

Octobre 2009
Trimestriel



à la une

Mardi 1^{er} septembre 2009, le Dr Jean-Benoît Thambo et son équipe du centre de cardiologie de l'hôpital Haut-Lévêque - CHU de Bordeaux ont implanté avec succès une valve pulmonaire percutanée, à trois patients souffrant de malformations cardiaques congénitales graves.

Sommaire

Cardiologie : un plateau à la pointe

Le laboratoire de virologie accrédité par l'OMS

Grands travaux au CHU

Prise en charge des tics



Une première dans le grand Sud-Ouest : une alternative à l'opération à cœur ouvert



Le Dr Jean-Benoît Thambo, chef du service des maladies cardio-vasculaires congénitales et son équipe ont implanté la nouvelle bioprothèse à l'aide d'un cathéter introduit dans la veine fémorale. La valve est déployée dans le conduit reliant le ventricule droit à l'artère pulmonaire. Cette intervention dure moins de deux heures.

Les trois patients, Romain, 14 ans, Kevin, 19 ans, Fabrice, 39 ans, ont bénéficié de cette première et seule alternative à la chirurgie à cœur ouvert. Ils ont pu apprécier cette procédure moins traumatisante, technique non invasive qui leur a permis de ne séjourner ni en réanimation, ni en soins intensifs, entraînant moins de cicatrices physiques et psychologiques. Ils ont ainsi pu rejoindre leur domicile 48 heures après l'implantation.

C'est une vraie avancée et un véritable confort pour les

patients atteints d'une pathologie congénitale du cœur touchant la valve pulmonaire.

De formidables progrès dans le traitement des cardiopathies congénitales

Les cardiopathies congénitales sont les plus fréquentes des malformations, elles concernent 8 à 10 naissances sur 1 000.

Avant les années 50, moins d'1 enfant sur 5 né avec une malformation cardiaque congénitale atteignait l'âge adulte. Les interventions chirurgicales étaient jusqu'alors lourdes pour les patients, avec arrêt du cœur. Les progrès en chirurgie et en cathétérisme cardiaque ont formidablement amélioré la situation, puisqu'aujourd'hui 80 % de ces patients deviendront des adultes qui devront être suivis, mais qui pourront mener une vie proche de la normale.

La première intervention de ce type a été réalisée en décembre 2008 dans un centre chirurgical en Ile de France, et en septembre 2009 au CHU de Bordeaux.

Cardiologie

Un plateau à la pointe : réanimation chirurgicale

Le centre de cardiologie du CHU de Bordeaux créé en 1978 affirmait déjà la volonté d'une prise en charge pluri-disciplinaire du patient cardiaque. Les évolutions technologiques en réanimation chirurgicale cardiaque adulte et pédiatrique de ces 15 dernières années (hémofiltration, assistances cardiaques ...) et la volonté de renforcer la confidentialité des patients et d'améliorer l'accueil du public, ont impulsé la nécessité de la restructuration de cette unité.

Le CHU de Bordeaux et l'Institut de Cardiologie de Montréal signent un accord de partenariat

Le CHU de Bordeaux a accueilli les 3 et 4 septembre dernier, sur le site du Haut-Lévêque, les 1^{ères} rencontres scientifiques en cardiologie Bordeaux-Montréal.



Ces rencontres, organisées sous l'égide du pôle cardio-thoracique et du service d'anesthésie-réanimation II, ont réuni les responsables des équipes médicales et chirurgicales du centre de cardiologie du CHU et de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM). Elles ont consisté en des échanges et des comparaisons de pratiques sur les techniques les plus innovantes de prise en charge des patients développées de part et d'autre de l'Atlantique dans les domaines de la cardiologie médicale, de la chirurgie cardiaque, de l'hémodynamique, de la réanimation cardiaque, des urgences cardio-vasculaires...

Au terme de ces rencontres, a été officialisée la mise en place d'un partenariat scientifique et médical entre le CHU et l'ICM. Une convention de coopération a ainsi été signée par les directeurs généraux des deux établissements, Alain Hériaud et Robert Busilacchi.

Ce partenariat, établi pour 4 années, vise à favoriser l'échange de savoir-faire et de connaissances professionnelles dans les domaines d'expertise en cardiologie du CHU et de l'ICM. Il reposera notamment sur la réalisation de missions pluridisciplinaires d'études et de stages de formation pour les professionnels des 2 établissements, sur le développement de collaborations en matière d'enseignement médical initial et continu ainsi que sur l'accueil en formation de longue durée d'étudiants et médecins juniors en cours de spécialisation dans les disciplines de cardiologie.

Dr Laurent Barandon, Virginie Valentin



Équipe soins réanimation adultes



L'évolution croissante du nombre des patients, enfants et adultes, porteurs de cardiopathies congénitales a conduit à l'individualisation de ces nouvelles structures. Ce projet d'identification en tant que filière de soins a guidé ce réaménagement des secteurs de réanimation et des soins intensifs sur le même étage, un même plateau, doté de professionnels dédiés, en lien étroit avec le service d'accueil des urgences cardio-thoraciques.

Les travaux ont démarré en 2007, tout en maintenant l'activité chirurgicale et le niveau de prise en charge des patients.

L'étroite implication et la dynamique des équipes de soins, tout au long de ce projet, en étroite collaboration avec les services d'ingénierie et le cabinet d'architecture, a favorisé la réalisation de structures fonctionnelles et adaptées tant pour les professionnels du secteur de réanimation, que pour les patients. La structure est notam-

ment pourvue de modules de cinq ou six lits permettant de réguler le ratio patient/soignant en accord avec les directives du décret de réanimation. La réalisation de box individuels dotés de matériels spécifiques permet en outre l'accueil des patients les plus lourds.

La volonté d'un regroupement des services de haute technologie de chirurgie cardiaque et de réanimation adulte et pédiatrique potentialise les soins, l'innovation, l'assistance cardiaque et la recherche. La différenciation des filières sur un même plateau technique favorise la mutualisation des moyens matériels et l'interdépendance des équipes médicales et paramédicales, pour une prise en charge encore plus rapide et plus sécurisée des patients.

Propos recueillis par Tiphaine Ragueneil auprès de Catherine Combe, Cadre de santé, Thierry Brugeat et Christian Fornaguera, Cadres supérieurs de santé

Calendrier d'ouverture

La réception et l'ouverture effective des secteurs se sont échelonnées sur 18 mois.

Octobre 2007

Ouverture du service d'accueil d'urgences

Décembre 2007

10 lits de réanimation chirurgicale spécialisés en cardiologie

Septembre 2008

6 lits de surveillance continue, 6 lits de réanimation pédiatrique, 6 lits de soins intensifs pédiatriques
1 secteur dédié à la prise en charge des transplantés cardiaques.

Février 2009

Réception de l'ensemble du service
10 lits supplémentaires de surveillance continue
1 salle de surveillance post-interventionnelle de 4 places.

Un plateau technique performant

Le centre de cardiologie du CHU de Bordeaux est doté d'un plateau technique particulièrement performant et d'un nouveau service d'urgence dédié à la cardiologie. En 2008, près de 300

cathétérismes cardiaques ont été effectués au pôle cardio-thoracique du CHU de Bordeaux pour traiter des cardiopathies congénitales. 280 interventions à cœur ouvert ont été pratiquées chez des enfants ou des adultes porteurs de malformations cardiaques congénitales.

Le département de prise en charge des cardiopathies congénitales de l'adulte et de l'enfant est un des rares centres avec Lyon, Marseille et Paris à proposer un programme d'assistance cardiaque (cœur artificiel) et de transplantation cardiaque chez l'enfant.

Chirurgie adulte et pédiatrique, soins intensifs pédiatriques

Pôle anesthésie-réanimation : Dr Géry Boulard
Pôle cardio-thoracique : Pr Raymond Roudaut



Points de vue



Une prise en charge personnalisée

Depuis 3 ans, l'activité de chirurgie cardiaque au CHU de Bordeaux, premier centre français en nombre de patients traités (1700 opérations cardiaques, 280 vasculaires), est repartie à la hausse. Cette croissance est plus forte en chirurgie endovasculaire (38 endoprothèses aortiques thoraciques en 2008, 19 endoprothèses valvulaires aortiques en 2009), en chirurgie des cardiopathies congénitales (192 patients traités en 2008) et en chirurgie de l'insuffisance cardiaque traitée par assistance circulatoire et/ou cardioventriculaire (55 en 2008 dont 13 greffes).

La gestion de ces domaines d'activité inexistantes ou moins développés il y a quelques années bénéficie aujourd'hui d'un service de réanimation post-opératoire entièrement réaménagé. Dans cette structure, l'ouverture de secteurs géographiques dédiés à la chirurgie adulte, à la chirurgie pédiatrique, à la greffe cardiaque et à la chirurgie endovasculaire (salle de surveillance post interventionnelle) a mis en adéquation l'activité chirurgicale avec la prise en charge post-opératoire des patients. À la fin de l'intervention, au sortir du bloc opératoire, ces derniers sont accueillis dans des boxes individuels (22 pour les adultes, 6 pour les enfants), dont la plupart ont vue sur l'extérieur, équipés d'un matériel performant ; cela permet une prise en charge personnalisée dans un environnement calme et réduit significativement le stress émotionnel post-opératoire. Cela facilite aussi le travail des équipes médicales et paramédicales, plus au contact avec le patient et qui peuvent échanger quotidiennement leur expérience d'un secteur dédié à l'autre.

De plus, cette rénovation de la réanimation post-opératoire s'est intégrée dans une restructuration plus large de l'hospitalisation du centre de cardiologie incluant la création d'un SAU cardiothoracique attenante et facilite tous les jours l'accueil des urgences chirurgicales.

Pr Xavier Roques

Un potentiel d'excellence

La nouvelle restructuration du plateau technique en cardiologie s'est donnée comme objectif principal, de valoriser et d'améliorer la rationalité de la prise en charge des patients cardiaques en rénovant le plateau technique où sont regroupés, sur un même site, les structures d'exploration et de traitement de certaines affections cardiaques. Ainsi, sont regroupées des structures de coronarographie, d'électrophysiologie, d'IRM, de Scanner, des salles de chirurgie polyvalentes, une structure d'accueil des urgences cardiologiques et une unité de réanimation cardiologique spécifique adulte et enfant prenant en charge les patients à haut risque.

Le deuxième objectif de la modernisation de ce plateau technique a été de prévoir son implication dans la constitution évolutive d'un centre de haute technologie et d'assistance d'organe. Cette vision fait partie des projets structurels spécifiques du CHU, grand promoteur d'activités de novations et de ressources. Ainsi, ces structures nouvellement réhabilitées et reconditionnées sont capables d'assurer la suppléance de multiples organes dans un contexte de défaillance hémodynamique de plusieurs fonctions viscérales. Depuis l'ouverture de la structure, il est recensé 40 séances de suppléance de la fonction cardiaque, 1000 séances par an de suppléance de la fonction rénale, 10 séances de suppléance d'oxygénation. Cette même structure a également la possibilité, dans la continuité de ces suppléances temporaires, d'assurer des suppléances définitives (greffe de cœur et de poumon).

L'ouverture d'une telle structure a bien entendu intégré les 2 grands objectifs de leur création, mais a également été accompagnée par la formation et l'évaluation de la compétence

de tout le personnel médical et paramédical impliqué dans la gestion de ce type de patients. Pour se faire, des formations universitaires et hospitalières ont été mises en place. Des outils de communication et d'information ont permis de valoriser ces activités, et le matériel biomédical mis à la disposition des soignants est d'une haute performance. Ces structures ont permis aux différentes équipes de spécialités médicales qui y travaillent de coupler leurs compétences. La qualité structurelle de ces nouveaux locaux et leurs redéfinitions logistiques apportent un potentiel de production et d'excellence de soins qui situe le CHU de Bordeaux dans ces domaines, comme un des tous premiers de France.

Pr Gérard Janvier



Équipe soins cardiopédiatrie

3

Un lieu de soins unique en France

La prise en charge globale de l'enfant et de l'adulte porteur d'une cardiopathie congénitale, assurée par l'ensemble des secteurs de cardiologie médicale et chirurgicale au sein d'un même bâtiment en font un lieu de soins unique en France.

La qualité des équipements du plateau hémodynamique, les compétences des équipes pluridisciplinaires médicales et paramédicales nous permettent de bénéficier d'un programme de cathétérisme interventionnel congénital et structurel, de techniques de diagnostic non invasif, (échographie, TDM et IRM) et de rythmologie de tout premier plan sans équivalent dans le grand Sud-Ouest. Le regroupement de l'expertise médicale, chirurgicale et de réanimation nous a amené à être reconnu centre de compétences pour la prise en charge des cardiopathies congénitales en France.

Dr Jean-Benoît Thambo



Recherche

Rien ne peut se faire sans le consentement du patient !

Outre ses fonctions de soin, le CHU de Bordeaux a aussi pour mission d'approfondir les connaissances en matière de santé. C'est pourquoi des équipes associant des personnels médicaux et paramédicaux ainsi que des professionnels de la recherche clinique travaillent quotidiennement pour mettre en œuvre des projets de recherche clinique dans les différents services du CHU de Bordeaux dans le respect de la loi et des bonnes pratiques.

Pourquoi réaliser une recherche clinique ?

Une recherche clinique est réalisée dans l'objectif d'améliorer les connaissances en santé et, au-delà, de faire naître les avancées thérapeutiques de demain. Elle se décline en plusieurs types de projets comme par exemple :

- les essais thérapeutiques qui évaluent l'efficacité et la tolérance des nouveaux médicaments ou autres prises en charge avant qu'ils ne soient proposés aux patients,
- les études physiopathologiques qui ont pour objectif de mieux comprendre les mécanismes biologiques impliqués dans les maladies,
- les études diagnostiques pour mettre au point de nouveaux tests de dépistage.

Quel qu'il soit, tout projet de recherche répond à une question scientifique pertinente et suffisamment claire pour être exposée aux patients avant sa participation.

Les patients sont toujours préalablement informés

Le patient est au cœur d'un projet de recherche clinique et doit disposer de toutes les informations nécessaires pour mettre en balance l'intérêt de sa participation à la recherche (pour lui-même et plus largement pour la société) avec les éventuelles contraintes de celle-ci (examens supplémentaires, suivi plus fréquent...). Avant toute chose, ces informations sont transmises oralement par un médecin investigateur qualifié et reprises sur un document écrit appelé « note d'information ». Tout patient est libre d'accepter ou de refuser de participer à une recherche clinique. Cette liberté est exercée en parfaite connaissance des avantages et des inconvénients de la recherche.

Le consentement du patient est requis

Aucune recherche ne peut être pratiquée sur un patient sans son accord de participation, qu'il soit écrit ou oral. Dans la plupart des cas et notamment pour un essai clinique, cet accord est donné par écrit, après un délai de réflexion, sur un formulaire de consentement. En aucun cas, ce formulaire n'a valeur d'engagement irréversible puisqu'à tout moment un patient l'ayant signé peut décider de ne plus participer à la recherche, sans aucune obligation de se justifier. Il continuera bien sûr à bénéficier des meilleurs soins qui peuvent lui être prodigués.

L'aval des autorités compétentes est indispensable

La loi française (*loi « Politique de santé publique » du 9 août 2004*) impose que les essais cliniques aient reçu l'avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) ainsi que l'autorisation de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS) qui évaluent le projet au regard de la protection des personnes et de la sécurité des procédures mises en œuvre dans le cadre de la recherche.

Les résultats sont accessibles

À l'issue de la recherche, un patient ayant participé à une étude peut avoir accès aux résultats de celle-ci. Ceci est rendu possible via plusieurs sites internet qui référencent les essais en France et à l'étranger comme celui de l'AFSSaPS ou de l'Institut National du Cancer (INCa), ou plus simplement en demandant au médecin investigateur qui lui a proposé la recherche.

Pour tout renseignement : recherche@chu-bordeaux.fr
Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

Passerelles à lu pour vous

« La recherche biomédicale : encadrement juridique - déontologie et éthique - cas de la thérapie génique »

Marie-Catherine Chemtob-Concé
Bordeaux : Les Études hospitalières, 2006. 2^e édition.

« Essais cliniques, quels risques ? »

Anne Laude, Didier Tabuteau,
Didier Houssin
Paris : PUF, 2007.

« Le déroulement des recherches biomédicales en France, du point de vue des personnes qui y participent » - Étude réalisée par le CHU Henri Mondor (AP-HP) et le Collège de France / Direction Générale de la Santé
Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2006.

Ça nous a fait sourire



Revue hospitalière de France, n°527
(mars/avril 2009)

Accréditation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour le laboratoire de virologie du CHU de Bordeaux



Le laboratoire de Virologie du CHU de Bordeaux couplé au laboratoire EA 2968 de l'Université de Bordeaux 2 a obtenu en juin 2009 une accréditation de l'OMS pour son activité au niveau de la résistance du VIH aux antirétroviraux. L'OMS a en effet mis en place une procédure

d'accréditation à trois niveaux : national, régional (au sens de l'OMS, c'est-à-dire pour une région géographique du monde) et spécialisé ; les laboratoires spécialisés sont les laboratoires de référence au niveau international et ce sont eux qui proposent et rédigent les recommandations de l'OMS dans le domaine de la résistance du VIH aux antirétroviraux.

En tenant compte de l'expérience internationale du laboratoire (le Professeur Hervé Fleury est expert dans ce groupe OMS depuis 2002, le Docteur Masquelier est co-responsable du groupe résistance à l'ANRS), du volume de publications de l'équipe, de son expérience de coopération avec des équipes de pays du sud (Algérie, Centrafrique, Cote d'Ivoire, Cambodge, Vietnam, Inde, Iran, Vénézuéla...), après une visite des locaux par une

délégation internationale (Brésil, Suisse, USA) et plusieurs contrôles de qualité (sous la responsabilité du Docteur Pinson, moniteur d'études biologiques de l'ANRS), le laboratoire du CHU de Bordeaux a été accrédité au niveau spécialisé ; il s'agit de la première accréditation d'un laboratoire de CHU en France. Cette accréditation positionne le CHU de Bordeaux comme un lieu reconnu de formation d'équipes étrangères, en particulier d'Afrique et d'Asie, dans le domaine du VIH.

■ Seuls 7 laboratoires au monde bénéficient de l'accréditation OMS au niveau spécialisé : Londres, Atlanta, Ottawa, Madrid, Utrecht et en France, Montpellier (Institut de recherche pour le développement, IRD) et le laboratoire de virologie du CHU de Bordeaux.

Travaux

Les grands chantiers du CHU...



Le CHU de Bordeaux est engagé de longue date dans une politique de modernisation et de rénovation continue de son patrimoine immobilier. Au service d'opérations de regroupements et de réorganisation des activités tant cliniques que logistiques ou encore techniques, les investissements réalisés ou en cours montrent le dynamisme de notre CHU. Cette forte volonté d'offrir aux patients de meilleures conditions d'accueil et d'hébergement est particulièrement marquée en cette fin de décennie.

En effet, avec la fin des chantiers du centre de cardiologie et de la maternité, l'année 2009 marque l'achèvement des opérations de travaux prévues au Plan Hôpital 2007, projet ambitieux et nécessaire dont l'étude a été engagée dès 2003 et qui aura été conduit à son terme en 2009.

Pour autant, d'autres réalisations, parfois moins « visibles », méritent aussi d'être soulignées, par ce qu'elles apportent aux patients et aux personnels.

Enfin, les projets ne manquent pas, l'évolution du CHU de Bordeaux étant loin d'être achevée. Gageons que la décennie qui vient sera également marquée par de belles et utiles réalisations !

Les réalisations les plus récentes

■ Groupe hospitalier Pellegrin

SAMU - Centre 15 : transfert du service depuis le bâtiment de l'école des sages-femmes dans le bâtiment hébergeant la néphrologie et la réanimation chirurgicale, en lien direct avec les urgences - octobre 2009.

Rhumatologie : après le transfert de l'urologie du Tondu vers le Tripode (11^e étage) en 2008 et le transfert de la rhumatologie également dans le Tripode (12^e étage), le Tondu est désormais dégagé de ses activités cliniques - août 2009.

Plate-forme de recherche clinique en neuropsychopharmacologie - GENPHASS : l'implantation du Neuropôle - CIC-P vient compléter et renforcer la création d'une plate-forme de recherche « Sommeil et conduite » réalisée en 2008 au 13^e étage du Tripode - octobre 2009.

■ Groupe hospitalier Saint-André

Extension et relocalisation des consultations de cancérologie et de radiothérapie - juillet 2009

■ Groupe hospitalier Sud



Hélistation : création d'une hélistation en terrasse du centre de cardiologie (liaison

avec le service des urgences et l'imagerie) et de passerelles d'accès pompiers en façade - juillet 2009.

■ Création d'un bâtiment destiné à l'implantation d'un Tomographe à Emission de Positons (TEP)

destiné à la recherche clinique en partenariat avec l'université Bordeaux 2 - septembre 2009.

■ Schéma Directeur de la logistique

Extension de la blanchisserie pour implantation d'un tunnel de lavage - divers travaux d'amélioration des conditions de travail - octobre 2009.

*Patrick Compagnon,
Directeur des Travaux et de l'Ingénierie*

Soins Les tics

Une pathologie invalidante et mal connue

En janvier 2008, s'est ouverte au CHU de Bordeaux **une consultation multidisciplinaire pour la prise en charge des tics de l'enfant et de l'adulte.**

Particulièrement fréquents chez l'enfant, les tics ont tendance à s'atténuer ou à disparaître au moment de l'adolescence. Néanmoins, dans un nombre important de cas, la pathologie est très invalidante sur le plan social, que ce soit du fait de la sévérité de la symptomatologie qui rentre dans le cadre du syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) ou des comorbidités fréquemment associées (troubles obsessionnel-compulsifs ou TOC, syndrome hyperactivité-trouble de l'attention ou TDA/H).

La structure mise en place au sein du CHU de Bordeaux propose une prise en charge diagnostique et thérapeutique multidisciplinaire (neurologique, psychiatrique, psychologique). Cette équipe s'intéresse notamment aux thérapies cognitivo-comportementales qui représentent une voie prometteuse pour la prise en charge de ces patients. Elle s'inscrit dans le réseau national des centres de compétence-maladie rare SGT.



De gauche à droite : Dr Jean-Philippe Rénéric, Pr Pierre Burbaud, Dr Annie McLeod

Qu'est qu'un tic ?

Les tics correspondent à un ensemble de mouvements soudains, répétitifs, parfois stéréotypés, à des sons ou des vocalisations représentant des fragments de comportements normaux qui apparaissent en dehors de leur contexte habituel.

Dans certaines formes, la sévérité de la symptomatologie justifie la catégorisation de ces tics en un syndrome particulier : le SGT. Ce dernier correspond à une pathologie neuropsychiatrique chronique extrêmement invalidante qui touche les sphères comportementales, émotionnelles, cognitives et sociales. Il existe une importante comorbidité entre le SGT et d'autres troubles psychiatriques comme les TOC et le syndrome TDA/H.

La gêne fonctionnelle occasionnée par le SGT est souvent majeure et aboutit dans bien des cas à une marginalisation des patients alors même qu'ils ont une intelligence normale, voire supérieure à la

normale. L'incidence du SGT dans la population générale se situerait autour de 4 à 5 / 10⁵ habitants mais ce chiffre est sans doute sous-estimé.

La présentation des tics est extrêmement variable, allant de tics moteurs simples (reniflements, clignements des yeux, toux répétitive) jusqu'à des tics qualifiés de complexes se traduisant par des sauts, des atouchements personnels ou extra-personnels, des séquences motrices plus ou moins complexes, des imitations gestuelles (échopraxies) et surtout des vocalisations.

Ces dernières vont de vocalisations discrètes à des cris violents, des aboiements, une écholalie (répétition des mots d'autrui), une coprolalie (besoin irrépressible de prononcer des mots orduriers). Il faut rajouter outre les co-morbidités déjà mentionnées, des automutilations (morsures de lèvres, de langue, érosions cutanées mais également lésions oculaires, voire énucléation).

Pourquoi des tics ?

Une des caractéristiques des tics est leur suggestibilité et leur suppression possible sous l'effet de la

volonté. Le plus souvent, les patients peuvent les contrôler sur des périodes de temps plus ou moins longues. Cependant ce processus de contrôle s'accompagne d'une tension interne qui aboutit à un effet rebond.

Le caractère répétitif et stéréotypé des tics, le sentiment de tension qui les précède, les épisodes de « rage » parfois observés chez certains sujets et leur développement précoce chez l'enfant suggèrent que les tics puissent avoir un point de départ émotionnel qui s'exprimera in fine sous une forme motrice.

Ces éléments laissent à penser que les tics pourraient être en rapport avec un dysfonctionnement de certaines régions profondes du cerveau (ganglions de la base) aboutissant à une mauvaise planification des comportements. Au cours du développement normal, le cortex cérébral colonise de façon progressive les ganglions de la base contrôlant par de là même leur fonctionnement. Dans les tics, ce processus semble altéré.

Bien que l'origine du SGT ne soit pas connue, certains facteurs prédisposants prénataux, périnataux, ou génétiques ont été mis en évidence. Cependant, c'est surtout

l'hypothèse immunologique post-infectieuse qui a retenu l'attention au cours des dernières années. Le SGT semble en effet plus fréquent chez des enfants ayant présenté des infections streptococciques à répétitions telles que des angines. Néanmoins, les progrès essentiels dans la compréhension de la physiopathologie du SGT ont été faits grâce à l'imagerie fonctionnelle qui a permis de montrer la mise en jeu anormale d'un réseau d'aires corticales préfrontales et prémotrices avant l'émergence du tic et lors de son expression.

Comment traiter les tics ?

L'idée d'une hyperactivité du système dopaminergique (un des neurotransmetteurs du cerveau) dans les tics a depuis longtemps conduit à proposer les neuroleptiques (agents bloquants de la dopamine) pour leur traitement. Les neuroleptiques classiques restent un traitement de référence mais ils présentent de nombreux effets secondaires qui limitent leur utilisation, notamment chez l'enfant.

Depuis quelques années sont apparus des neuroleptiques de

nouvelle génération qui ont moins d'effets secondaires. Néanmoins, le risque d'altération cognitive, compromettant la scolarité, limite leur utilisation aux formes les plus sévères.

Chez des patients présentant un handicap particulièrement lourd, la stimulation cérébrale profonde représente un espoir mais son intérêt sur le long terme reste à être évalué.

Il n'existe donc pas actuellement de traitement médicamenteux totalement satisfaisant à la fois en termes d'efficacité et de tolérance. Parmi les thérapeutiques alternatives, les thérapies cognitives et comportementales (TCC), issues des théories du conditionnement

et de l'apprentissage ouvrent des perspectives intéressantes. Leur utilisation dans la prise en charge du SGT n'est pas nouvelle mais jusqu'ici la plupart des données s'appuyaient sur des cas individuels, de petites séries, ou une technique isolée.

Les équipes du CHU de Bordeaux ont développé une technique originale s'appuyant sur les concepts théoriques de la psychologie cognitive et des neurosciences.

Les stratégies mise en place nécessitent un apprentissage et un entraînement assidu, impliquant le respect des consultations prévues, et la mise en application des procédures en dehors des consultations. Ces

techniques appliquées précocement sont susceptibles de permettre un meilleur développement de l'enfant, tant d'un point de vue neurophysiologique que socio-affectif avec pour objectif d'améliorer sa qualité de vie ainsi que celle de sa famille. Il est prévu d'évaluer l'efficacité de cette technique en 2010 dans le cadre d'un projet de recherche clinique national.

Par ailleurs, la mise en place d'un réseau de correspondants libéraux de type ville-hôpital est en cours d'étude.

Propos recueillis par Dominique Selighini auprès du Pr Pierre Burbaud



Où s'adresser ?

Consultation multidisciplinaire « tics » - service d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux - Pr P. Burbaud (Pellegrin, 2^e étage) - 1^{er} vendredi de chaque mois.

La consultation est assurée conjointement par : le Pr P. Burbaud - neurologue, le Dr JP Rénéric - pédopsychiatre et le Dr A. Mc Leod - neuropsychologue.

Secrétariat - rendez-vous : Tél. 05 56 79 55 13

Formation



Une démarche partenariale dans la mise en œuvre du nouveau référentiel de formation infirmière

Annoncé depuis 3 ans, le nouveau référentiel de formation infirmière est enfin publié le 15 août 2009. Il est l'aboutissement de deux années de réflexion et de travaux initiés par la DHOS¹ sur le métier d'infirmier, les compétences requises et les savoirs nécessaires à son exercice. Le référentiel d'activités et celui des compétences² sont les éléments centraux autour desquels le nouveau programme a été pensé et construit. Il s'agit d'un changement radical, porteur parfois d'inquiétude.

Quid du changement ?

La formation, organisée sous le mode LMD³, se déroule sur 3 années universitaires et intègre le découpage lié aux 2 mois de vacances d'été. Cette évolution implique la formalisation d'un partenariat entre l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 et les IFSI d'Aquitaine, dont ceux du CHU de Bordeaux. La place de chacun devra être définie au regard de la mission à atteindre : une formation professionnelle en soins infirmiers.

La formation, définie par l'arrêté⁴ du 31 août 2009 relatif au DE précise les contenus des UE⁵ assortis des moyens et méthodes de certification ainsi que des méthodes pédagogiques.

L'anglais fait son apparition, inscrivant les infirmières dans un contexte de recherche et de mobilité internationale.

Il semble que tout soit mis en œuvre pour harmoniser les exigences de la formation sur l'ensemble des IFSI, avec à terme la possibilité d'un label qualité.

Des évolutions pour l'encadrement

Ce programme, contrairement au précédent est réellement nouveau dans sa conception. Si le stage constitue toujours un temps fort de la formation dans laquelle l'apprentissage clinique est valorisé, il suppose pour les IFSI et les terrains d'application un partenariat fortement renforcé, très professionnalisant, avec des méthodes pédagogiques différentes faisant appel à l'engagement des étudiants et au développement de leur autonomie dans l'apprentissage.

Les stages font l'objet d'une procédure de validation en co-responsabilité IFSI/stages. Les modalités d'encadrement officialisent des rôles déjà plus ou moins formalisés des tuteurs, des maîtres de stage, et la place de l'infirmier référent est enfin reconnue.

Anticipation d'une démarche partenariale IFSI/terrains de stage

La collaboration IFSI/terrains de stage est le point essentiel pour une appropriation

progressive de ce référentiel de formation. Aussi les équipes pédagogiques des IFSI du CHU (Xavier Arnozan et Pellegrin) ont, dès février 2009, initié une démarche partenariale avec plus de 35 réunions d'information et de réflexion avec les différents acteurs de stage des secteurs publics et privés.

Ces réunions avaient aussi pour ambition de convaincre les participants de l'intérêt de cette nouvelle organisation des études pour la profession infirmière.

Le nouveau programme de formation en soins infirmiers est une véritable chance et une formidable opportunité pour l'attractivité et la revalorisation de la profession.

*Christine Noé, Françoise Poirier
IFSI Pellegrin, IFSI Xavier Arnozan
Directeurs des soins*

¹ DHOS : Direction hospitalisation et Organisation de la Santé

² Le référentiel d'activités et le référentiel de compétences sont consultables sur Intranet, direction des soins.

³ Licence, Master, Doctorat.

⁴ Arrêté du 31 juillet 2009, Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarités n°2009/7 du 15.08.09, p. 246.

⁵ UE : unités d'enseignements.



Journée Inter Soins Aquitaine

22 octobre 2009

La journée Inter Soins Aquitaine organisée au mois d'octobre poursuit l'objectif de valoriser les pratiques de soins dans le cadre de présentations orales et de posters présentés par des équipes paramédicales des centres hospitaliers d'Aquitaine et du CHU.

Depuis l'année dernière le comité d'organisation a souhaité intégrer d'autres CHU dans cette dynamique afin de créer de véritables passerelles de dialogues et de rencontres.

De plus, dans le contexte de mise en place du dispositif LMD (Licence – Master- Doctorat) et de partenariat, les instituts de formations en soins infirmiers sont associés à cette journée.

Livret d'accueil du patient

Nouvelle version

Très prochainement, l'ensemble des services de soins et les services d'admission frais de séjours du CHU recevront la dernière édition du livret d'accueil. À cette occasion, une procédure de réapprovisionnement des stocks sera communiquée à l'ensemble de l'encadrement.



Les formations 2010 sont accessibles en ligne sur www.chu-bordeaux.fr

3^e Congrès Interrégional de la Fédération Hospitalière de France

Hôpitaux, EHPAD : quelles communautés sur les territoires, pour quels desseins ?



Le troisième congrès interrégional des Fédérations Hospitalières de France des régions Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes aura lieu les 29 et 30 octobre 2009 à La Rochelle. L'occasion pour les décideurs des établissements des secteurs sanitaire, social, médico-social, ainsi que les professionnels de santé du grand Sud-Ouest, de

se retrouver afin d'échanger sur leurs préoccupations, leurs pratiques et leurs expériences dans le cadre des réformes en cours.

Sessions plénière, tables rondes et travaux en atelier seront au programme de ce troisième congrès qui mettra l'accent sur la nouvelle approche territoriale en prenant notamment en

compte le périmètre des CHT, la gouvernance, les enjeux du médico-social et la notion d'efficacité. La présence d'experts et de grands témoins viendra enrichir les débats et les échanges avec les participants.

Renseignements et inscriptions : <http://federation.fhf.fr/Federation/Federations-regionales/Aquitaine>



Directeur de la publication : Alain Hériaud
 Rédacteur en chef : Chantal Lachenaye-Llanas
 Direction de la communication : Frédérique Albertoni, Lydie Gillard
 Comité de rédaction : Fatima Bencheikroun, Joël Berque, Luc Durand, Marie-Hélène Lefort, Marie-Yvonne Morin, Tiphaine Raguanel, Pierre Rizzo, Dominique Selighini, Isabelle Talaga-Grabowski
 Photos : Isabelle Balligand, Philippe Dufour - CHU de Bordeaux, Pascal Alix - agence Phanie, Jean-Bernard Nadeau
 Conception : O tempora - 05 56 81 01 11
 Impression : Sodal - Label Imprim'vert
 Imprimé avec encres végétales sur Oxygen, papier 100% recyclé
 ISSN n°1258 - 6242