans les dispositifs institutionnels, se focalise sur eux et qu'ils soient, d'une façon ou d'une autre, éliminés.

Officiel santé: Peut-on évaluer le coût humain et social de ces situations de souffrance au travail ?

Dr Y. Davezies: La question du coût social de la souffrance des médecins ne se limite donc pas à l'évaluation de la perte que représentent les départs où les décompensations. Les souffrances individuelles comme les conflits interpersonnels témoignent très généralement d'un recul des dimensions collectives de l'activité; ce recul trouve son origine dans une fragilisation de la prise en charge qu'il contribue, en retour, à aggraver. Un tel processus se répercute nécessairement sur le personnel non médical et sur les patients. Le coût social de la souffrance des médecins doit donc être replacé au sein du coût global de l'intensification du travail au sein des hôpitaux.

Officiel santé: Quelles seraient vos suggestions aux autorités de tutelle en terme de prévention de ces risques professionnels ?

Dr Y. Davezies: Prévenir ces phénomènes impliquerait d'inverser de façon volontariste le processus qui conduit à rabattre l'activité sur l'urgence du moment et à défendre coûte que coûte les occasions de partage, de discussion, et de construction de points de vue communs, qui constituent, aux yeux des médecins, un des principaux facteurs d'attrait de la carrière hospitalière.

Cela impliquerait probablement l'instauration (au sein des pôles ?) d'instances capables d'alerter, lorsque que les dispositifs de discussion disparaissent où se mettent à tourner à vide, et d'intervenir en assistance aux secteurs en difficulté. ■

Bibliographie

1. Chocard AS, Gohier B, Juan F, Goeb JL, Lhuillier JP, Garré JB. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 65, 2003 : 23-29.
2. Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. *La lettre du psychiatre*, III (1-2), 2007 : 10-14.

LES 15 PROPOSITIONS DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ

par Christian Saout, président de la CNS et de la fédération Aides

Après plusieurs années d'un silence contraint, la Conférence nationale de santé (CNS), installée en décembre 2006, retrouve sa place parmi les organismes ayant à se prononcer sur les questions de santé dans notre pays. Il reste encore à conduire les efforts publics nécessaires pour la doter des moyens de conduire au mieux sa mission pour les trois années à venir.



Il n'empêche, quelques mois à peine après son installation la CNS a tenu à faire connaître son avis sur « Les voies d'amélioration du système de santé français ». Certains observateurs estiment que les 15 mesures qu'elle prône constituent un programme d'action pour les responsables politiques. Ils ne se trompent pas car l'ambition de la CNS était bien de commencer sa nouvelle mandature par un avis général, portant sur des priorités d'actions, à destination des décideurs politiques, notamment à l'occasion des échéances présidentielle et législatives du printemps 2007.

La CNS estime que la politique française de promotion de la santé reste insuffisamment fructueuse car elle est encore trop lacunaire malgré les efforts déployés. Le concept de priorité reste flou avec de fait plus d'une centaine d'objectifs de santé publique. La prévention dispose somme toute de peu de moyens. Mais c'est surtout l'absence de stratégies évaluées en promotion de la santé, pensées et organisées avec le système de soin et l'ensemble des acteurs concernés en dehors du système de soin qui

réduit l'efficacité de la dépense globale de prévention.

La CNS relève aussi que la recherche en santé peine à innover. Aux handicaps de la recherche fondamentale, directement liée à la faiblesse de la mobilisation financière, s'ajoute la très grande difficulté à intégrer les apports des sciences humaines et sociales dans la recherche en santé, privant ainsi notre pays d'une chance d'évaluer et d'innover dans les stratégies et les modalités opérationnelles de prévention et de soin.

Enfin, la CNS s'est inquiétée des inégalités persistantes dans l'accès aux soins dont certains aspects ont défrayé la chronique ces derniers mois: exclusion des bénéficiaires de la CMU dans l'accès aux spécialistes, montant des dépassements d'honoraires. Plus généralement, la CNS dénonce le caractère persistant des inégalités d'accès aux soins dans notre pays. La cause en est dans l'insuffisant développement de certains outils comme la prévention des risques professionnels, la faible mobilisation de la PMI, les contraintes de la médecine scolaire, ou le caractère encore largement perfectible des dispositifs spécifiques pour l'accès aux soins des populations en situation d'exclusion. A ces observations s'ajoute la résistance à créer des mécanismes plus contraignant pour permettre de corriger les inégalités géographiques de couverture des soins. Enfin, il lui est apparu que des efforts devaient être conduits vers la dignité des malades en leur permettant de disposer même affectés par la maladie de revenus suffisants. C'est sur ces constantes que s'adosent les cinq défis identifiés par la CNS pour les cinq

années de la mandature à venir. Elle souhaite ainsi que l'on développe une véritable politique de promotion de la santé et de prévention, que l'organisation des soins soit centrée sur les soins de premier recours, que plus généralement l'organisation des soins soit renouvelée pour réduire durablement et sans risques de stigmatisation des plus fragiles les inégalités d'accès aux soins, que la solidarité soit confortée pour garantir l'accès aux soins pour tous, et qu'un effort soutenu d'évaluation et de recherche soit conduit dans notre pays.

Soucieuse de donner une « chair » concrète aux contours de son avis, la CNS a dégagé ensuite quinze propositions dont elle estime que leur mise en œuvre constituerait un changement d'échelle dans les politiques de santé en France. Elles ne peuvent pas toutes être recensées ici, mais elles sont largement accessibles sur le site www.sante.gouv.fr. A la lumière des inquiétudes sur notre système de soins, quelques propositions doivent cependant être relatées: conduire des études d'impact santé avant toute décision publique, garantir que les actes de prévention soient conduits à tarif opposable et sans forfait, maintenir par spécialité, dans chaque bassin de santé, une offre à tarif opposable ou maîtrisé qui ne soit pas inférieur à 50 % du volume d'activité par spécialité, favoriser l'exercice regroupé de professionnels pour modifier les pratiques de soins sur un chemin de qualité plus fort, s'obliger à un équilibre pluriannuel de dépenses courantes de santé, évaluer rapidement les effets des réformes qui viennent de succéder avant d'en décider de nouvelles, et développer fortement les recherches privées et publiques sur les déterminants de la santé et sur les soins de santé primaires.

Ainsi, la CNS n'a pas caché son ambition d'être un lieu d'expression pour des propositions innovantes au service de la décision publique dans la fonction qui lui a été attribuée par le législateur. ■



Présidents
Alain Grimfeld
Olivier Michel

Coordination Scientifique
Bernard David

Coordination Pédagogique
Pierre-Louis Druais
Dominique Chateau-Waquet

Congrès National d'Asthme et d'Allergie

De l'enfant à l'adulte

20, 21 et 22 juin 2007

Présidents
Alain GRIMFELD
Olivier MICHEL

Coordination scientifique
Bernard DAVID

Coordination pédagogique
Pierre-Louis DRUAIS
Dominique CHATEAU-WAQUET

Institut Pasteur
28 rue du Dr Roux - 75015 Paris

Les Journées Parisiennes d'Allergie (JPA), qui se tenaient chaque année au Palais des Congrès de Paris depuis 1993, se sont regroupées avec les Journées Nationales de l'Asthme et de l'Allergie de l'Enfant (JAAE), annuellement organisées à la Maison de la Chimie, pour former le Congrès National d'Asthme et d'Allergie (CNAA), qui aura lieu les 20, 21 et 22 juin 2007 à l'Institut Pasteur.

Ce dossier a pour but d'exposer les motivations qui ont justifié la création de ce nouveau congrès. Une première originalité est d'être placé sous le sigle : **De l'enfant à l'adulte**, pour deux préoccupations majeures de Santé Publique, réunissant les pédiatres et les praticiens des autres domaines de la médecine.

Le deuxième apport de ce congrès sera de diffuser les progrès de la connaissance en associant toujours les **avancées scientifiques** et les **applications cliniques** qui en découlent.

Le troisième volet comprendra des **séances de formation** permettant aux praticiens de concrétiser leur savoir grâce à **l'animation d'ateliers et de séances d'évaluation des pratiques professionnelles**, avec l'aide du Syndicat national des allergologues français (SNAF) et du Collège national des généralistes enseignants (CNGE).

C'est sur ce dernier point que l'originalité du CNAA prend toute son ampleur : **l'ouverture du monde de l'allergie aux médecins généralistes**. En d'autres termes, quel sera dans un futur proche le rôle, probablement déterminant, du médecin généraliste dans le dépistage, puis dans la collaboration au diagnostic et à la prise en charge des patients atteints d'asthme ou d'affection d'origine allergique? ■

CNAA 2007

CONSEIL NATIONAL DE L'ASTHME ET DE L'ALLERGIE

par le Pr Alain Grimfeld, hôpital Trousseau - APHP



Pr Alain Grimfeld

Cher(e)s collègues,

Les organisateurs du Congrès National d'Asthme et d'Allergie (CNAA) sont heureux de vous annoncer que sa deuxième édition aura lieu les 20,21 et 22 juin 2007 à l'Institut Pasteur.

L'analyse et la synthèse du déroulement du premier

Congrès qui s'est tenu dans le même lieu en juin 2006 nous ont incité à poursuivre notre action avec une ouverture d'esprit identique vers toutes les disciplines et une motivation aussi forte d'associer la science et la médecine, la clinique et la recherche.

La fréquentation a été évaluée à plus de 500 personnes et une satisfaction générale a été manifestée par les intervenants et les auditeurs, que ce soit pour le Symposium International avec le concours de la Société Française D'immunologie, les cas cliniques, les conférences ou les ateliers.

Pour ces derniers, ils ont été très appréciés par leur côté « évaluation professionnelle » et le sérieux de tous ceux qui y ont participé.

Cela est dû au travail considérable effectué par le Syndicat National des Allergologues Français, et en particulier par Jaques Gayraud et Dominique Château-Waquet, mais aussi par Paris-Allergie.

La mixité qui réunit médecins allergologues, pédiatres et généralistes (et ce, grâce au parrainage du Collège National des Généralistes Enseignants avec Pierre-Louis Druais), a donné une vision plus large des problèmes liés à l'asthme et l'allergie.

Tout ceci a été rendu possible grâce à l'aide logistique de l'Institut Pasteur, des éditions de Condé et le soutien des laboratoires pharmaceutiques.

Ensemble, ils ont contribué à la réussite de ce premier congrès.

Bien entendu, il y a des améliorations à apporter, et pour cela nous avons notamment créé un Comité scientifique composé d'experts nationaux et internationaux.

Vous les découvrirez dans la présentation du programme préliminaire que nous avons le plaisir de vous faire parvenir.

Nous désirons encore davantage répondre aux vœux de ceux qui désirent partager avec nous notre détermination de consolider et développer tous les aspects médicaux et sociétaux liés à l'asthme et à l'allergie de l'enfant à l'adulte.

Dans l'espoir de vous accueillir encore plus nombreux, le Comité d'Organisation vous convies à participer à la réussite du CNAA 2007.

Avec nos sentiments les plus cordiaux.

Alain Grimfeld
Paris

Olivier Michel
Bruxelles

Bernard David
Paris



Le patient asthmatique en médecine générale

par le Pr Pierre Louis DRUAIS

président du Collège National de Généralistes Enseignants (CNGE)

L'asthme est une pathologie inflammatoire chronique des voies aériennes caractérisée cliniquement par des épisodes récurrents de toux, de sensation d'oppression thoracique avec dyspnée, et le plus souvent présence de sibilants à l'auscultation. Il existe une obstruction variable des débits bronchiques et une hyperréactivité bronchique. L'asthme concerne l'enfant et l'adulte, et l'objectif de soins est de permettre à ces patients de mener au mieux une vie normale, de pratiquer des activités sportives et de préserver le capital respiratoire pour l'avenir.

Epidémiologie

Les grandes études, ISAAC et ECHR, ont montré que la fréquence de l'asthme était élevée, faisant de cette affection un problème majeur de santé publique.

La prévalence de l'asthme en France est estimée à 5 % de la population avec des variations selon l'âge. Elle est de près de 7 % chez l'enfant. Au total environ 2,5 à 3 millions de personnes sont concernées, ce qui représente en moyenne 40 patients asthmatiques par médecin généraliste, en France. Cette maladie représente l'affection chronique la plus fréquente chez l'enfant. Elle est en constante augmentation du fait du rôle majeur de l'environnement. L'exposition à certains stimuli (allergènes respiratoires, agents toxiques) entraîne une inflammation et des modifications des voies aériennes à

l'origine d'une hyperréactivité bronchique non spécifique ainsi qu'une obstruction variable des flux, lesquels sont responsables de la majorité des symptômes de la maladie et du déclenchement des crises. Sa prévalence et sa sévérité sont en augmentation chez les enfants et les adultes jeunes, et l'asthme est responsable de 2000 décès annuels en France (1). Ce chiffre n'évolue quasiment pas depuis près de 20 ans.

L'état actuel des pratiques et prises en charges :

L'étude AIRE a montré un énorme décalage entre la réalité et les objectifs de la prise en charge de l'asthme décrits dans les recommandations internationales : ces objectifs sont loin d'être atteints, et les patients n'en sont pas conscients. Des efforts d'éducation sont nécessaires pour améliorer la prise en charge et le contrôle de l'asthme en Europe ainsi que pour dimi-

nuer le poids de cette maladie sur le plan individuel et collectif.

L'étape diagnostique reste à l'évidence un des premiers décalages entre les recommandations et la pratique quotidienne. Il existe un retard dans le diagnostic précoce, surtout chez l'enfant, car l'identification de la maladie n'est pas toujours aisée. De même chez l'adulte, on constate souvent un retard diagnostique. Tout patient asthmatique est susceptible à un moment donné de l'évolution de sa maladie de présenter une crise aiguë grave. Toute crise ressentie comme inhabituelle doit être considérée comme pouvant évoluer vers un asthme aigu grave. Lorsqu'un diagnostic d'asthme est posé ou suspecté, le bilan initial doit comporter une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), qui sera répétée en fonction de l'évolution et de la sévérité de la maladie. L'évaluation du DEP est un moyen utile dans la surveillance de certains asthmes difficiles.

De nombreux travaux ont été effectués au plan nationale ou internationale afin d'élaborer des recommandations : la GINA réalisées en collaboration entre l'OMS et le NIH ou l'ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). Ces recommandations sont fondées sur une analyse exhaustive de la littérature et l'implémentation des niveaux de preuves. La maladie asthmatique, est classée selon la GINA en intermittent, léger, modéré ou sévère et en pratique quotidienne, il existe un risque de sous-estimer ou de sur-estimer la gravité de l'asthme.(2) Néanmoins cette classification simple permet au-delà de la définition de la maladie, du diagnostic de situation, de définir une stratégie la plus adaptée à chaque patient, voire à chaque séance de consultation en fonction du contexte clinique, psychosocial ou familial et environnemental.

Le contrôle de l'asthme apprécie l'activité de la maladie sur quelques semaines. Il peut être classé en trois

Consensus dans l'asthme (GINA 2002)

	Stade 1 intermittent	Stade 2 persistant léger	Stade 3 persistant modéré	Stade 4 persistant sévère
Symptômes	moins ≤1/ semaine nuit ≤ 2 / mois	>1/ semaine et <1/ jour nuit > 2 / mois	quotidiens ≥1/ jour nuit >1/ sem	permanents fréquent
VEMS ou DEP	>80%	>80%	60-80%	< 60%
Variation journalière des	<20%	20-30%	>30%	>30%
R2 inhalé courte durée d'action ALD au maximum 3-4 fois/jour				
		Corticoïdes inhalés >500 µg/ j	Corticoïdes inhalés ≤1000 µg/ j	Corticoïdes inhalés >1000 µg/ j
			R2 inhalé longue action	
				Corticoïdes oraux

niveaux : inacceptable, acceptable et optimal. Les paramètres définissant le contrôle sont adaptés du Canadian Asthma consensus report, fondés uniquement sur un accord professionnel.(3)

Le **contrôle acceptable** est le minimum à rechercher chez tous les patients. Il est atteint lorsque tous les critères ci-dessous sont présents.

Le **contrôle inacceptable** est défini par la non-satisfaction d'un ou de plusieurs critères de contrôle et doit conduire à une adaptation de la prise en charge.

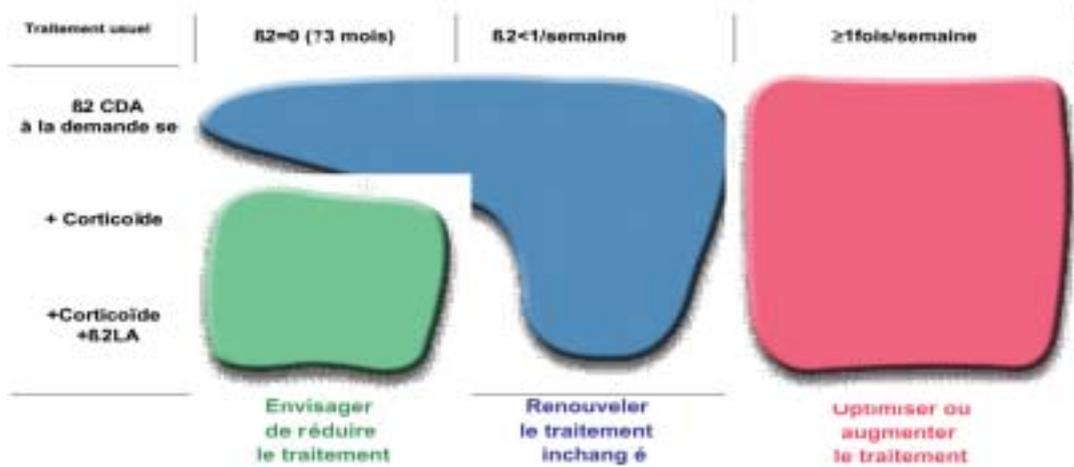
Le **contrôle optimal** correspond, soit à l'absence ou la stricte normalité de tous les critères de contrôles, soit à l'obtention, du meilleur compromis pour le patient entre le degré de contrôle, l'acceptation du traitement et la survenue éventuelle d'effets secondaires. La surveillance de la tolérance et l'observance du traitement fait partie du suivi.

Il est recommandé d'adapter le traitement de fond en fonction des paliers de sévérité et du contrôle des symptômes. Si le traitement permet un contrôle optimal depuis plus de 3 mois, il est souhaitable de revenir au palier thérapeutique inférieur (grade B).

La démarche éducative reste au delà du diagnostic et du soin l'étape fondamentale

C'est un temps important de la « consultation » qui doit permettre une amélioration des patients atteints et une

Gène et besoin de $\beta 2$ CDA



réduction de la morbidité de l'asthme allergique.(4)

4 étapes sont utiles pour atteindre ses objectifs :

- **Où en est le patient ?** Etape du diagnostic éducatif.
- **Quelles sont les compétences à acquérir ?** Etape pour établir le contrat d'objectifs.
- **Quels sont les moyens mis en œuvre ?** Promouvoir des activités éducatives structurées.
- **Qu'est-ce qui a changé chez le patient ?**

Evaluation des effets de l'éducation du patient.

L'éducation clinique doit permettre le contrôle et d'apprécier la sévérité de l'asthme. Il faut faire s'exprimer le patient sur ses représentations et son vécu de la maladie et du traitement. Lui faire reconnaître la présence de symptômes indiquant l'évolution vers la crise d'asthme (rôle du DEP) et lui donner les critères d'aggravation qui doivent le conduire à faire appel à un médecin en temps utile.

Elle doit aussi favoriser le contrôle de l'environnement par le patient lui-même et l'impliquer pour agir sur la présence de facteurs allergisants, l'aider à l'arrêt du tabac, à adapter ses activités quotidiennes et de loisirs avec la mise en évidence des bénéfices que peut apporter la pratique régulière de l'exercice physique et ainsi améliorer la tolérance à l'effort

L'éducation thérapeutique concerne le patient et l'entourage que se soit chez l'adulte ou chez l'enfant (5) et a pour but :

- d'expliquer l'action des médicaments en s'aidant éventuellement des mécanismes physiopathologiques de l'asthme
- de faire utiliser les systèmes d'inhalation et de choisir le système le plus adapté au capacité du patient,
- d'encourager le patient à contrôler lui-même la bonne utilisation de son système et éventuellement être capable

d'adapter le traitement en fonction de données cliniques simples (qualité des activités et gênes éventuelles), et de l'interprétation des résultats du DEP.

Conclusion

La prise en charge du patient asthmatique demande de la part du médecin une démarche clinique incluant une triple approche : biomédicale, psychosociale et environnementale. Elle demande aussi d'intégrer le patient dans la « décision » en application des concepts de l'Evidence Based Medicine, et de faire du patient et de son entourage un partenaire de santé, dans le champ de l'éducation. Cette démarche complexe, incluant la notion du temps passé à l'intégration de la démarche éducative, impose une réflexion sur la rémunération de l'acte éducatif et de la consultation de prévention. ■

Critères pour un contrôle acceptable de l'asthme selon les recommandations canadiennes

Paramètres	Fréquence ou valeur
Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine
Activité physique	Normale
Exacerbations	Légères, peu fréquentes
Absentéisme professionnel ou scolaire	Aucun
Utilisation de $\beta 2$ mimétiques	< 4 doses/semaine
VEMS ou DEP	> 85% de la meilleure valeur personnelle
Variation du DEP	< 15% de variation diurne

Bibliographie

1. « Asthme de l'Enfant » P. Scheinmann, V. Marchac, dans Traité d'Allergologie. Sous la coordination de D. Vervloet, A. Magnan Edition Flammarion – 2003
2. Global strategy for Asthma management and treatment. Updated 2004. (GINA) <http://www.ginasthma.com>
3. Boulet LP, et al. Canadian asthma consensus report. Can Med Assoc J 1999; 161 (Suppl: 11): S1-61
4. Recommandations pour la Pratique Clinique. Education thérapeutique du patient asthmatique, adulte et adolescent. ANAES 2001.
5. Recommandations pour la Pratique Clinique. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique. ANAES, Juin 2002.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MUCOVISCIDOSE

Protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare

Novembre 2006

IV - Suivi en l'absence de complication

4.1 Objectifs

- prévenir et détecter précocement une aggravation;
- surveiller l'efficacité, la tolérance et l'observance des traitements prescrits;
- poursuivre l'éducation thérapeutique du patient et/ou de la famille.

4.2 Professionnels impliqués

- comme lors de l'évaluation initiale et de la prise en charge thérapeutique, interviennent:
- l'équipe pluridisciplinaire spécialisée du CRCM,
- si besoin, les médecins spécialistes d'organes,
- en coordination avec les professionnels libéraux et de proximité, incluant le médecin généraliste, et en soulignant le rôle majeur du kinésithérapeute dans le suivi quotidien du patient (rôle de veille sanitaire);

- les professionnels de structure de soins relais (service de pédiatrie, de pneumologie, de médecine interne de centre hospitalier général, maison d'enfants à caractère sanitaire et centres de rééducation);
- les prestataires (livraison du matériel d'aérosol, antibiotiques, matériel de perfusion, suppléments caloriques, matériel de nutrition entérale, etc.);

- l'assistante sociale, pour une aide aux démarches administratives, un lien avec les instances administratives et le service social du secteur, un suivi de l'intégration scolaire, une orientation professionnelle, une aide à la mise en place d'aménagements, une information sur la législation par rapport au handicap. L'ensemble de ces intervenants peut fonctionner en réseau.

4.3 Rythme des visites au CRCM

- Les visites au CRCM ont lieu 1 fois par mois jusqu'à l'âge de 6 mois, puis au moins tous les 2 mois jusqu'à 1 an.
- Elles ont lieu tous les 2 à 3 mois après l'âge de 1 an avec un minimum de 4 visites annuelles systématiques pour les formes typiques de l'enfant et de l'adulte et visites supplémentaires selon la sévérité de la maladie, si événement ou complication; chez certains patients présentant des formes légères ou paucisymptomatiques, un rythme inférieur à 4 visites par an est possible en maintenant au minimum un bilan annuel complet.
- Un bilan détaillé est réalisé au

moins 1 fois par an ou plus si signes d'appel.

- Le suivi régulier se fait en consultation, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation programmée de courte durée.
- Certains examens complémentaires peuvent être réalisés en ville de façon ponctuelle.

4.4 Contenu des visites au CRCM

Lors de chaque visite (mensuelle ou trimestrielle), interviennent le médecin en charge du patient, et au minimum l'infirmier(ère), et le kinésithérapeute chez l'enfant. Les autres professionnels de santé et les spécialistes d'autres disciplines sont sollicités selon les besoins et lors des visites plus complètes (en hospitalisation de jour ou de courte durée). Un staff multidisciplinaire permet la concertation entre les professionnels et l'harmonisation de la prise en charge.

À chaque visite

L'ensemble des événements, le mode de vie et la qualité de vie sont répertoriés.

- L'interrogatoire et l'examen clinique évaluent:

- l'état général, l'activité physique, le stade pubertaire;
- l'état nutritionnel (critères anthropométriques);
- l'état respiratoire (avec SaO₂), les manifestations digestives et la recherche d'hépatopathie, l'état ORL, les manifestations ostéoarticulaires, les fonctions de reproduction à partir de 15 ans, un syndrome polyuropolydypsiq, la fonction rénale;
- l'observance des traitements et du régime alimentaire;
- le mode de vie, l'activité scolaire ou professionnelle, sportive, les relations sociales.
- La spirométrie et l'ECBC (avec étude mycologique) sont systématiques.

- Le kinésithérapeute:

- intervient pour désencombrer le patient, faire le prélèvement de l'expectoration;
- éduque le patient et vérifie les techniques de kinésithérapie et de respiration utilisées;
- évalue l'état musculo-squelettique et respiratoire, l'activité physique et sportive;
- vérifie la bonne technique de nébulisation et les mesures d'hygiène et de désinfection à domicile.

- L'infirmier(ère) coordonnateur(rice) organise et coordonne les soins au sein de l'équipe du CRCM et en relais de l'infirmier(ère) libéral(e).

Au moins une fois par an

- Le (la) diététicien(ne)
- fait un bilan nutritionnel complet (évaluation des apports);
- vérifie le bon maniement des doses d'extraits pancréatiques;
- vérifie l'observance des suppléments nutritionnels prescrits et l'adéquation des doses en fonction de l'état clinique et du bilan biologique;
- adapte le régime alimentaire en fonction des besoins identifiés;
- éduque le patient.
- Une consultation avec le psychologue et l'assistante sociale est proposée.
- L'avis des spécialistes d'organes selon l'âge et la présence de complications peut être demandé.

Les examens complémentaires

Ils sont décrits dans le tableau 1, annexe 1; le nourrisson dépisté à la naissance a une évaluation plus approfondie au 6e mois. Le rythme des examens doit être adapté à la gravité de la maladie: chez certains patients adultes bien stabilisés ou dans des formes cliniques peu sévères, une EFR semestrielle voire annuelle peut être suffisante. Ces évaluations ne sont pas adaptées aux patients transplantés.

V - Prise en charge des événements pouvant survenir au cours de l'évolution

5.1 Objectifs

- dépister et traiter les événements inhérents à l'évolution de la maladie: manifestations pulmonaires, troubles digestifs, atteinte hépatique et autres complications;
- prévenir la détérioration clinique;
- apprécier le retentissement social et assurer un soutien.

5.2 Professionnels impliqués

Les professionnels sont les mêmes que lors du suivi avec en particulier le rôle des spécialistes d'organes, en ajoutant l'intervention éventuelle du médecin de la reproduction et du médecin de la douleur.

5.3 Événements et manifestations respiratoires

Remarques préliminaires

- Une exacerbation peut survenir suite à une surinfection virale ou bactérienne (voir le chapitre correspondant).
- L'asthme est plus fréquent chez ces patients atteints de mucoviscidose.
- L'étendue des lésions pulmo-

naires peut être attestée précocement par la scintigraphie de ventilation-perfusion utilisée par certains CRCM.

Aspergillose bronchopulmonaire allergique (ABPA)

Évoqué devant l'apparition de sibilants ou une détérioration respiratoire clinique et/ou fonctionnelle, le diagnostic repose sur le dosage des IgE sériques totales et spécifiques, des précipitines anti-aspergillaires, les anomalies radiologiques, les EFR avec test de réversibilité aux bêta2 mimétiques. Le traitement repose sur la corticothérapie orale le plus souvent associée à un antifongique (itraconazole, voriconazole, etc.). Les corticostéroïdes inhalés associés aux bronchodilatateurs ou les antagonistes des récepteurs aux cystéinyl-leucotriènes peuvent être utilisés pour traiter une composante asthmatique de l'ABPA.

Hémoptysie

L'hémoptysie peut traduire une exacerbation. Son apparition justifie une consultation au CRCM et selon l'évaluation, une hospitalisation pour surveillance et discussion de la nécessité d'une artériographie bronchique et éventuelle embolisation.

Pneumothorax

Il nécessite une consultation au CRCM et le plus souvent une hospitalisation pour surveillance. Selon l'importance, la tolérance et l'évolution, drainage voire intervention chirurgicale.

Insuffisance respiratoire chronique

Elle nécessite une intensification des traitements associés, une évaluation de la désaturation artérielle nocturne (oxymétrie) et de l'hypertension artérielle pulmonaire (échographie cardiaque). L'oxygénothérapie de longue durée est indiquée si:

- PaO₂ ≤ 55 mm/Hg ou SaO₂ ≤ 90 % sous air ambiant
- ou désaturation artérielle nocturne (SaO₂ ≤ 90 % plus de 10 % de la durée de l'enregistrement)
- ou hypoxémie de repos < 60 mmHg avec HTAP.

Une oxygénothérapie transitoire et/ou une oxygénothérapie de déambulation (si désaturation d'effort avec SaO₂ < 85 %) peuvent être indiquées, en particulier au cours d'une exacerbation. La ventilation non invasive (VNI) peut être justifiée en cas d'hypercapnie et/ou d'aggravation respiratoire.

L'indication de la transplantation pulmonaire est discutée en cas

d'insuffisance respiratoire sévère. Elle nécessite un bilan et une prise en charge spécifiques.

5.4 Manifestations digestives Douleurs abdominales

Les causes sont multiples et le diagnostic étiologique repose sur un faisceau d'arguments cliniques aidés par les examens complémentaires qui seront le moins invasifs et irradiants possibles : bilan biologique, radiographie simple ou après opacification, échographie, endoscopie, scanner.

Peuvent être traités à domicile :

- reflux gastro-œsophagien : mesures hygiéno-diététiques, prokinétiques, antiacides, anti H2, inhibiteurs de la pompe à protons ;
- colopathie, constipation : mesures hygiéno-diététiques, traitement symptomatique (spasmodolytique, polyéthylène glycol, etc.) ;
- syndrome d'obstruction intestinale distale (SOID) : mesures diététiques, solution de polyéthylène glycol ou lavement, lactulose, etc. En cas de SOID complet, le patient doit être hospitalisé ;
- prolapsus rectal : réduction manuelle et mesures hygiéno-diététiques.

Parmi les autres causes :

- mucocèle appendiculaire : l'indication chirurgicale est posée en cas de syndrome douloureux de la fosse iliaque droite associé à l'image échographique ;
- pancréatite aiguë : le diagnostic d'une poussée de pancréatite aiguë repose sur les tests biologiques (amylasémie, lipasémie) éventuellement complétés par l'échographie, et la TDM ou l'IRM ; le traitement associe repos, règles diététiques, antalgiques puis un régime sans graisse à la reprise de l'alimentation.

Atteinte hépato-biliaire

Le diagnostic repose sur les anomalies cliniques (hépatosplénomégalie, hématurie, etc.), biologiques et échographiques ; le traitement des signes d'obstruction biliaire repose sur l'acide ursodésoxycholique.

L'hématurie peut être révélatrice d'une hypertension portale ; le diagnostic de varices œsophagiennes (hypertension portale) repose sur l'endoscopie œsogastrique ; le traitement est la sclérose ou la ligature endoscopique des varices ; l'indication d'une dérivation porto-cave peut être discutée avec l'équipe chirurgicale.

La cirrhose nécessite des investigations complémentaires (facteurs II et VII, ammoniémie, sérologie VHA, VHB, VHC, alphafœtoprotéine) ; elle peut justifier une transplantation hépatique qui nécessite un bilan et une prise en charge spécifiques.

5.5 Déshydratation aiguë

Elle survient en particulier lors de fortes chaleurs et devrait être prévenue ; le traitement repose sur les solutés de réhydratation et le sel.

5.6 Troubles du métabolisme glucidique et diabète

Définitions

Le diabète est défini par une glycémie à jeun sur sang veineux plasmatique $\geq 7,2$ mmol/l (1,26 g/l) vérifiée à 2 reprises ou glycémie $> 11,1$ mmol/l (2 g/l) en présence de symptômes.

Selon les résultats de l'HGPO L'hyperglycémie provoquée per os est indiquée chez l'insuffisant pancréatique à partir de 10 ans ou avant en cas de symptômes ; elle est répétée tous les 2 ans jusqu'à l'âge de 15 ans, puis tous les ans au-delà de l'âge de 15 ans.

Diagnostic et prise en charge

Au stade d'intolérance au glucose, la prise en charge repose sur la surveillance et les conseils nutritionnels.

Au stade de diabète :

- le traitement repose sur l'insulinothérapie associée à des conseils diététiques ; les antidiabétiques oraux sont en cours d'évaluation dans le stade précoce du diabète ;
- pour la surveillance du diabète et de ses complications, se reporter au Guide médecin de l'ALD 8 (diabète).

Éducation du patient

Elle doit permettre l'apprentissage des autocontrôles glycémiques, de la technique des injections sous-cutanées, de la prévention des hypoglycémies et de leur traitement, de l'adaptation du traitement lors de circonstances exceptionnelles, de l'adaptation du régime alimentaire (privilégier les glucides à index glycémique faible).

5.7 Complications ORL

La sinusite chronique est constante ; la polyposse nasale est fréquente.

L'évaluation nécessite un examen ORL par le spécialiste, une tomodensitométrie ou une IRM des sinus, et une endoscopie des fosses nasales. Le traitement est symptomatique (lavage avec du sérum isotonique ou hypertonique, corticoïdes locaux) mais peut nécessiter une intervention chirurgicale.

5.8 Retard de croissance et retard pubertaire

Ils nécessitent l'étude de l'âge osseux ; ils peuvent nécessiter des dosages hormonaux et une consultation spécialisée par un endocrinopédiatre.

5.9 Complications osseuses, articulaires et musculaires

- Ostéopénie ou ostéoporose : elles sont dépistées par l'absorptiométrie aux rayons X. Le traite-

ment dépend du stade observé : il associe les suppléments de vitamine D, calcium, vitamine K, le traitement des comorbidités (infection pulmonaire, diabète, hypogonadisme), puis les biphosphonates si fracture ou ostéoporose. Le pamidronate sera proposé dans le traitement de l'ostéoporose fracturaire si intolérance, contre-indication ou résistance après un traitement bien conduit.

- Ostéoarthropathie hypertrophique, arthrite : le diagnostic repose sur les radiographies ostéoarticulaires et les tests biologiques indiqués selon la symptomatologie (bilan immunologique, étude du sédiment urinaire, uricémie). Le traitement symptomatique repose sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Un traitement de fond par immunomodulateur ou immunosuppresseur pourra être discuté en fonction du contexte clinique et biologique sous-jacent.

5.10 Complications uro-génitales

- La stérilité est presque constante chez l'homme : prise en charge spécifique à organiser avec un centre agréé en lien avec le CRCM.

- La fertilité féminine est généralement conservée. En cas d'hypofertilité, bilan diagnostique et prise en charge dans un centre agréé en lien avec le CRCM.

- En cas de désir d'enfant, un conseil génétique est souhaitable.
- Si incontinence urinaire chez la femme, explorations urodynamiques éventuelles et rééducation périnéo-sphinctérienne.

5.11 Autres complications

D'autres complications sont décrites :

- l'insuffisance surrénale : évoquée devant une asthénie importante chez les patients sous corticostéroïde inhalé ou oral souvent associé à un antifongique inhibiteur puissant du CYP3A4 ; le diagnostic repose sur les tests biologiques (test au synacthène) et le traitement sur l'hydrocortisone ;
- une hyperoxalurie, amylose, cardiomyopathie.

5.12 Complications psychologiques et psychiatriques

Il peut être nécessaire de prendre en charge un trouble dépressif majeur (psychothérapie, antidépresseurs).

Annexe 1 : Examens complémentaires au bilan initial et pendant le suivi

Examen	Bilan initial nouveau-né dépisté	Bilan initial diagnostic sur symptômes	Suivi trimestriel**	Bilan à 6 mois de vie	Bilan annuel***
EXAMENS DE DIAGNOSTIC					
Test de la sueur	●	●			
Taux de trypsine immunoréactive par dosage sur papier buvard	□				
Mesure de la différence de potentiel de la muqueuse nasale		□			
Étude génétique (mutation du gène CFTR)	□	●			
EXAMENS BIOLOGIQUES SÉRIQUES ET URINAIRES 3					
Hémogramme avec plaquettes	●	●		●	●
Ferritine	□	□			□
CRP		□			□
Électrophorèse des protéines (incluant albuminémie)		●		□	□
IgA, IgM, IgG		□			□

3. Pour les examens biologiques nécessaires à la surveillance du diabète et de ses complications, se référer au Guide médecin de l'ALD 8 (diabète).

Examen	Bilan initial nouveau-né dépisté	Bilan initial diagnostic sur symptômes	Suivi trimestriel**	Bilan à 6 mois de vie	Bilan annuel***
Ionogramme Sanguin (Na, K, bicarbonate) urée sanguine	●	●		●	●
Créatinine	●	●	si aminoside IV	●	●
Natriurie, kaliurie (Na/K) sur une miction	□	□	□	□	□
RBP (retinol binding protein)		□		□	□
Cuivre zinc sélénium magnésium sériques	□	□		□	□
25 hydroxyvitamine D		●		□	●
Vitamines A, E	●	●		●	●
Bêta-carotène		□		□	□
Taux de prothrombine	●	●		●	●
Facteurs aminoKdépendants	□	□		□	□
Profil phosphocalcique (calcémie, phosphorémie, calciurie, phosphaturie)	□	□		□	□
Acides gras plasmatiques (chromatographie)	□	□		□	□

2 heures après prise de 1,75 g/kg de glucose (jusqu'à un maximum de 75 g)

Normal	< 7,8 mmol/l
Intolérance au glucose	7,8 mmol/l à < 11,1 mmol/l
Diabète (glycémie à jeun normale ou élevée)	11,1 mmol/l

PNEUMOLOGIE (suite du n° 36)

DOSSIER

Examen	Bilan initial nouveau-né dépisté	Bilan initial diagnostic sur symptômes	Suivi trimestriel**	Bilan à 6 mois de vie	Bilan annuel***
Triglycérides, cholestérol					<input type="checkbox"/>
Acides biliaires totaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Glycémie	●	●		<input type="checkbox"/>	●
HGPO si insuffisant pancréatique de plus de 10 ans (< 10 ans si symptômes)		●			● (cf. texte)
Sérologie antipneumococcique		●		●	● si non colonisé
Sérologie aspergillaire (> 2 ans ou > 3 ans)		● (sauf chez le nourrisson)			●
IgE totales et spécifiques aspergillaires		● (sauf chez le nourrisson)			●
Transaminases, yGT	●	●		<input type="checkbox"/>	●
Bilirubine totale et conjuguée, PAL	●	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	●
ECBC* (avec étude quantitative) ou écouvillonnage pharyngé	●	●	●	●	●
Recherche de mycobactéries (M. tuberculosis et mycobactéries atypiques)		●	●	●	●

Examen	Bilan initial nouveau-né dépisté	Bilan initial diagnostic sur symptômes	Suivi trimestriel**	Bilan à 6 mois de vie	Bilan annuel***
Examen mycologique de l'expectoration		●		●	
Dosages sériques des médicaments (antibiotiques, antifongiques)			<input type="checkbox"/> selon traitement		<input type="checkbox"/> selon traitement
FONCTION PANCRÉATIQUE					
Elastase pancréatique fécale	●	●			<input type="checkbox"/> si insuffisance pancréatique
Stéatorrhée avec chymotrypsine fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTES TECHNIQUES*					
Tests cutanés (aspergillus et autres pneumallergènes)		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Spirométrie (à partir de 5-6 ans)		●	●	●	●
EFR complète dès que réalisable (5-6 ans) (capacité pulmonaire totale, volume résiduel)		●			●
4. Pour les actes techniques nécessaires à la surveillance du diabète et de ses complications, se référer au Guide médecin de l'ALD 8 (diabète).					

Examen	Bilan initial nouveau-né dépisté	Bilan initial diagnostic sur symptômes	Suivi trimestriel**	Bilan à 6 mois de vie	Bilan annuel***
Capacité résiduelle fonctionnelle, mesure des résistances (avant 5-6 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de marche de 6 minutes, épreuve d'effort					<input type="checkbox"/>
Test de réversibilité aux bronchodilatateurs		●			<input type="checkbox"/>
Test de provocation bronchique		<input type="checkbox"/>			
Gaz du sang		● si $SO_2 < 92\%$	● si $SO_2 < 92\%$		● si $SO_2 < 92\%$
SaO ₂	<input type="checkbox"/>	●	●		●
Oxymétrie nocturne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Radiographie de thorax face (et profil)	●	●		<input type="checkbox"/>	●
EKG	<input type="checkbox"/> si non fait au bilan initial	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	selon symptômes
Tomodensitométrie du thorax		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	selon contexte
Scintigraphie de ventilation/perfusion					selon contexte
Lavage bronchoalvéolaire					selon contexte

Annexe 2 : Synthèse médecin généraliste

Cette fiche de synthèse a été élaborée à partir du Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) disponible sur le site www.has-sante.fr.

La mucoviscidose est la plus fréquente des maladies génétiques potentiellement graves dès l'enfance. Les manifestations principales concernent l'appareil respiratoire, le pancréas, plus rarement l'intestin ou le foie. Certaines formes de révélation

Examen	Bilan initial nouveau-né dépisté	Bilan initial diagnostic sur symptômes	Suivi trimestriel**	Bilan à 6 mois de vie	Bilan annuel***
Tomodensitométrie ou IRM des sinus					selon symptômes
Endoscopie des fosses nasales					selon contexte
Échographie abdominale (avec ou sans Doppler)	<input type="checkbox"/>	●		● si non faite au bilan initial	●
Échographie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si non faite au bilan initial	selon contexte
Doppler des vaisseaux du cou					selon contexte
Absorptiométrie biphotonique		<input type="checkbox"/>			selon résultats
Audiogramme			<input type="checkbox"/>		● si aminosides
PHmétrie si symptômes		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	selon symptômes
Fibroskopie œsophagique					selon symptômes
Exploration urodynamique					<input type="checkbox"/> si incontinence urinaire

Les examens complémentaires obligatoires sont notés ● et les examens non systématiques ou indiqués dans un contexte particulier sont notés .

*ECBC : examen cytbactériologique de l'expectoration. Il peut être complété si nécessaire par la mesure des CMI sur plusieurs germes et l'étude des associations d'antibiotiques vis-à-vis de la bactérie.

** Bilan trimestriel : d'autres examens sont fonction de l'évaluation annuelle et des complications : examens ne pouvant être différés à 30 l'année suivante, suivi de complications chroniques ou examens nécessaires à la surveillance des traitements antibiotiques.

*** Bilan annuel : en dehors des complications aiguës et du bilan prégreffe.

tardive sont habituellement mono ou peu symptomatiques. Le dépistage néonatal est généralisé depuis fin 2002. Le diagnostic repose sur le test de la sueur, confirmé par l'identification des mutations.

Prise en charge

Un patient atteint de mucoviscidose doit être pris en charge par un centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM) (liste des centres disponibles sur <http://www.vaincrelamuco.org>). Il est porteur d'une carte « de soins et d'information mucoviscidose » qui lui a été remise par le médecin assurant sa prise en charge (disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr>).

Prise en charge thérapeutique

Après une évaluation initiale (avec enquête familiale et conseils génétiques systématiquement proposés au patient), la prise en charge inclut :

– une prise en charge respiratoire qui repose sur :

- la kinésithérapie respiratoire quotidienne, mise en route dès le diagnostic, l'aérosolthérapie (RhDNase, bronchodilatateurs, antibiotiques, corticoïdes inhalés), l'antibiothérapie, en cures qui peuvent être très rapprochées ou au long cours. Certains antibiotiques peuvent être utilisés selon des modalités non conformes à l'AMM : âge du patient, posologie ou rythme d'administration ;
- une prise en charge nutritionnelle et digestive avec :

- une alimentation quotidienne équilibrée et enrichie en calories, avec des compléments en sel, en vitamines ADEK et bêta-carotène, oligoéléments et magnésium si carence,
- des extraits pancréatiques

adaptés à la richesse en graisses des aliments, des compléments nutritionnels si dégradation des paramètres et un apport hydrique suffisant (chaleur, sport) ;

– une éducation thérapeutique et des conseils de mode de vie :

- essentielle, elle est réalisée par tous les intervenants du CRCM ainsi que par les professionnels libéraux et concerne (1) la connaissance de la maladie, (2) les règles d'hygiène et de prévention pour limiter les risques de colonisations et d'infections, (3) l'éducation respiratoire et diététique, (4) la prise des médicaments, (5) le mode de vie pour maintenir une bonne qualité de l'environnement (évitement du tabac, mode de garde individuel plutôt que collectif), les performances respiratoires (activité physique et/ou sportive) et une qualité de vie optimale,

- la surveillance de l'observance, en particulier à l'adolescence, et l'aide à l'intégration scolaire (rédaction d'un projet d'accueil individualisé (PAI) et à l'orientation professionnelle (rôle du médecin du travail pour aménager le lieu de travail) sont essentielles. L'assistante sociale et le psychologue doivent être sollicités si nécessaire ;

– la prévention :

respect du calendrier vaccinal (y compris vaccin anti-hépatite B, rappel coqueluche), vaccination antigrippale, antipneumococcique, anti-hépatite A (et vaccination anti-coqueluche de l'entourage).

Suivi au CRCM (ou dans les centres de soins relais)

Le suivi au CRCM doit être régulier (au moins tous les 2 mois jusqu'à 1 an, tous les 2 à 3 mois après 1 an, avec au minimum une consultation trimestrielle et un bilan annuel complet en hospita-

lisation de jour ou de courte durée). Dans l'intervalle des visites au CRCM, le médecin généraliste traite les pathologies intercurrentes en relation avec un médecin référent du CRCM si besoin.

Signes d'alerte et prise en charge des événements évolutifs de la maladie

Événements respiratoires

- Exacerbation: elle est définie par la survenue d'un épisode aigu de détérioration clinique sur un état stable: altération de l'état général (anorexie, asthénie, diminution de l'activité, stagnation pondérale ou amaigrissement, rarement fièvre) ou respiratoire (augmentation de la toux, de l'encombrement, du volume et de la purulence des crachats, de la gêne respiratoire); elle nécessite une consultation rapide au CRCM.
- Aspergillose bronchopulmonaire allergique: évoqué devant l'apparition de sibilants ou une détérioration respiratoire clinique et/ou fonctionnelle, le diagnostic repose sur des examens complémentaires réalisés au CRCM.
- Hémoptysie ou pneumothorax: ils nécessitent une consultation au CRCM et le plus souvent une hospitalisation.
- L'insuffisance respiratoire chronique: elle nécessite une oxygénothérapie transitoire ou de déambulation ou de longue durée, ou une ventilation non invasive.

Complications digestives

- Douleurs abdominales: d'origines multiples, le diagnostic

repose sur des arguments cliniques, biologiques, radiologiques voire endoscopiques. Certaines sont traitées en ville: reflux gastroœsophagien (mesures hygiéno-diététiques, prokinétiques, anti-H2, IPP), colopathie (mesures hygiéno-diététiques, mucolytiques, spasmolytiques). Certaines nécessitent une hospitalisation: syndrome d'obstruction intestinale distale complet, mucocèle appendiculaire.

- Atteinte hépato-biliaire: le diagnostic est clinique, biologique et échographique et/ou endoscopique (varices œsophagiennes): le traitement est effectué au CRCM.
- Poussée aiguë de pancréatite: prise en charge au CRCM.

Diabète

Au stade d'intolérance au glucose: surveillance et conseils nutritionnels.

Au stade de diabète: insulinothérapie et conseils diététiques, surveillance de l'hémoglobine glyquée tous les 3 mois, surveillance des complications (microangiopathies plus fréquentes que les macroangiopathies) et éducation thérapeutique adaptée.

Déshydratation (en cas de sudation importante)

Elle doit être prévenue par un apport en sel et en eau suffisant (activité sportive, grosse chaleur); en cas de déshydratation importante, l'avis du CRCM peut être nécessaire.

Autres complications

- polyposse nasale et sinusite chronique (lavage au sérum

hypertonique, corticoïdes locaux);

- retard de croissance et retard pubertaire;
- complications osseuses et articulaires (anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques);
- complications uro-génitales: stérilité ou hypofertilité traitées en service spécialisé (ICSI, FIV, stimulation ovarienne), incontinence urinaire;

- syndrome dépressif;
- insuffisance surrénale.

Pour toutes les informations utiles

- PNDS disponible sur: www.has-sante.fr (rubrique ALD)
- Associations de patients: <http://www.sosmucoviscidose.asso.fr/>, <http://www.vaincrelamuco.org/>
- Informations générales: <http://www.orphanet.net/> (rubrique mucoviscidose) ■

Bibliographie

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Société française de pédiatrie. Conférence de consensus. Prise en charge du patient atteint de mucoviscidose. Observance, nutrition, gastroentérologie et métabolisme; lundi 18 et mardi 19 novembre 2002 - Palais du Luxembourg Paris. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Société française de pédiatrie. Conférence de consensus. Prise en charge du patient atteint de mucoviscidose. Pneumologie et infectiologie; lundi 18 et mardi 19 novembre 2002 - Palais du Luxembourg Paris. Paris: Anaes; 2002.
- Aris RM, Merkel PA, Bachrach LK, Borowitz DS, Boyle MP, Elkin SL, et al. Guide to bone health and disease in cystic fibrosis. J Clin Endocrinol Metab 2005;90(3):1888-96.
- Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant, Bellon G, Derelle J, Grosskopf C, Lenoir G, Munck A, et al. Protocole de prise en charge des enfants atteints de mucoviscidose dépistés à la naissance. Paris: AFDPH; 2002.
- Association of Chartered Physiotherapists in Cystic Fibrosis (ACPCF). Clinical guidelines for the physiotherapy management of cystic fibrosis. Recommendations of a working group. Bromley: Cystic Fibrosis Trust; 2002.
- Kerem E, Conway S, Elborn S, Heijerman H. Standards of care for patients with cystic fibrosis: an european consensus. J Cyst Fibros 2005;4(1):7-26.
- Lacaille F. Atteinte hépatique dans la mucoviscidose [dossier]. MT Pédiatrie 2005;8(3):204-11.
- Marianowski R, Carvalho CM. Mucoviscidose et sphère ORL [dossier]. MT Pédiatrie 2005;8(3):212-6.
- Munck A. Atteinte digestive de la mucoviscidose chez l'enfant [dossier]. MT Pédiatrie 2005;8(3):197-203.
- Pin I, Brémont F, Clément A, Sardet A. Prise en charge de l'atteinte pulmonaire au cours de la mucoviscidose chez l'enfant. [numéro spécial mucoviscidose] Arch Pédiatr 2001;8(Suppl 5):856-83.
- UK Cystic Fibrosis Trust's Clinical Standards and Accreditation Group. Standards of care. Standards for the clinical care of children and adults with cystic fibrosis in the UK. Bromley: Cystic Fibrosis Trust; 2001.
- UK Cystic Fibrosis Trust Antibiotic Group. Antibiotic treatment for cystic fibrosis. Bromley: Cystic Fibrosis Trust; 2002.
- UK Cystic Fibrosis Trust Antibiotic Group. Nutritional management of cystic fibrosis. Bromley: Cystic Fibrosis Trust; 2002.
- UK Cystic Fibrosis Trust Antibiotic Group. Management of cystic fibrosis related diabetes mellitus. Bromley: Cystic Fibrosis Trust; 2004.
- Yankaskas JR, Marshall BC, Sufian B, Simon RH, Rodman D. Cystic fibrosis adult care: consensus conference report. Chest 2004;125(Suppl 1):1-39S.

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI

je désire souscrire un abonnement annuel (4 numéros) à Officiel Santé.

Veuillez trouver ci-joint mon règlement pour la somme totale de 18,29 € à l'ordre de P.E.C.

Chèque bancaire

Chèque postal

NOM PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Bulletin à compléter et à retourner à:

P.E.C. - Service Abonnements, 14, bd du Commandeur, 13009 Marseille

REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTÉ

LABORATOIRES ARKEMA	LABORATOIRES GILBERT
LABORATOIRES BAYER HEALTHCARE	GLOSTER SANTÉ EUROPE
LABORATOIRES CHUGAI PHARMA	LABORATOIRES PRODENE KLINT
ECODAS	RESIP BANQUE CLAUDE BERNARD
LABORATOIRES ELUSEPT	LABORATOIRES SANOFI AVENTIS
LFB	S & M FRANCE
LABORATOIRES GÉNIE ENVIRONNEMENT	LABORATOIRES TECHNI PHARMA
FRANCE OXIGENE	LABORATOIRES 3M SANTÉ