



10

**Ateliers
de simulation**
Une formation
format XXL

21

Thérapie fœtale
Un nouveau-né
sauvé *in utero*

13

Pédiatrie

**Le soin
à hauteur d'enfant**

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON



Alice vit à 100 à l'heure. Pour sa santé, elle n'a pas hésité une seconde.

MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers

Couverture santé, maintien de salaire, pack service vie pro

Informations pratiques

6 mois offerts



Toutes les informations sur nos offres dédiées aux personnels hospitaliers en flashant le QR code



Devis et adhésion en ligne
6 mois de cotisation offerts
(sous conditions)



Faites un
devis en
ligne en
cliquant
ici



MGEN. On s'engage mutuellement



avril 2026
n° 205

sommair

4

La question

Fake news, médecine et hôpital public : face à la désinformation, comment agir ?



6

Actus

Stratégie 2035 : une vision, des expérimentations

10

Reportage

Simulation en santé : perfuser en toute sérénité

13

360°

La pédiatrie, un soin pour préserver la vie



21

Soins

Thérapie fœtale : un nouveau-né sauvé *in utero* d'une tumeur vasculaire

22

Team HCL

Une démarche qualité inédite en dialyse pédiatrique

24

Partenariat

Représentants des usagers, un engagement au service de la santé publique

**Recherche**

Dre Alice Koenig, en première ligne des nouvelles thérapies

26

Photo de couverture : Dr Delphine Demède, urologue et cheffe de service adjointe à l'HFME.
Photo : FF - DMC.

Directeur de la publication : Raymond Le Moign, directeur général.
Directrice de la rédaction : Eve Robert, directrice générale adjointe.
Rédacteur en chef : Fabien Franco.
Rédaction : Justine Audry, Fabien Franco, Anaïs Jenzer, Thomas Lacondemine, Charline Lenormand, Pauline Maurel, Anne Robert.
Secrétariat de rédaction : Atelier les Éclaireurs.
Infographie : Atelier Grève-Viallon, Fabien Franco. **Photographes :** DMC, FF, DR.
Maquette : Du bruit au balcon. **Mise en page :** Atelier Grève-Viallon.
Impression : Imprimerie Inexio, 69007 Lyon. **Publicité :** AF Communication
25 500 ex. Numéro clôturé le 17 mars 2025.
Toute reproduction, même partielle, interdite. N°ISSN : 0980-3475

Envie de partager une info ? Une suggestion ?

Envoyez un mail pour nous en parler : infos.chu@chu-lyon.fr
Appelez-nous : 04 72 40 70 53 ou 04 72 40 74 47

Rejoignez les HCL sur les réseaux sociaux



Team HCL



Recherche



Patients

Fake news, médecine et hôpital public

Face à la désinformation, comment agir ?

Chaque jour, des millions d'informations circulent dans l'espace numérique. Parmi celles-ci de fausses informations fragilisent notre système de santé et mettent en jeu la santé des citoyens.

La désinformation en santé au cœur du débat cet automne

Dans le cadre de la lutte contre la désinformation en santé, les HCL annoncent la tenue d'une conférence à l'automne 2026. Organisée en collaboration avec le Think tank Evidences, dont la mission est de promouvoir une vision renouvelée du progrès scientifique et technique au sein de la société, ce rendez-vous ouvert à tous permettra de mieux comprendre les enjeux de la désinformation en santé pour lutter efficacement contre ses conséquences. Promotion de la pensée critique, rôle de l'expertise scientifique dans la décision publique, soutien à la recherche comme levier de progrès sanitaire et social et de souveraineté, les débats fondés sur des données probantes promettent de préparer la riposte à ce qui est déjà une réalité qui fragilise notre système de santé. Plus d'infos à venir.

La désinformation à la une de la revue *CDIP-Infos* des HCL

Le millième numéro de la revue *CDIP-Infos* des HCL¹ consacre un dossier spécial à la lutte contre la désinformation en santé. S'appuyant sur plusieurs études, le dossier met en lumière les mécanismes psychologiques à l'œuvre dans la propagation de ces contenus trompeurs. Et revient sur le rôle essentiel du pharmacien dans la lutte contre la désinformation en santé. Pour s'abonner à *CDPI-Infos* : cdip.pchhcl@chu-lyon.fr et accessible dans Pixel.

» 1

La revue du centre de documentation et d'information pharmaceutiques est envoyée chaque semaine à plus de 500 abonnés.



Raymond Le Moign,
directeur
général
des HCL

Inspirer confiance par la transparence

Dans un environnement informationnel saturé par les réseaux sociaux et la surpuissance de l'intelligence artificielle, le CHU de Lyon doit contribuer à la lutte contre la désinformation en santé, dont l'impact sur les patients peut entraîner des retards de diagnostic, une contestation des soins et une relation soignant-soigné plus conflictuelle. Elle expose également les professionnels au harcèlement sur les réseaux sociaux, poussant certains experts à se taire et laissant l'espace médiatique à des voix moins compétentes. Le CHU peut même devenir une cible symbolique ou politique pour ceux qui cherchent à fragiliser la parole scientifique. Animés par une culture de la rigueur scientifique et de l'action en santé par la preuve*, les HCL, en lien avec l'université Lyon 1, poursuivent quatre objectifs : accompagner les personnes confrontées à la désinformation ou au harcèlement ; incarner une voix crédible pour expliquer les enjeux de santé, sans entrer dans le débat d'opinion ; former étudiants, professionnels et associations de patients à l'esprit critique ; protéger la parole scientifique dans le respect de la déontologie et de la liberté académique. La littératie en santé en tant qu'elle transforme le citoyen en patient éclairé constitue un levier parmi d'autres pour distinguer les faits des croyances et améliorer l'adhésion aux soins, même si l'approche rationnelle montre ses limites face à la rapidité de diffusion de la désinformation, aux biais cognitifs et à des enjeux industriels ou idéologiques dépassant le cadre hospitalier. Le CHU revendique ainsi son rôle d'établissement public de référence, qui doit inspirer confiance par la transparence, la cohérence des messages, l'acceptation de l'incertitude scientifique et le respect des patients.

* Cf. : « Être le CHU de la médecine experte, personnalisée et pertinente », ambition du projet Stratégie 2035 des HCL.



Matthieu Lebrat,
pharmacien
assistant hospitalier
universitaire à la
pharmacie centrale
des HCL

La lutte est permanente

Les pharmaciens ont un rôle à jouer dans la lutte contre la désinformation en santé. Ils assument des missions de prévention, de traitement et de suivi des patients. Ils sont les professionnels de santé les plus accessibles avec trente officines et plus de trois pharmacies à usage intérieur pour 100 000 habitants en France. Du fait de ce maillage territorial, l'enjeu est primordial. Ancrés dans leur territoire, investis dans la santé publique (vaccination, tests, dépistages, etc.), ils accompagnent les citoyens au quotidien. Formés à l'analyse critique, aux raisonnements scientifiques, ils ont le devoir d'informer en restant fidèles à la rigueur scientifique. Dans le contexte actuel d'inflation informationnelle, cette responsabilité prend davantage de poids. Sont requis humilité et diplomatie : évitons les messages clivants, binaires et polarisés. Face à des personnes convaincues, il faut de l'énergie pour engager le dialogue. La

lutte est permanente et il n'y aura jamais rien d'acquis. Que ce soit en officine ou à l'hôpital, lutter contre la désinformation en santé exige d'avoir du temps. C'est pourquoi la littératie en santé* représente un vrai challenge. Car la désinformation en santé augmente la défiance envers les autorités sanitaires, les recours à des soins non optimaux, l'usage de produits de santé en dehors des circuits légaux, etc. Ainsi, il nous appartient de bien informer pour bien traiter.

*La littératie en santé désigne la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, maintenir et améliorer sa santé et celle de son entourage.

Sanctionner les désinformateurs

Hervé Maisonneuve
médecin, corédacteur du rapport
ministériel sur l'information en santé



Nous sommes tous acteurs de la désinformation, de manière volontaire ou non. Les citoyens ne distinguent souvent pas les faits des opinions. Sur les réseaux sociaux, nous sommes plus exposés à la désinformation qu'à la bonne information, car l'émotionnel y circule plus vite. Et lorsqu'un professionnel en « blouse blanche » relaie de fausses informations, l'impact est dévastateur. Pour agir et inverser la tendance, une mobilisation générale est nécessaire. Développons l'esprit critique et une culture citoyenne en santé. Instaurons un plan public d'information et de lutte contre la désinformation pour chaque hôpital et université, avec une introspection régulière sur les pratiques de production et de diffusion de l'information et un affichage clair des ambitions et des priorités de

l'institution. Créons un InfoScore Santé qui permettrait de qualifier la fiabilité de toutes les informations en santé en vérifiant les sources, l'absence de revues prédatrices et les liens d'intérêt. Formons les professionnels de santé à la littératie et bannissons la labellisation académique des pratiques de soins non conventionnelles (PSNC) et non validées. Faisons de l'infodémiologie une priorité de recherche pour décrypter récits, algorithmes, comportements et modèles économiques. Sanctionnons les désinformateurs, protégeons les scientifiques et créons un observatoire national de l'information en santé. Enfin, agissons au niveau européen pour considérer les réseaux sociaux comme des médias ayant une responsabilité éditoriale.

Information en santé : protéger la santé des citoyens

Le 12 janvier 2026, la ministre de la Santé s'est vu remettre le rapport sur l'information en santé, dévoilant à cette occasion la stratégie de lutte contre la désinformation. Les auteurs du rapport se sont appuyés sur 156 entretiens impliquant 270 experts et acteurs du secteur. Ils dénoncent une « désinformation devenue massive, jusqu'à menacer l'existence même des systèmes de santé tels que nous les connaissons. Avec, comme corollaires, le retour de maladies que l'on pensait éradiquées, une augmentation de la mortalité infantile et un abaissement de l'espérance de vie. » Le rapport est sans appel : la désinformation touche des domaines vitaux comme la vaccination, les traitements du cancer, l'alimentation ou la santé mentale. Le rapport souligne la variété des acteurs : influenceurs en quête d'audience, groupes complotistes, mais aussi certains professionnels de santé « dévoyés » ou des lobbys industriels (tabac, alcool, agro-alimentaire) utilisant la création de doute pour protéger leurs intérêts. Les auteurs plaident pour une mobilisation collective et structurée, estimant que seule une réponse coordonnée entre l'État, les institutions scientifiques, les médias et les plateformes numériques permettra de restaurer la confiance et de protéger la santé des citoyens.

Lire le
rapport sur
Pixel et ici :



Projet stratégique 2035

Une vision, des expérimentations



Face aux défis du vieillissement de la population, de l'accélération technologique et de la transition environnementale, les HCL ont lancé leur projet stratégique « Construire la santé de demain » à l'horizon 2035. Focus sur trois expérimentations innovantes, visibles sur le terrain.

Ancrer la prévention dans le quotidien des professionnels des HCL

Prendre soin de ceux qui soignent, c'est l'ambition de DePPro (dépistage personnalisé pour les professionnels), une expérimentation inédite déployée aux HCL. Développée sous la conduite scientifique de deux médecins des HCL, la plateforme numérique Lianeli propose un bilan de prévention complet en moins de sept minutes. À partir des antécédents médicaux, de l'histoire familiale et du mode de vie, l'outil analyse plus de trente pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.), et s'appuie sur les recommandations officielles de la Haute autorité de Santé (HAS). « C'est comme un guide personnalisé pour prendre soin de sa santé, adapté à nos besoins et pouvant permettre d'éviter jusqu'à une trentaine de maladies », résume Adèle Perrin, chargée d'étude au service 3P (promotion, prévention et santé populationnelle).

« Au bilan en ligne s'ajoute une consultation infirmière du service de médecine de santé au travail venant compléter les résultats »,

précise la Dre Sandrine Touzet. L'objectif étant d'appliquer les recommandations d'une manière concrète et adaptée à chaque situation. Les données sont chiffrées, protégées par une authentification à deux facteurs et accessibles via Pro Santé Connect. L'utilisateur reste maître du partage de ses informations et choisit les professionnels de santé avec lesquels il souhaite les partager. Pilotée par le service 3P et le service de médecine de santé au travail du groupement hospitalier Est (GHE), DePPro est proposée gratuitement à l'ensemble des professionnels du GHE jusqu'en avril 2027. Après un an d'expérimentation, un déploiement à l'échelle de tous les HCL pourrait être envisagé, sous réserve d'indicateurs d'évaluation concluants et de financements dédiés.

Les RH font le pari de l'intelligence collective

Ce projet de recrutement en équipe fait appel à l'intelligence collective. De quoi s'agit-il ? La volonté est de croiser les regards et les compétences pour fiabiliser le recrutement et en faire un espace de coopération. Le pari est que le recrutement en équipe renforce la qualité, l'objectivité et l'adhésion aux décisions de recrutement grâce à l'approche collective.

La phase pilote concerne des cadres dotés d'une forte expertise métier (administratif, technique, soin). Ces recruteurs et les équipes volontaires doivent avoir trois recrutements à réaliser dans les six mois, soit un total de quinze recrutements à l'échelle de l'expérimentation. Le processus prévoit deux entretiens par candidat, en privilégiant le format en binôme.

Le projet s'appuie sur des outils communs (définition de

procédures de recrutement, de critères d'évaluation partagés et de comptes-rendus d'entretien standardisés), la formation des managers et recruteurs pilotes avec le soutien du pôle Recrutement et la mise en place d'un processus de prise de décision collective défini en amont. Dernière étape : l'évaluation qui portera sur la qualité des recrutements, la durée du processus, l'adhésion des acteurs et le ressenti des candidats.

Des regards créatifs et visionnaires

Intelligence collective encore avec les salles de créativité. La première a vu le jour à l'hôpital Édouard Herriot en 2024 (lire sur Pixel). Deux ans plus tard, une deuxième salle a ouvert ses portes à l'hôpital de la Croix-Rouge. « Cette salle est un lieu ressource, avec des outils, des fiches techniques, un mobilier adapté, conçu pour faire émerger l'intelligence collective », précise Aurélie Ingelaere, directrice référente du pôle Gone et directrice de la qualité et des relations avec les usagers du GHN.

La conviction, ici, est que l'intelligence collective est un moteur puissant d'action et de transformation. La volonté est de croiser les regards, stimuler la créativité et, *in fine*, d'innover pour préparer l'hôpital d'aujourd'hui à affronter les défis de demain. Toutes les équipes inscrites dans une démarche de projet sont susceptibles d'y recourir. La créativité ne naît pas par magie, c'est une question de méthode. Dix-neuf professionnels (médecins, ingénieurs, agents administratifs, cadres, directeurs) ont déjà été formés aux méthodes d'animation pour accompagner des équipes prêtes à sortir des sentiers battus. Une journée portes ouvertes est prévue le 23 avril pour découvrir cette autre manière de travailler.

» Pixel : « Projet stratégique : les équipes d'animation de programmes à pied d'œuvre »

« Voie orale first »

Quand l'efficacité thérapeutique devient aussi écologique

À efficacité thérapeutique équivalente, la voie orale s'impose de plus en plus comme une alternative vertueuse à la voie intraveineuse. Le programme EPEE entend concilier qualité des soins, pertinence des prescriptions et écoresponsabilité. Décryptage par la Dre Carole Paillet, cheffe du pôle pharmaceutique des HCL.



Quels sont les bénéfices de l'utilisation de la voie orale par rapport à la voie intraveineuse, notamment pour le patient et le personnel soignant ?

À efficacité thérapeutique équivalente, l'administration par voie orale présente de nombreux avantages. D'abord, la diminution des coûts de prise en charge, le prix du médicament étant très largement inférieur ; par exemple 1 g de paracétamol en gélule coûte 20 cts alors que 1 g de paracétamol injectable coûte 70 cts, sans même compter tout le matériel nécessaire à la perfusion. La diminution des effets indésirables liés à la perfusion tels que la douleur et le risque infectieux notamment. Enfin, l'augmentation du confort du patient, l'administration étant plus facile. La moindre mobilisation de temps infirmier, sachant qu'une perfusion doit être préparée, posée, surveillée, retirée. La moindre production de déchets, lors d'une administration par voie intraveineuse, il faut éliminer la poche de médicament, la voie d'abord, le perfuseur... La bascule sur une administration par voie orale est donc plus efficace et plus écoresponsable.

Quels sont les objectifs du programme EPEE concernant la qualité des soins, la maîtrise des coûts et la gestion des prescriptions ?

Les objectifs du programme EPEE (pour efficacité, pertinence, écoengagement, NDR) sont de repenser nos pratiques sans jamais dégrader la qualité des soins dispensés. Il s'agit de proposer des actions visant à optimiser les ressources et les coûts, à promouvoir la justesse des prescriptions au regard des besoins

cliniques du patient et des données de la science et à réduire l'impact environnemental de nos stratégies thérapeutiques.

Vingt-deux médicaments ont été identifiés comme ayant la même efficacité selon différentes voies d'administration. Ce volume est-il amené à évoluer ?

La liste élaborée a fait l'objet d'une analyse scientifique rigoureuse pour valider l'équivalence d'efficacité entre les deux voies d'administration. Nous avons choisi des molécules prescrites très fréquemment et quasiment dans tous les services. L'enjeu est donc de mobiliser largement : les prescripteurs, qui doivent avoir le réflexe de « voie orale first », les soignants, qui doivent être convaincus de dispenser des soins de qualité, les patients que l'on doit convaincre que la prise en charge est adaptée à leur situation. La bascule intraveineuse/voie orale n'est qu'une première action d'envergure dans le cadre du programme EPEE. D'autres actions suivront courant 2026, basées sur les trois piliers du programme.

Cette gélule est aussi prescrite pour diminuer le volume de nos déchets.

- Une dose plus courte de jours et de jours
- Une réduction des pratiques de soins
- Une réduction des déchets
- Innovant, prévenant les déchets par une prise orale par voie orale first par vos soins.

Moins d'IV, on y va ?

HCL

Ces recommandations de pratique médicamenteuse s'inscrivent dans le dispositif EPEE.

ε bref ↙



GCS HOURAA

Cap sur le label européen en cancérologie

Le GCS HOURAA intègre le réseau européen en cancérologie avec l'ambition d'obtenir la labellisation européenne *EU Comprehensive Cancer Centre*. Porté par les quatre CHU de la région, le projet vise à renforcer la complémentarité des expertises, l'harmonisation des organisations et la lisibilité des parcours en cancérologie à l'échelle régionale. Une première phase d'autoévaluation sera menée en 2026 dans cinq parcours, avec l'ambition *in fine* de structurer l'ensemble des parcours des patients atteints de cancer.



Handicap

Renforcer nos pratiques pour un accueil plus inclusif

Les HCL déploient une formation socle dédiée à l'accueil et à l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap. Conçue et testée par les référents handicap des HCL, elle vise à renforcer les compétences des professionnels et à promouvoir une culture commune de l'inclusion. Elle permet de mieux comprendre les différents types de handicap et leurs impacts dans le parcours de soins. Inscrivez-vous auprès de l'encadrement de votre service.

→ Plus d'infos sur Pixel.

REC²CLIN

Quand la recherche clinique s'engage pour l'environnement

Décarboner les pratiques et renforcer les liens entre l'hôpital et son territoire : tel est l'objectif du projet REC²CLIN. Lancée en 2024 et lauréate de l'appel à projets interne RSE des HCL, cette initiative vise à réduire le gaspillage généré par la recherche clinique, avec déjà des résultats concrets.

À l'origine du projet, une étude pilote a mis en évidence la destruction annuelle de volumes importants de kits de biologie centralisée neufs et non souillés en fin d'essais cliniques. Un gaspillage à l'impact à la fois économique et environnemental, auquel REC²CLIN apporte une réponse : la réutilisation par le don. Pour passer de l'idée à l'action, les équipes ont mené un travail de terrain auprès des acteurs de la recherche clinique. Questionnaires, échanges et visites ont permis de cartographier les pratiques et d'identifier les stocks de consommables au sein des groupements hospitaliers. Cette démarche a révélé de nombreuses initiatives locales et, surtout, des quantités significatives de matériel mobilisable à l'échelle des HCL.

Deux collectes pilotes ont ensuite été menées à l'hôpital Édouard Herriot, à un mois d'intervalle, afin de tester la logistique et qualifier le matériel récupérable. Bilan : onze pavillons visités, plus de 100 références et près de 4 000 articles triés et recensés à chaque collecte. Une troisième opération, fin janvier, ainsi qu'une collecte sur le groupement Est à l'hôpital Pierre Wertheimer, ont permis de consolider les volumes et d'identifier des flux récurrents. En parallèle, plusieurs débouchés externes ont été explorés. L'Académie de Lyon, VetAgro Sup et des associations d'enseignants en sciences ont manifesté un fort intérêt pour ces dons, confirmant la pertinence du dispositif. Un prototype de plateforme numérique de mise en relation a également été développé et sera prochainement testé avec un premier partenaire.

Présenté lors du colloque Développement durable des HCL, REC²CLIN poursuit son ambition : réduire le gaspillage, décarboner la recherche clinique et construire des synergies durables entre l'hôpital et son territoire.

la photo



Sur l'hôpital Louis Pradel s'affiche, depuis mars 2026, ce qui semble être une évidence : les HCL prennent soin de tous. En tant que centre hospitalo-universitaire, les Hospices Civils de Lyon incarnent un service public hospitalier universel. Chaque jour, les professionnels accomplissent leur mission de soin, de recherche et d'enseignement au service de tous les patients, quelle que soit leur pathologie, sans aucune discrimination. Continuité des soins, égalité de traitement, respect des principes qui fondent notre démocratie : ces valeurs guident leur engagement quotidien, avec l'ambition de répondre au mieux à l'intérêt général.

Le chiffre

83

C'est le nombre de patients accueillis au Hub prévention cardiovasculaire et métabolique de l'hôpital Louis Pradel, de son ouverture en septembre 2025 à janvier 2026. Activité physique, alimentation, sevrage tabagique, gestion de l'anxiété et de la dépression, ici l'accompagnement est personnalisé et coordonné par une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins, infirmières, diététiciens... ainsi que d'un pharmacien et d'un psychiatre. Le but ? Améliorer la prévention en prenant en compte tous les facteurs de risques.

→ Découvrir le Hub Prévention en vidéo
| Média | Hospices Civils de Lyon - CHU de Lyon

Urgences adultes

Une nouvelle dynamique territoriale pour le GHT Val Rhône Centre

Avec 206 288 passages en 2025, les urgences adultes du GHT Val Rhône Centre confirment leur rôle central dans l'accès aux soins urgents. Face à cette activité soutenue et aux enjeux de coordination territoriale, une fédération médicale interhospitalière des urgences adultes (FMIHU) portée par les HCL voit le jour.

Les services d'urgences du GHT, ce sont cinq services d'urgences adultes – aux HCL (hôpitaux Édouard Herriot, Lyon Sud et Croix-Rousse), au CH de Vienne et au CH de Givors –, le Samu/Sas 69, quatre Smur terrestres et un héliporté. Un dispositif complété par les filières d'aval de l'ensemble des établissements du GHT et par des liens étroits avec la médecine de ville. La création de cette fédération interhospitalière porte l'ambition de garantir à chaque patient une prise en charge urgente coordonnée et sécurisée, quel que soit son point d'entrée dans le territoire.

Mobiliser l'ensemble des ressources du GHT

« L'enjeu est double : garantir la même qualité de prise en charge pour chaque patient et fluidifier les parcours patients au sein du GHT. Cette fédération constitue un véritable outil de pilotage au service des priorités du projet médical partagé », souligne la Dre Marion Douplat, responsable médicale. Ainsi, la fédération vise à sécuriser et consolider les parcours patients en harmonisant les pratiques et en augmentant les coopérations entre établissements. Elle permet aussi de diversifier les parcours professionnels pour renforcer l'attractivité médicale dans chaque structure et encourager les exercices mixtes. Elle promeut l'universitarisation du territoire, en soutenant l'enseignement, la formation mutualisée et la recherche en médecine d'urgence. Enfin, elle contribuera à fluidifier l'aval des urgences, en mobilisant l'ensemble des ressources du GHT pour faciliter les hospitalisations et les orientations adaptées.

L'info RH

Campagne Engagement Collectif 2026

Agir ensemble pour transformer l'Hôpital !

En 2026, les Hospices Civils de Lyon renouvellent leur appel aux projets d'engagement collectif pour une nouvelle campagne ambitieuse, au service du projet stratégique 2035. Après la campagne 2024 qui a récompensé plus de 3 640 professionnels sur 102 projets fédérateurs comme les Hôlympiades et 26 labellisés « Notre team HCL », cette nouvelle campagne vise à amplifier la dynamique collective pour imaginer et concrétiser l'hôpital de demain. Deux axes forts structurent cette édition :

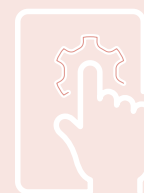
- des projets collectifs pour répondre aux enjeux prioritaires des HCL en lien avec l'un des dix programmes de transformation du Projet Stratégique

à horizon 2035. Des enveloppes allouées par groupement hospitalier ou direction transversale permettront à chaque projet, porté par des équipes pluridisciplinaires, d'être étudié au niveau local :

- la labellisation « Notre team HCL », qui récompense les équipes ayant mené des actions collectives exemplaires, favorisant un exercice professionnel engageant et solidaire, en lien avec les programmes de transformation : « Donner à chacun le pouvoir d'agir » et « Promouvoir une culture de l'attention pour tous ».

La campagne 2026 est ouverte d'avril à septembre.

ε bref



Recherche

Réutilisation de vos données dans l'Entrepôt de Données de Santé

Les HCL se dotent en 2026 de leur EDS et structurent ainsi l'usage des données de santé en vue d'améliorer la prise en charge des patients, d'accompagner le pilotage de l'activité et d'accélérer la recherche scientifique. Vos données professionnelles pourront être versées dans l'EDS en lien avec les données patients que vous êtes amenés à suivre.



L'Institut du Vieillissement

L'I-VIE fête ses dix ans

Créé en 2016, l'Institut du Vieillissement fédère et développe l'offre gériatrique des HCL : prévention, coordination territoriale et expertise hospitalo-universitaire. Une dynamique collective au service des parcours des personnes âgées. Découvrez les projets portés par l'I-VIE et les perspectives à venir.



Simulation en santé

Perfuser en toute sérénité

Pour la première fois aux HCL¹, des ateliers de simulation ont été organisés conjointement dans les quatre groupements hospitaliers lyonnais. Près de 300 étudiants et professionnels de santé ont suivi cette formation d'un format inédit.

Il est huit heures à l'hôpital de la Croix-Rousse. Dans la salle Vaïsse, les premiers apprenants sont accueillis par une poignée de formateurs. Au même moment, une scène identique se répète dans les quatre groupements hospitaliers des HCL de l'agglomération lyonnaise, donnant le coup d'envoi de la journée. Objectif : s'exercer à la pose de voie veineuse périphérique (VVP), un geste essentiel parfois source d'appréhension.

Organisée par Simulyon, groupement d'intérêt scientifique de simulation hospitalo-universitaire en santé (HCL/Lyon 1), et l'école d'infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), la journée mobilise 38 formateurs, étudiants IADE des HCL, experts de la pose de VVP. Ces étudiants de niveau master, ayant déjà au moins deux ans d'expérience infirmière, ont contribué à concevoir la formation (vidéos, apports théoriques et pratiques). Enthousiastes et pédagogues, ils profitent aussi de l'occasion pour développer leurs propres compétences en simulation, encadrement et pédagogie, à quelques jours de leur diplomation.



Camille Coulon, Marine Neel et Anne-Laure Charpe

Objectif : réassurer un geste technique

La pose d'une voie veineuse périphérique consiste à insérer un cathéter dans une veine pour administrer médicaments ou solutés. Plus complexe qu'une prise de sang, le geste demande précision, douceur et hygiène. « Certains services posent énormément de cathéters et sont très aguerris, tandis que d'autres pratiquent moins, ce qui peut rapidement rendre le geste difficile », explique Anne-Laure Charpe, formatrice à l'école d'IADE des HCL et coordinatrice de la formation à l'hôpital de la Croix-Rousse. « C'est le but de la formation : réassurer les soignants de services peu rompus à ce geste. La simulation procédurale est particulièrement adaptée pour atteindre cet objectif », explique-t-elle. « C'est l'occasion de rappeler à toutes et tous les bonnes pratiques actualisées en matière d'hygiène pour la pose de VVP afin de réduire l'occurrence d'infections associées aux soins. »

Vers dix heures, l'affluence grandit. Les ateliers de formation affichent complet. La salle bourdonne de voix qui expliquent, questionnent, échangent, commentent. Le parcours s'ouvre sur cinq vidéos de quelques minutes, claires et rythmées, qui déroulent les étapes du geste : installation du patient, vérifications de sécurité, prévention des accidents d'exposition au sang (AES) et rappel des règles d'hygiène. « C'est concis, bien réalisé, et cela permet de mémoriser l'essentiel », souligne Marilyn Tachet, infirmière au Pool, avant de poursuivre le parcours de formation : exercice pratique de lavage des mains. On se frictionne avec du gel hydroalcoolique, avant de passer les mains dans la « boîte à coucou » équipée d'une lumière bleue qui révèle l'efficacité du geste. Vérification faite, chacun repart avec un petit flacon de gel hydroalcoolique.



« La boîte à coucou » : la lumière bleue révèle l'efficacité du lavage des mains

1
Le 23 septembre
2025.

Pad de simulation permettant le reflux sanguin



Un reflux de sang apparaît

Vient ensuite le cœur de l'atelier : la simulation procédurale. La mise en situation reproduit l'ensemble du geste, de la pose du garrot à la désinfection, de l'insertion du cathéter et retrait du garrot jusqu'à l'adaptation de la tubulure et la fixation finale avec un pansement occlusif. « Le cathéter veineux pouvant rester en place plusieurs jours, le strict respect des règles d'hygiène est indispensable pour prévenir toute infection », insiste Marine Neel, étudiante IADE et formatrice.

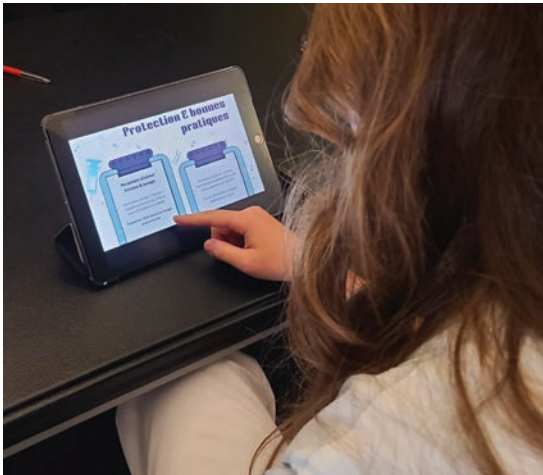
Les étudiants en soins infirmiers s'avancent, attentifs. Guidés par les formatrices, ils débent l'entraînement. Premier conseil : la palpation veineuse, essentielle pour repérer l'épaisseur, l'orientation et la qualité de la veine. Ici, pas d'accès veineux difficiles, pas de vêtements gênants ni de contexte d'urgence. Mais la formatrice peut ajouter un peu de réalisme, en incarnant un patient anxieux qui tend son bras avec réticence. Car la simulation ne mobilise pas seulement les compétences techniques : elle sollicite aussi le relationnel. Des affiches rappellent d'ailleurs les principes d'une communication positive – bannir les phrases négatives, choisir un vocabulaire adapté (« perfuser » plutôt que « piquer »), adopter une posture rassurante.

Je vais pouvoir me lancer avec les patients

Myriam Sevou,
étudiante infirmière

Lorsque l'aiguille est insérée dans la veine artificielle du mannequin de simulation, un reflux de faux sang apparaît, preuve que l'aiguille est bien positionnée. « La simulation permet de s'entraîner sans crainte de blesser un vrai patient », confie Cassandra Carmona, étudiante en troisième année de soins infirmiers, en stage en hépato-gastroentérologie. Pour Guillaume Ussereau, étudiant en deuxième année et stagiaire en ORL, c'était une première : « Je n'avais encore jamais posé de cathéter, alors que j'en vois beaucoup. Les formatrices expliquent bien et, au final, cela m'a semblé simple. » Myriam Sevou, elle aussi en deuxième année, actuellement en stage en addictologie, s'applique et répète la procédure plusieurs fois. « Comme on ne risque pas de faire mal, on se détend vite », sourit-elle. Avant d'ajouter, plus sérieuse : « C'est réaliste, et surtout rassurant. Je vais pouvoir me lancer avec les patients. »

1
Le 23 septembre
2025.



↳ Vidéo réalisée par les formateurs rappelant les étapes de la pose de voie veineuse périphérique



↳ Visioconférence de suivi menée par le Pr Marc Lilot

Mise à jour du savoir et du savoir-faire

Des affiches renseignent aussi sur l'anatomie des veines abordables des bras et du membre inférieur en cas de nécessité, moins mobilisé car comportant un risque infectieux et thromboembolique plus important. Quant au choix du cathéter, sa taille et son diamètre vont déterminer le débit et l'usage (médicaments ou transfusion). « Avec des enfants, le geste est similaire mais la technique et la taille des cathéters différent », précise Anne-Laure Charpe. En fin de matinée, davantage de professionnelles se mêlent aux étudiants. « C'est un bon rappel du geste », souligne Élise Dumas, infirmière en médecine interne. « J'ai pu mieux visualiser toutes les étapes. » De son côté, Marilyn Tachet avoue : « Le plus difficile pour moi reste de trouver la veine et d'ajuster la pression, ce que ne permet pas le pad de simulation. » Stéphanie Forge, infirmière en oncologie, retient : « L'atelier aura permis d'actualiser mes connaissances. »

Sécurité et bilan à mi-journée

La sécurité reste au cœur de la formation, notamment pour prévenir les accidents d'exposition au sang (AES) après retrait de l'aiguille. Point positif : les innovations ont permis de réduire ces risques. « L'aiguille est sécurisée, elle ne reste ni piquante ni creuse et se replie au retrait », détaille Nora Mahmoudi, cheffe de produit chez B. Braun, fournisseur des cathéters de la formation, identiques à ceux utilisés aux HCL. Résultat : « une diminution drastique du nombre d'AES », confirme Anne-Laure Charpe, se souvenant d'une époque où les accidents étaient plus fréquents.

À 11h30, toutes deux s'isolent dans un bureau pour la visioconférence de suivi menée par le Pr Marc Lilot, anesthésiste-réanimateur et directeur

Un atelier de VVP par échoguidage est envisagé pour une prochaine journée de formation

Pr Marc Lilot

médical de Simulyon. État des lieux, ressources, recrutement d'apprenants... La matinée qui semble avoir davantage mobilisé les étudiants que les professionnels en activité, s'annonce globalement réussie. Après quelques minutes, rendez-vous est donné vers 16 heures, pour le bilan de la journée.

Dans la salle Vaisse, trois apprenants ont terminé les ateliers. En sortant, chacun repart avec un peu plus d'assurance et la certitude que la simulation renforce les compétences. La prochaine journée de formation est déjà planifiée. Elle devrait associer, en plus des groupements hospitaliers lyonnais, l'hôpital Renée Sabran ainsi que les facultés Lyon Est et Lyon Sud pour les étudiants à partir de la troisième année de médecine. « Nous serons vigilants à bien choisir les lieux de formation afin d'être visibles et à communiquer davantage afin de toucher plus de professionnels. Car eux aussi ont besoin de se challenger », relève Marie-Juliette Auby, directrice administrative de Simulyon. « Il est probable que nous proposons un atelier de VVP par échoguidage pour les veines invisibles ou profondes. De quoi se former, se challenger et continuer d'apprendre », conclut le Pr Marc Lilot qui, bien que spécialiste de la pose de VVP, a déclaré avoir lui aussi appris « de nouvelles choses et des astuces » en participant à l'atelier de formation.

↳ Article disponible sur TeamHCL :



↳ Consulter aussi le site :



La pédiatrie

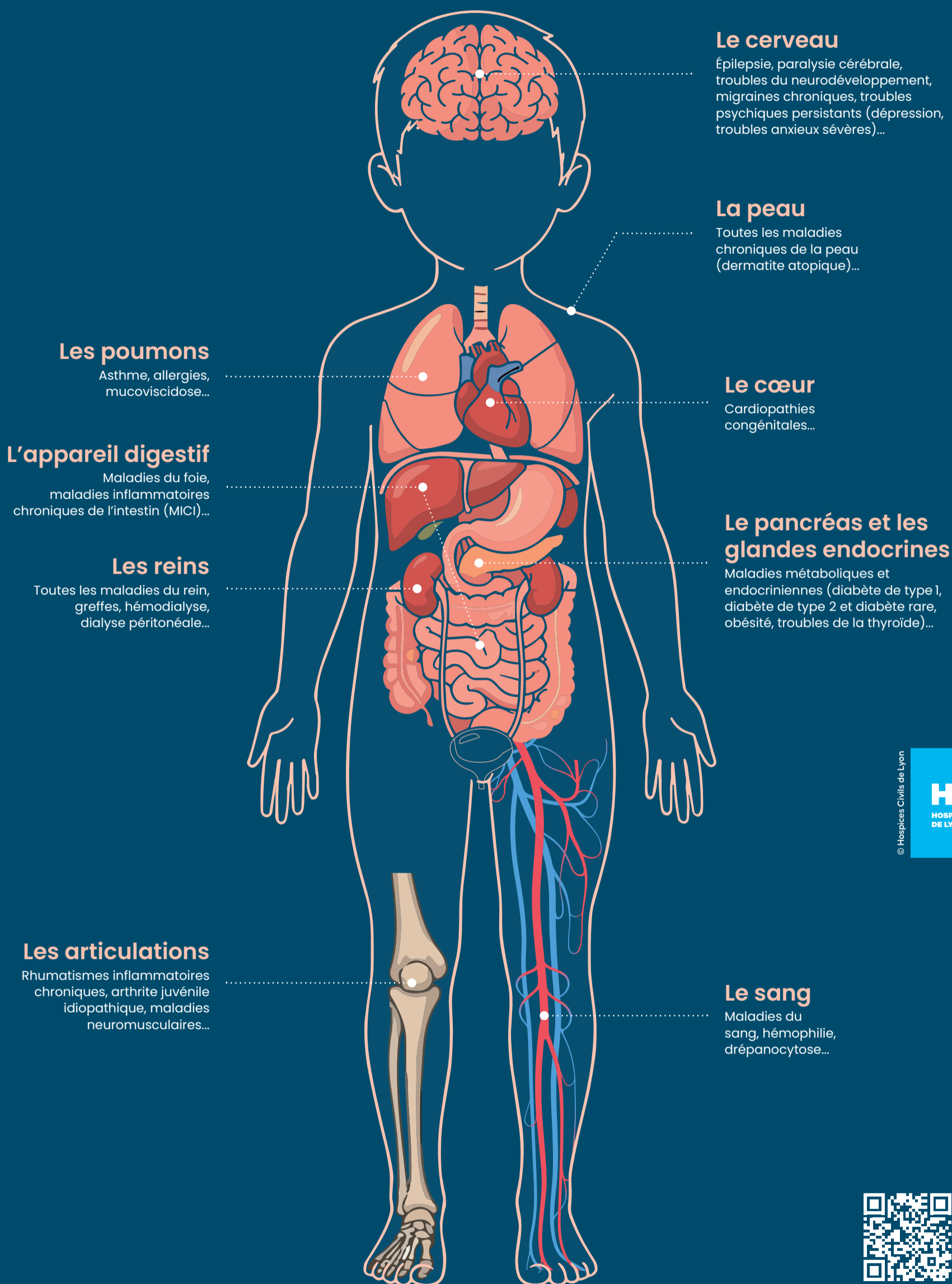
Haute technicité et grande sensibilité

À l'hôpital Femme Mère Enfant, les professionnels de santé développent des compétences aussi contrastées que spécifiques. Ils se distinguent par leur capacité à soigner, suivre et accompagner avec une technicité et une sensibilité accrues. Ici, les parcours de soin, les expertises et les innovations ne perdent jamais de vue l'enfant compris dans toutes ses dimensions.



Amandine Gaudin et Caroline Matera
IPA aux urgences pédiatriques de l'HFME

Les maladies pédiatriques chroniques traitées aux HCL



© Hospices Civils de Lyon

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON


Maladies chroniques : un accompagnement personnalisé et innovant jusqu'à l'âge adulte

Lancée en juin 2023 dans le cadre du dispositif « article 51 », l'expérimentation Ariane soutient les adolescents atteints de maladies chroniques (asthme sévère, maladies rénales, rhumatismes inflammatoires, troubles de la coagulation), ainsi que leurs parents, lors de la phase critique de transition vers l'âge et la médecine « adultes ». Avec 220 jeunes déjà inclus aux HCL et à l'Hôpital Nord-Ouest, le programme atteint ses objectifs initiaux. Au cœur

du dispositif, les infirmières coordinatrices, engagées et bienveillantes, assurent un suivi individualisé afin de maintenir la continuité des soins et le lien entre les différents intervenants autour du patient. Éducation à la santé, ateliers psychosociaux en visioconférence, accompagnement psychologique de proximité, soins de socio-esthétique, activité physique adaptée... tout est conçu pour accompagner le jeune patient vers l'autonomie. Le transfert vers

les services de soins pour adultes s'organise autour de consultations de transition conjointes entre pédiatres et médecins spécialistes hospitaliers ou libéraux ; les médecins traitants sont également conviés à participer en visio à cette consultation charnière. Depuis début 2026, l'expérimentation s'étend à l'Île-de-France. Un pas de plus pour démontrer, d'ici 2028, la reproductibilité nationale de ce parcours innovant, au service des jeunes patients chroniques.

Chirurgie pédiatrique

Des professionnels engagés

Deuxième plus grand centre français en volume d'activité chirurgicale pédiatrique, l'HFME a réalisé 7 695 interventions en 2025. À lui seul, le programme de greffes rénales pédiatriques représente près d'un quart de l'activité nationale, avec 20 à 25 greffes annuelles. L'établissement couvre l'ensemble des spécialités chirurgicales de l'enfant, à l'exception de la chirurgie cardiaque, assurée non loin à l'hôpital Louis Pradel. Le bloc comporte dix salles d'intervention conventionnelles ainsi qu'une onzième salle dédiée à l'endoscopie, sur un plateau technique unique. Cette organisation favorise les échanges informels et la collaboration pluridisciplinaire, indispensables pour une activité qui conjugue les pathologies courantes aux cas les plus rares¹ et complexes, nécessitant parfois l'intervention conjointe de plusieurs chirurgiens expérimentés.

Au-delà des surspécialités, une culture commune rassemble les équipes. « *Nous sommes tous dédiés au monde de l'enfant, de l'accueil par la secrétaire jusqu'au chirurgien* », souligne la Dre Delphine Demède, urologue et cheffe de service adjointe. « *C'est ce qui fait la qualité de la prise en charge.* » Cette spécificité tient aussi à la temporalité propre à la pédiatrie. « *Le suivi s'inscrit dans le temps long de l'enfance puis de l'adolescence, créant une relation humaine profonde avec le petit patient et ses parents. Il s'arrête réglementairement à 15 ans, mais parfois se poursuit jusqu'à 18 ans pour certaines maladies pédiatriques spécifiques* », explique la Dre Alice Fassier, cheffe de service adjointe en orthopédie pédiatrique. Soucieuse de renforcer la cohésion, elle a initié des petits-déjeuners mensuels entre chirurgiens, autour de thématiques transversales, comme la douleur, le codage ou la recherche.

Innovation et transmission

La chirurgie pédiatrique a évolué ces dernières années vers des techniques de moins en moins invasives. La robotique est désormais utilisée pour certaines malformations urinaires, reconstructions vésicales, néphrectomies ou tumeurs pulmonaires. « *Le chirurgien reste maître de l'appareil, mais le robot offre une précision inégalée grâce à des instruments rotatifs dans les trois plans de l'espace* », précise le Dr Rémi Dubois, chef du service de chirurgie uroviscérale et thoracique pédiatrique². « *À l'HFME, nous n'y avons recours que s'il apporte un bénéfice réel en termes d'efficacité et de sécurité pour l'enfant.* »

En orthopédie pédiatrique, la navigation couplée à un robot autonome pour la chirurgie de la colonne vertébrale est à l'étude. « *L'objectif est d'atteindre une précision parfaite dans la pose des vis vertébrales. Aujourd'hui, selon la littérature, environ 10 % ne sont pas parfaitement positionnées. Le robot*



La diversité des pathologies et la minutie des gestes chirurgicaux font de la pédiatrie un vaste domaine qui exige de nous une vision large

Pr Pierre Journeau

visé à réduire ce risque », explique le Pr Pierre Journeau, chef de service adjoint impliqué dans un projet de collaboration avec le CHU d'Amiens. Autre axe de recherche : la régénération osseuse, notamment pour remplacer de larges segments osseux chez des enfants atteints de tumeurs, à l'aide de cellules souches.

L'innovation concerne aussi la formation. La Dre Fassier insiste sur la stimulation relationnelle pour optimiser la communication entre professionnels ainsi qu'avec les familles : « *La parole médicale peut influencer durablement sur le futur d'une famille et la construction de l'enfant. Il est essentiel d'en avoir conscience.* » Les équipes recourent également à la simulation technique, sur écran ou à partir de reconstructions 3D, pour préparer les interventions complexes. Ouvert en janvier 2025, le salon d'accueil des patients avant chirurgie s'inscrit dans cette dynamique d'innovation (lire article ci-après). L'enseignement représente un autre pilier du service. « *Les internes sont fortement encouragés à publier, avec l'objectif d'un article soumis à l'issue de leur semestre* », indique la Dre Demède. Une « *semaine blanche* » a également été mise en place : un senior et un interne travaillent en binôme sur les urgences et l'activité non programmée, « *favorisant une transmission de qualité* », souligne le Pr Journeau. En moyenne chaque année, six internes sont accueillis chaque semestre, ainsi que des faisant-fonction d'internes en provenance de l'étranger, notamment d'Italie et du Maroc.

Vision d'avenir

Malgré la baisse de la natalité, la région Auvergne-Rhône-Alpes reste la deuxième région de France métropolitaine en nombre de naissances³. L'enjeu pour la chirurgie pédiatrique lyonnaise est d'ores et déjà de recruter et de fidéliser les chirurgiens. Le Pr Pierre Journeau évoque la création d'un statut unique de praticien de CHU pour gommer les différences de missions et de salaires entre les praticiens hospitaliers et les universitaires, « *afin de clarifier la gouvernance et de mieux reconnaître l'investissement de chacun* ». Une évolution que la Dre Fassier juge également nécessaire pour « *valoriser ceux qui font de l'enseignement et de la recherche sans être nécessairement universitaires* ».

➤ 1
L'HFME compte 31 centres de référence maladies rares labellisés au titre de la campagne 2022.

➤ 2
En 2025, 72 opérations avec robot ont été réalisées par des chirurgiens de la spécialité uro-viscérale et thoracique.

➤ 3
Insee Dossier Auvergne-Rhône-Alpes, n° 18. 12/06/2025.

Salon d'accueil en chirurgie pédiatrique

Moins d'anxiété pour les enfants et leurs parents, plus de confort pour les soignants

Il aura fallu plus d'un an pour que le projet aboutisse. Ouvert le 6 janvier 2025, le salon d'accueil de la chirurgie pédiatrique s'est rapidement imposé comme une évidence, conciliant efficacité hospitalière et apaisement des familles.

Installé dans un ancien service d'hospitalisation entièrement repensé, le salon d'accueil a transformé des chambres en bureaux d'entretien et en espaces d'attente chaleureux. « L'objectif était double : mutualiser, au sein d'un service dédié, les entrées préopératoires le jour même de la chirurgie et réduire l'anxiété liée à l'intervention chirurgicale en proposant un lieu calme et reposant », explique Marjorie Cialone, cadre de santé. Les enfants et leurs parents y sont accueillis environ une heure et demie avant le départ au bloc opératoire, dans un cadre qui tranche avec l'agitation habituelle des unités de soins.

Au cœur du plateau de chirurgie pédiatrique, le salon d'accueil fonctionne comme un service à part entière. L'équipe, mutualisée avec le service de neurochirurgie pédiatrique, se compose d'infirmiers et d'auxiliaires de puériculture, répartis entre l'accueil, les consultations et les lits. Ouvert la semaine de 7h à 16h30, il prend en charge les patients dès les premiers départs au bloc, le jour même de leur intervention programmée. L'enfant est accueilli au sein d'un service dédié, part au bloc pour sa chirurgie avant son hospitalisation. « Ici, on est entièrement dédié au patient. Il arrive, on s'installe, on prend le temps », résume Christelle Plaza, infirmière puéricultrice.

Un parcours pensé pour rassurer

La prise en charge débute la veille de l'intervention, avec un appel infirmier permettant de vérifier la conformité du dossier et de transmettre les consignes préopératoires. « Ces échanges peuvent durer jusqu'à trente minutes et sont essentiels pour préparer sereinement les familles », souligne l'infirmière.



Marjorie Cialone,
cadre de santé



Christelle Plaza,
infirmière puéricultrice

Le jour J, le parcours suit une logique de progression, de l'accueil vers le bloc opératoire. Identitovigilance, entretien d'accueil et recueil de données, échanges individualisés : chaque étape est pensée comme un soin à part entière. Contrairement à une hospitalisation classique, les enfants ne sont confrontés ni à des patients déjà opérés ni à des actes techniques anxiogènes. « Il n'y a pas de salle de soins ni de gestes invasifs, parfois douloureux comme les prises de sang : le but est que l'enfant reste serein jusqu'au départ au bloc », précise Marjorie Cialone.

Les familles patientent dans des salons adaptés à l'âge des enfants, – petite enfance, primaire, secondaire –, décorés de fresques apaisantes et équipés de jeux. Pour les situations les plus anxiogènes, l'équipe dispose d'un casque de réalité virtuelle et propose des techniques de relaxation mises en œuvre par du personnel formé. Le départ au bloc obéit à une règle immuable : jamais en lit. « À pied, dans les bras ou en petite voiture téléguidée, l'enfant reste acteur de son parcours », insiste la cadre de santé.

Expérience patient et conditions de travail

Une enquête de satisfaction réalisée six mois après l'ouverture a confirmé l'adhésion des familles et listé des points d'amélioration sur lesquels l'équipe a travaillé. La création de ce dispositif s'accompagne d'une refonte complète des organisations de travail et d'une évolution des plannings. « C'est un rythme extrêmement bénéfique pour l'équipe », commente Christelle Plaza. La rotation entre hospitalisation et salon d'accueil allège aussi la charge mentale. « Quand la pression devient trop forte en service, où la charge de travail et les soins peuvent être lourds, basculer au salon offre un temps recentré uniquement sur l'accueil et l'accompagnement », observe Marjorie Cialone. Après quelques ajustements de communication avec le bloc et les autres unités, le fonctionnement est désormais bien rodé. Une réussite : ce projet améliore à la fois l'expérience des patients et les conditions de travail des soignants.

↳ Voir la vidéo

« Salon d'accueil en chirurgie pédiatrique : des enfants détendus, des parents rassurés »



↳ 1
Du 6 janvier
au 31 décembre
2025,
1 438 patients ont
bénéficié du salon
d'accueil.

Urgences pédiatriques de l'HFME

Des soins à hauteur d'enfant

Avec plus de 75 000 passages par an, le service des urgences pédiatriques de l'HFME se démarque par son volume d'activité, les responsabilités assumées quotidiennement par ses équipes hospitalières et sa capacité à innover.

Pour le Pr Yves Gillet, chef du service des urgences pédiatriques de l'HFME, s'engager en pédiatrie c'est « ne pas avoir peur de soigner un enfant sans douter de nos capacités ». C'est surtout soigner un enfant tout en gérant l'angoisse des parents. « On n'a pas une personne à gérer, on en a au moins deux et l'inquiétude qui les accompagne. » Pour les professionnels de santé qui travaillent aux urgences pédiatriques, cette spécificité est la norme. Des auxiliaires de puériculture aux médecins, tous développent des compétences aussi bien techniques que relationnelles reflétant cette dimension inhérente à la pédiatrie.

L'activité du service est par définition fortement soumise à l'imprévu, ce qui n'empêche pas des cycles prévisibles : « L'hiver, certains jours, nous avons connu des pics jusqu'à 400 passages, mais fort heureusement avec l'immunisation contre le VRS (virus de la bronchiolite), ces pics d'activité ont diminué. L'activité suit également le rythme de la vie scolaire. Les pics surviennent le soir quand les enfants rentrent de l'école ou de la crèche et que les parents constatent les symptômes, les week-end et durant les vacances. » Seuls 15 à 20 % des passages sont de « vraies urgences » médicales, et les cas de déchocage vital ne représentent qu'environ 1% de l'activité.

Innovations paramédicales et qualité des soins

Le service des urgences pédiatriques se distingue par sa capacité à innover. Un protocole de coopération, pionnier en France, a transformé la relation médecin-infirmier en instituant une meilleure compréhension des responsabilités de chacun. Il a aussi permis de donner davantage d'autonomie aux infirmières désirant s'inscrire dans la démarche. De quoi s'agit-il ? Des infirmières sont formées pour gérer de façon autonome quatorze situations spécifiques, comme les sutures ou certaines prescriptions médicamenteuses sous la responsabilité d'un médecin sénior. « Entre un jeune médecin ou une infirmière puéricultrice qui fait ça tous les jours depuis des années, à votre avis, qui réalise la suture la plus jolie ? », interpelle le chef de service. Résultats : après enquête auprès des parents, la satisfaction globale a été mesurée à 4,5 sur 5. Outre ce protocole de coopération qui, rappelons-le, est enregistré au Répertoire national des protocoles après validation de l'agence régionale de santé (ARS) mais n'est pas diplômant, le service bénéficie de la présence de deux infirmières en pratique avancée (IPA) mention urgences. « Elles s'avèrent plus qu'utiles. Elles sont devenues très rapidement indispensables », soutient le Pr Gillet. Amandine Gaudin et Caroline Matera interviennent dans les situations complexes, en autonomie, en collaboration avec le médecin, pour des pathologies graves. Fortes d'une expérience de plus de dix ans comme infirmières aux urgences pédiatriques, elles ont choisi d'évoluer vers la pratique avancée pour approfondir leurs compétences tout en restant au plus près des patients. Leur statut est, pour l'heure, exceptionnel : « Nous sommes les



Pr Yves Gillet

premières et, à cette date, les seules IPA d'urgences pédiatriques en France. » Elles disposent d'un droit de prescription étendu incluant la biologie, l'imagerie, les antalgiques et les traitements. Elles interviennent dans l'éducation à la santé, notamment pour les jeunes parents, en expliquant les signes d'alerte ou comment gérer la fièvre. Leur disponibilité change la perception des patients, « qui nous disent merci. Nous avons une vraie reconnaissance ».

Côté formation, elles participent à l'encadrement des externes, des internes et des étudiants infirmiers. Amandine Gaudin intervient même à l'université pour former les futurs IPA de deuxième année. Enfin, elles disposent d'un jour par semaine pour la recherche et l'évaluation des pratiques, travaillant par exemple sur de nouveaux protocoles pour la bronchiolite ou les consultations infirmières. En résumé, l'IPA aux urgences pédiatriques, c'est « une ressource précieuse qui améliore la qualité des soins par son expertise clinique et sa capacité à offrir une prise en charge globale et éducative, tout en soutenant l'organisation médicale du service », traduit le Pr Gillet.

Maison médicale de garde : un soutien complémentaire

Elle a constitué le projet phare du Dr Hugues Desombre, responsable médical du PAM des spécialités pédiatriques de l'HFME : la création d'une maison médicale de garde située à l'intérieur même de l'hôpital. Son fonctionnement repose sur l'accueil des patients dont l'état ne relève pas de l'urgence après un tri effectué par l'infirmière d'orientation des urgences (IOA). L'objectif était de désengorger les urgences et de « recentrer les urgentistes sur leur cœur de métier », explique le pédiatre. Un an après son ouverture en 2025, on compte environ quinze passages de moins par soirée aux urgences pédiatriques. « Le dispositif fonctionne remarquablement bien avec une forte satisfaction des patients et des médecins libéraux qui y participent », commente-t-il.

Des missions à haute valeur ajoutée

Le soin pratiqué aux urgences pédiatriques doit sa qualité et sa fiabilité à l'investissement de celles et ceux qui lui consacrent leur vie professionnelle. Comme le souligne le Pr Yves Gillet, « la force des HCL, ce sont les femmes et les hommes qui les constituent ». Dans ce service ouvert 24h sur 24, sept jours sur sept, la gestion des ressources humaines revendique son caractère horizontal favorisant les échanges interprofessionnels. C'est pourquoi le Pr Gillet plaide pour « une meilleure reconnaissance de l'expérience de terrain et de l'investissement à haute valeur ajoutée des soignants. »

Les urgences pédiatriques en 2025

- Nombre de consultations IDE : 1700
- Nombre de consultations IPA : 940 (avec deux IPA dont une arrivée en octobre)
- 5 511 patients réorientés par l'IOA des urgences (dont 5 318 patients vus effectivement par un médecin de la MMG).

**Au cœur
de chaque histoire,
une action
qui réconforte.**

FONDATION
HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON



**Soutenez votre hôpital
et participez à faire battre
le cœur de la santé**

**CHAQUE PERSONNE
à cœur**

Dialyse péritonéale

Une alternative pour la dialyse à domicile

Mieux tolérée, plus protectrice pour les vaisseaux, réalisable à domicile et moins coûteuse, la dialyse péritonéale semble une procédure d'avenir.

Pour les patients atteints d'insuffisance rénale terminale, la dialyse marque souvent une rupture dans le quotidien. Horaires contraints, fatigue, déplacements fréquents à l'hôpital... Il est aussi possible de réaliser la dialyse à domicile. Contrairement à l'hémodialyse qui consiste à transférer le sang de l'organisme vers un dialyseur qui le filtre, la dialyse péritonéale utilise le péritoine, membrane naturellement très vascularisée qui entoure les organes digestifs, pour nettoyer le sang à la place des reins, permettant le drainage puis l'infusion du liquide de dialyse. Cette technique requiert la pose d'un cathéter, geste chirurgical habituellement pratiqué par les urologues et désormais réalisé en ambulatoire, sous anesthésie locale, par les néphrologues. D'une durée d'environ 45 minutes, l'intervention est proposée par le centre de dialyse de HEH, qui fait figure de centre référent unique dans la région. « *L'objectif est désormais de former d'autres néphrologues et de développer cette offre de soin à l'échelle régionale* », indiquent les docteurs Marzan Sha et Femie Chauvel, les deux néphrologues à l'origine du développement de cette procédure en ambulatoire à Lyon. Depuis janvier 2025, une vingtaine de patients ont franchi le pas. Deux profils se dégagent : les jeunes actifs, la plupart en attente de greffe rénale, et les patients plus âgés, le plus souvent en situation de soins palliatifs, pour lesquels l'objectif est avant tout d'éviter des hospitalisations répétées.

De la chirurgie en ambulatoire à la dialyse à domicile

Chaque échange dure environ trente minutes : un quart d'heure pour le drainage, un quart d'heure pour l'infusion. Les patients réalisent entre deux et cinq échanges par jour, cinq à six jours



Marzan Sha et Femie Chauvel, néphrologues

par semaine, contre des séances de quatre heures trois fois par semaine pour l'hémodialyse. À domicile, les patients sont entièrement autonomes (ou assistés pour les plus âgés), après une phase d'apprentissage, et sont accompagnés par une équipe spécialisée en dialyse péritonéale de l'association Aural¹, qui assure la formation du patient et des infirmiers à domicile, si besoin. Tout commence par une consultation au centre de dialyse de l'hôpital avec le néphrologue, au cours de laquelle la technique est expliquée et évaluée en fonction du profil du patient. Le relais est ensuite pris par l'infirmière technique, qui joue un rôle central dans le parcours. « *Nous détaillons les gestes, les règles d'hygiène, les modalités pratiques et participons aux ateliers d'éducation thérapeutique du patient* », précisent Nadia Asloune et Marion Barriot, infirmières techniques.

Des bénéfices médico-économiques

Sur le plan médical, la dialyse péritonéale présente plusieurs

avantages. Elle est mieux tolérée par les patients souffrant de pathologies cardiaques, car elle entraîne moins de variations brutales de volume sanguin. Chez les patients plus jeunes en attente de greffe, elle permet aussi de préserver les vaisseaux, en évitant les ponctions répétées nécessaires à l'hémodialyse. Certaines contre-indications existent, notamment en cas d'obésité ou d'antécédents de chirurgie abdominale lourde. Le risque d'infection du cathéter, comme tout matériel médical, estimé entre 5 et 7 %, reste faible mais nécessite une vigilance quotidienne accrue.

Par ailleurs, la dialyse péritonéale ne peut pas être poursuivie indéfiniment. Elle est possible de six à huit ans, au-delà il existe un risque de rigidité du péritoine. Enfin, l'enjeu est aussi économique : dans le domaine de la dialyse, première dépense de santé en France, la dialyse péritonéale coûte trois fois moins cher que l'hémodialyse réalisée à l'hôpital, tout en améliorant la qualité de vie.

¹ Œuvre pour une alternative à la dialyse en établissement de santé depuis sa création en 1974.

Thérapie fœtale

Un nouveau-né sauvé *in utero* d'une tumeur vasculaire

L'histoire du petit Issa, né le 14 novembre 2025, marque un tournant pour la médecine fœtale française et internationale. Atteint d'une pathologie vasculaire rare et souvent fatale, il doit sa survie à un traitement pionnier administré *in utero* par une équipe des HCL. Une première dans cette indication.



Tout bascule lors de la trente-deuxième semaine d'aménorrhée. À la maternité de Mulhouse, les médecins détectent une tumeur vasculaire complexe chez le fœtus : le syndrome de Kasabach-Merritt (KMS). Cette pathologie rare se caractérise par une prolifération tumorale entraînant une chute drastique des plaquettes et des hémorragies diffuses potentiellement mortelles. L'évolution de la tumeur d'Issa est fulgurante, envahissant toute la base de son visage. Le fœtus présente alors des signes de détresse. Jusqu'à présent, le pronostic pour de tels cas était extrêmement défavorable, se soldant fréquemment par une interruption de grossesse.

L'innovation lyonnaise au service de l'urgence

Face à cette situation critique, les équipes du GHR Mulhouse Sud-Alsace et des hôpitaux universitaires de Strasbourg sollicitent l'expertise du Centre de référence des anomalies vasculaires superficielles (CRMR AVS) des HCL. Sous la coordination du Pr Laurent Guibaud, radiologue à l'hôpital Femme Mère Enfant, une stratégie thérapeutique inédite pour cette pathologie

est proposée : le recours au Sirolimus par voie orale, administré directement à la maman. Si cette thérapie anténatale avait déjà été expérimentée avec succès sur six nourrissons pour d'autres types de malformations, elle n'avait jamais été tentée pour un syndrome de Kasabach-Merritt. Ce traitement, basé exclusivement sur un diagnostic d'imagerie prénatale, a été débuté à l'entrée du huitième mois de grossesse.

Une victoire pour la recherche médicale

Le pari médical est un succès total. Après cinq semaines de traitement maternel, Issa naît à la maternité de Haute-pierre (Strasbourg) sans que son pronostic vital ne soit engagé. Après une surveillance en réanimation néonatale et un suivi rigoureux à Mulhouse, son taux de plaquettes s'est stabilisé.

Le 13 décembre, juste avant les fêtes de fin d'année, le nouveau-né a pu rentrer à la maison. Aujourd'hui, Issa se porte très bien et bénéficie d'un suivi régulier. Ce cas, qui constitue une première, ouvre des perspectives thérapeutiques porteuses d'espoir pour la prise en charge de tumeurs fœtales autrefois jugées incurables.

↳ Lire aussi : Les HCL obtiennent des résultats spectaculaires contre des malformations vasculaires *in utero*



Hôpital Louis Pradel

Les retombées fructueuses d'une mutualisation réussie

En 2021, trois services de l'hôpital Louis Pradel mutualisent leurs compétences. Quatre ans plus tard, cette réorganisation rencontre le succès avec une activité croissante et des bénéfices pour les patients et les soignants.

Quatre ans après la mutualisation de trois services à l'hôpital Louis Pradel, le département médico-

chirurgical de cardiologie congénitale du fœtus, de l'enfant et de l'adulte, affiche des résultats en forte progression, avec une hausse de 5 % de son activité en 2024. Il réalise 500 interventions chirurgicales, 300 procédures de cathétérisme interventionnel et 5 000 consultations à l'année. Cette réorganisation rassemble anesthésie-réanimation, chirurgie et pédiatrie.

↳ En savoir plus :



Initiative

Une démarche qualité inédite en dialyse pédiatrique

L'été 2024 a agi comme un électrochoc pour l'unité d'hémodialyse pédiatrique de l'HFME : plusieurs infections liées aux cathéters ont révélé des vulnérabilités. De cette alerte est née une vaste démarche qualité, portée par une équipe déterminée à sécuriser chaque étape du parcours de l'enfant dialysé.

L'été 2024 a marqué un tournant. « Plusieurs infections sur cathéters de dialyse ont été identifiées cet été-là », se souviennent Cécile Righi, infirmière puéricultrice en pratique avancée à l'HFME et Isabelle Louzas, adjointe du cadre. Dans le service d'hémodialyse pédiatrique où des enfants d'un à dix-huit ans atteints d'insuffisance rénale terminale sont dialysés durant trois à quatre heures et demie, la moindre faille peut devenir critique. « L'accès vasculaire est le cœur du traitement », rappellent-elles. C'est là justement que le danger s'est manifesté. La réaction est alors immédiate. Le service d'hygiène hospitalière du GHE est sollicité, puis une réunion avec le Dr Bruno Ranchin, chef du service, et l'équipe médicale entraîne une révision complète des pratiques. Au final, l'ensemble du parcours de l'enfant dialysé sera analysé sous l'angle du risque infectieux.

Une démarche exigeante

Dès le mois de novembre, un projet collégial est lancé avec les professionnels d'hygiène. Cinq infirmières, une auxiliaire de puériculture, l'IPA, le médecin responsable et l'adjointe du cadre constituent un groupe de travail. « Aucune grille d'analyse spécifique à la dialyse pédiatrique n'existait. Nous avons décidé de créer la

Nous avons identifié les étapes sensibles, élaboré un plan d'action hiérarchisé et renforcé les compétences de l'équipe

Cécile Righi et Isabelle Louzas

nôtre », expliquent Isabelle Louzas et Cécile Righi. Le parcours patient est découpé en treize étapes, des prérequis à la gestion des besoins de l'enfant, en passant par le branchement et le débranchement sur fistule artérioveineuse ou voie veineuse centrale. Des heures de préparation, d'analyse globale et de réunions permettent, enfin, de cartographier les risques. Pour chaque situation, la criticité a été évaluée selon la fréquence, la gravité et le niveau de maîtrise existant. Cette démarche exigeante a fini par porter ses fruits : « Nous avons identifié les étapes sensibles, élaboré un plan d'action hiérarchisé et renforcé les compétences de l'équipe », soulignent les deux professionnelles.

Nouvelle dynamique

En 2025, le plan est présenté aux équipes et des actions sont déployées : rédaction d'un protocole de branchement et débranchement des abords vasculaires jusque-là inexistant, formations à la manipulation des voies centrales étendues aux équipes infirmières de jour et de nuit, création d'une plaquette mémo d'urgence. C'est aussi le circuit d'élimination des déchets toxiques qui est réorganisé, notamment pour les poches d'acides désormais collectées dans des fûts sécurisés. Jusqu'au protocole de pansement de voie veineuse centrale qui a fait l'objet d'une présentation au congrès annuel de l'APNP (association des personnels de néphrologie pédiatrique) à Genève, en octobre de la même année.

En 2026, l'unité prévoit plusieurs communications régionales et nationales, des présentations aux journées Qualité du GHE et aux événements professionnels de l'année. Au final, « ces incidents ont été le point de départ d'une véritable dynamique qualité », conclut Isabelle Louzas et Cécile Righi.





Risques professionnels

Une accidentologie contenue et la prévention renforcée en 2025

Si l'accidentologie aux HCL demeure en deçà de la moyenne nationale du secteur hospitalier, selon le bilan 2024 du Document unique d'évaluation des risques professionnels, en 2025, les actions de prévention ont été renforcées.

Véritable baromètre de la politique de prévention des HCL, le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DU) recense chaque année l'ensemble des risques professionnels identifiés dans les établissements. En 2024, l'indice de fréquence des accidents du travail s'est élevé à 36,67 pour 1000 salariés, un score inférieur à la moyenne nationale de la branche hospitalière, estimée à 40,3. La manutention de patients et de charges demeure la première cause d'accidents du travail, représentant près de 36 % des cas, suivie par les chutes et glissades (31 %). S'agissant de la santé mentale, les arrêts liés à des troubles psychopathologiques ont progressé toutes causes confondues, mais la part reconnue comme imputable au service est restée stable. Par ailleurs, une vigilance particulière est portée sur la charge mentale et les situations de violence au travail.

Une prévention à 360°

Face à ces constats, les HCL ont renforcé les actions de prévention en 2025. La lutte contre les troubles musculosquelettiques reste une priorité, avec des investissements continus dans les équipements d'aide à la manutention, comme les rails plafonniers, les verticalisateurs et les chariots motorisés. Les dispositifs de formation ont également été adaptés, avec une



Les HCL maintiennent une enveloppe annuelle de 300 000 euros dédiés aux équipements de prévention

revalorisation des formateurs et la relance des Journées de la manutention.

La prévention des risques psychosociaux s'est traduite par des actions ciblées contre les violences sexuelles et sexistes au travail, incluant des outils numériques, des quiz de sensibilisation et des formations en réalité virtuelle.

Nouveaux risques et moyens financiers dédiés

Face au changement climatique, là encore des mesures de prévention ont été accentuées : adaptation des horaires, dotation en rafraîchisseurs et vigilance pour les personnels vulnérables. En outre, l'évaluation des risques liés aux rayonnements optiques artificiels (lasers et lampes UVA, UVB et UVC) a mis en évidence un besoin de sensibilisation à la protection oculaire.

Pour soutenir ces actions, les HCL maintiennent une enveloppe annuelle de 300 000 euros dédiée aux équipements de prévention, complétée par les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail soutenus par l'ARS. Enfin, une cellule des risques professionnels a été créée fin 2025 dans le but d'accompagner les services dans l'évaluation des risques et l'analyse des accidents du travail.

Déontologie et conflits d'intérêts

Un appui pour tous les professionnels des HCL

Exercer une activité privée en parallèle de son poste à l'hôpital ? Commercialiser une application développée dans le cadre de ses fonctions ? Intervenir comme consultant pour une entreprise ? Ces situations soulèvent des questions déontologiques. Des règles juridiques s'imposent aux agents de la fonction publique,

notamment sur les obligations de dignité, d'impartialité, d'intégrité, de probité et de neutralité. S'y ajoutent le secret et la discrétion professionnels, l'obligation d'information du public, l'obéissance hiérarchique, l'interdiction du cumul d'activités (sauf exceptions) et l'obligation de prévenir les situations de conflits d'intérêts. Pour vous accompagner face à la complexité

et à la diversité des situations, le collège de déontologie des HCL conseille en toute indépendance et confidentialité. Il peut être saisi par tous les professionnels des HCL pour un appui utile.

→ **Contact : 04 72 40 72 24 ou hcl.college-deontologie@chu-lyon.fr**
→ **En savoir plus : Pixel**

Représentants des usagers

Un engagement au service de la santé publique

Ils ont rejoint les Hospices Civils de Lyon. Trois représentants des usagers (RU) partagent leur expérience et les contours de leur engagement au sein du deuxième CHU de France.



Étienne Lardanchet



Sylvie Cochet



Marie-Claude Malfray

À leur arrivée, les RU découvrent un univers dense qui ne manque pas de dérouter : une multitude d'acronymes, des commissions variées et des rouages administratifs complexes. Pour les accompagner, ils ont bénéficié d'une formation assurée par France Assos Santé, organisation de référence dans la défense des droits des patients, ainsi que d'une journée d'accueil aux HCL. Progressivement, ils ont appréhendé leur nouvel environnement. Tous décrivent une mission exigeante mais stimulante.

Ils siègent dans de nombreuses instances : commissions des usagers locales et centrale, commissions en lien avec la douleur, la dénutrition ou les infections nosocomiales. Ils participent également à l'analyse mensuelle des réclamations. « C'est un rôle vaste, qui demande un réel investissement », souligne Marie-Claude Malfray, RU depuis plus de dix ans en local, récemment nommée à la commission centrale des usagers et au conseil de surveillance des HCL. Pour Sylvie Cochet, professionnelle indépendante et RU : « La charge est conséquente, mais très stimulante. »

Une vision altruiste

Étienne se définit comme un médiateur entre l'utilisateur « qui n'est pas toujours entendu et n'a pas toujours compris le discours médical » et le soignant « qui n'est pas toujours écouté ni bien compris ». Son objectif : améliorer le dialogue pour apaiser les conflits et les parcours de soins. De son côté, Marie-Claude s'est engagée après avoir été aidante auprès de sa mère pendant une dizaine d'années : « J'ai été confrontée aux

difficultés des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. J'ai voulu être présente pour ces patients vulnérables parmi les autres. »

Sylvie partage la même volonté : « Accompagner les patients, faire respecter leurs droits, faire entendre leur voix et leur simplifier la vie. »

De nouvelles compétences

Au cours de leur mandat, ils développent de nouvelles compétences : écoute active, médiation, prise de parole, rédaction de rapports. « Il faut savoir rester neutre, ne jamais intervenir sur le champ médical et faire preuve de tact, notamment dans des situations humaines parfois tragiques », précise Marie-Claude. Les représentants des usagers participent également à la certification des établissements par la Haute Autorité de santé. « Nous sommes auditionnés par les experts visiteurs et susceptibles d'assister à des réunions. C'est un moment fort : on découvre l'hôpital de l'intérieur », souligne-t-elle.

Si le principal défi reste de mieux faire connaître leur rôle auprès des patients et des soignants, tous saluent la qualité de l'accueil institutionnel et l'opportunité de rencontrer les équipes dans les services. « Nous nous sentons considérés », affirment-ils. Pour Étienne, l'activité est « passionnante, utile à l'intérêt général. Il ne faut pas hésiter à s'investir ». « Faut y aller ! », renchérit Marie-Claude. Et Sylvie de conclure : « Devenir RU, c'est contribuer à l'évolution de l'hôpital. »

→ **Contact :**
catherine.baumlin-leyi@chu-lyon.fr

En savoir plus :





Naoual Bakrin, chirurgienne à l'hôpital Lyon Sud

Médecins et partenariat patient

Une perception à clarifier

Malgré l'engagement croissant des patients, des paramédicaux et de l'administration dans le développement de l'expérience patient, les médecins apparaissent moins impliqués. Une étude lancée en avril 2025 tente d'en comprendre les raisons pour inverser la tendance.

« L'objectif est de comprendre pourquoi les médecins ne s'investissent pas davantage dans le partenariat patient et quel est leur niveau de connaissance du dispositif PEPS¹ », explique la Dre Naoual Bakrin, chirurgienne à l'hôpital Lyon Sud. L'enquête est menée avec Muriel Salle, maîtresse de conférences à l'université Lyon 1, rattachée au laboratoire S2HEP (UR 4148, sciences, société, historicité, éducation et pratiques). La première étape visait à évaluer la connaissance du partenariat patient en général, et du dispositif PEPS en particulier. Vingt entretiens ont été menés entre avril et mai au sein des groupements hospitaliers des HCL. Les questions portaient sur la définition du partenariat, la perception de ses enjeux, les outils disponibles, ou encore sur l'événement annuel dédié.

Premières observations
Souvent perçu comme un projet porté par l'administration, chargée de mettre en œuvre les politiques publiques, et les

patients qui y trouvent un levier pour gagner en autonomie, le partenariat peine à inclure les médecins. La communication ferait-elle défaut ? « Il existe une grande hétérogénéité dans la connaissance du dispositif. Pour certains médecins qui n'en ont jamais entendu parler, des vecteurs de communication comme les mails et les pop-up semblent peu adaptés », pointent les enquêtrices. Par ailleurs, l'enquête a révélé une différence d'implication entre disciplines médicales et chirurgicales. « Cela pourrait être lié à la nature de la relation avec les patients », suppose la Dre Bakrin. « Le rôle des médecins n'est pas suffisamment pensé, même dans les modèles pionniers comme celui de Montréal. La question de l'impact sur l'identité professionnelle reste peu explorée », poursuit-elle. La tension entre savoir médical et savoir expérientiel semble centrale. « Certains philosophes y voient une imposture, d'autres un outil de démocratie sanitaire. Ces contradictions peuvent

freiner l'adhésion des médecins, sensibles aux incohérences. »

Embarquer les médecins

L'enquête vise à proposer des leviers concrets pour favoriser l'adhésion médicale. « L'école française devrait adapter ces concepts à son propre contexte culturel », estime la Dre Bakrin. « Le partenariat peut être vu comme une redistribution du pouvoir entre l'administration, les médecins, les soignants et les patients. L'absence de débat sur ces enjeux, les "non-dits", freinent l'engagement », complète Muriel Salle. « Le partenariat pourrait pourtant servir de relais efficace entre terrain et gouvernance, au-delà de la voix des médecins placés en position de subordination hiérarchique. »

Un premier retour sur l'étude a été présenté en comité de pilotage de la commission Quasperpe² en juin dernier. Des groupes de travail intégrant des médecins se sont formés avec l'objectif d'embarquer le corps médical dans toute sa diversité.

1 Partenariat et expérience patient en santé, initié en 2019 aux HCL.

2 Qualité, sécurité, pertinence des soins, formation continue, évaluation.

Témoignage Parlons Santé !

Chaque mois, la newsletter Parlons Santé ! donne la parole à un patient. **Découvrez le témoignage de Thi Quy Ho**, patiente en insuffisance rénale. Aujourd'hui au stade d'insuffisance rénale terminale, Thi Quy Ho partage son expérience de la dialyse péritonéale à domicile. Grâce à cette prise en charge, la préparatrice en pharmacie a retrouvé autonomie et espoir en attendant une greffe.



TRANSPLANTATION

Alice Koenig,
néphrologue et
immunologiste,
en première ligne
des nouvelles
thérapies



Spécialisée dans l'immunologie appliquée à la transplantation rénale, la docteure Alice Koenig (HCL/Lyon 1) démonte les mécanismes immunologiques qui conduisent au rejet de greffe. Ses travaux ouvrent la voie à de nouvelles thérapies pour les quelque 66 000 patients français transplantés.

Soixante-quinzième aux épreuves classantes nationales de 2008, Alice Koenig, Clermontoise d'origine, opte tout d'abord pour la médecine interne au CHU de Lyon, avant de réorienter rapidement son internat vers la néphrologie. « La transplantation m'a séduite car c'est une aventure formidable, porteuse de beaucoup d'espoir pour les patients, mais aussi un champ médical et scientifique d'une grande complexité », partage-t-elle. C'est à l'hôpital Édouard Herriot, dans le service de transplantation, néphrologie et immunologie clinique, que son avenir va se jouer. Elle s'y passionne pour les mécanismes du rejet de greffe, à travers une approche profondément ancrée dans la relation au patient, articulant observation clinique, recherche en laboratoire et retombées diagnostiques ou thérapeutiques.

Des enjeux humains et scientifiques

Elle soutient sa thèse de médecine en 2015 et reçoit la médaille d'or des HCL, qui permet à des internes en fin de cursus de bénéficier d'une année

supplémentaire d'internat pour mener un projet innovant. Trois ans plus tard, sa thèse de science, consacrée à la découverte d'une nouvelle entité de rejet de greffe impliquant les lymphocytes NK¹, scelle son parcours hospitalo-universitaire. Nommée MCU-PH en immunologie en 2021, elle conjugue activité clinique, recherche translationnelle et enseignement universitaire. Son expertise : la prise en charge globale des patients transplantés, de la préparation à la greffe au suivi post-transplantation, ainsi que la compréhension et la gestion des complications immunologiques. « La transplantation rénale est un domaine marqué par de nombreux enjeux immunologiques. Malgré une meilleure survie et une qualité de vie améliorée par rapport à la dialyse, le rejet du greffon survient chez la majorité des patients, souvent de manière chronique, et reste difficile à diagnostiquer précocement. »

Les lymphocytes NK : une clé pour mieux traiter les complications postgreffe

Depuis 2021, elle partage son activité entre la clinique et la recherche au Centre international de recherche en infectiologie à Gerland. Ses travaux portent sur les cellules NK, des lymphocytes capables d'éliminer des cellules cancéreuses ou infectées. Au sein du laboratoire Nopab, forte des résultats obtenus lors de sa thèse de science et grâce à une bourse ANR JCJC décrochée en 2021, elle développe des biomarqueurs

non invasifs afin d'identifier précocement les patients à risque de rejet médié par les NK et de concevoir de nouvelles approches thérapeutiques ciblant ces cellules. Elle étudie aussi le rôle des cellules NK dans les infections des patients immunodéprimés, notamment celles dues au cytomégalovirus (CMV) dans le cadre du projet européen Horus. « Les cellules NK sont essentielles pour combattre ce virus lorsque les lymphocytes T sont inhibés », explique-t-elle. Avec la professeure Hannah Kaminski (CHU de Bordeaux), elle travaille au développement des thérapies cellulaires, reposant sur l'amplification *ex vivo* des cellules immunitaires du patient pour traiter les infections réfractaires. Les premiers produits de thérapie cellulaire devraient être développés sur la nouvelle plateforme Artemis des HCL, grâce à un financement de l'Agence nationale de la recherche obtenu en 2025.

Étude des cellules NK au-delà de la transplantation

L'expertise de la Dre Koenig sur les cellules NK s'étend à l'étude des tumeurs trophoblastiques dans le cadre d'une collaboration avec le Pr Pierre-Adrien Bolze, chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Lyon Sud. Cette collaboration constitue également un levier pour le développement de modèles innovants de souris humanisées, utiles aux tests précliniques de thérapies cellulaires, en transplantation comme en cancérologie.

¹ NK pour natural killer en anglais.



CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE DES HCL

Des missions stratégiques au cœur de l'innovation médicale

Véritable interface entre la recherche fondamentale et le soin, le Centre d'investigation clinique (CIC) des Hospices Civils de Lyon occupe une place centrale dans l'innovation médicale.

Doté d'une double tutelle DGOS-Inserm, ce centre labellisé depuis 2001 s'inscrit dans un réseau national de 56 CIC, soumis à une évaluation quinquennale par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES). Sa mission première est de favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances scientifiques et médicales afin d'améliorer la prise en charge des patients, notamment à travers la recherche clinique et translationnelle.

Plateforme de coordination et d'investigation, le CIC accompagne les équipes de la conception des études jusqu'à leur mise en œuvre. Il apporte une expertise méthodologique et réglementaire, depuis l'aide à la rédaction des protocoles jusqu'aux mises en place des essais sur les sites hospitaliers. Les investigateurs des HCL comme les chercheurs des unités mixtes de recherche bénéficient d'un appui logistique complet : mise en place des circuits, coordination des équipes, gestion logistique et suivi des patients ou volontaires sains. « Cette mission s'étend jusqu'au recrutement et au suivi des participants sur le groupement hospitalier Est », souligne Marielle Buisson, pharmacienne déléguée au CIC.

Pilier de la recherche clinique et translationnelle aux HCL

Porté par la combinaison d'une nouvelle feuille de route nationale et d'une ambition locale, le CIC s'appuie sur cinq domaines de compétence complémentaires. La pharmacologie clinique et thérapeutique se concentre sur les essais précoces, y compris la première administration à l'homme et les méthodologies innovantes. Les biothérapies innovantes assurent le lien entre études précliniques et essais cliniques, notamment en immunothérapie et thérapies innovantes en lien avec la plateforme Artemis. Le domaine physiologie-physiopathologie soutient la recherche translationnelle via le phénotypage approfondi de cohortes et notamment l'identification de biomarqueurs avec un lien fort avec les activités conduites dans les UMR du site. Le domaine de l'innovation technologique accompagne les recherches précoces sur dispositifs médicaux et outils numériques, tandis que la santé publique permet une interface rapide avec les expertises en biostatistiques et le développement de modèles statistiques nourrissant les autres domaines.

Le CIC dispose d'infrastructures adaptées aux essais complexes, incluant une autorisation de lieu de recherche de première administration à l'homme, du personnel et des lits de recherche dédiés et un accès à la réanimation pour certaines thérapies innovantes. Certifié ISO 9001 depuis 2023, il garantit la qualité de ces process, l'intégrité des données des études, la sécurité des participants et la structuration de programmes scientifiques prioritaires autour de projets complexes. Coordonné par le Pr Behrouz Kassai, auquel succédera le Pr Sylvain Rheims à partir de 2027, avec l'appui de Marielle Buisson, le CIC s'affirme comme un pilier de la recherche clinique et translationnelle aux HCL, au service des innovations médicales de demain.

→ Lire aussi : Centre d'investigation clinique : au service d'une recherche clinique plus ouverte et collaborative, Pixel.

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE PRÉCISION

Les HCL intègrent le consortium européen PreciseOnco

Coordonné par Philips, PreciseOnco rassemble les leaders européens de l'expertise clinique et de l'innovation industrielle. Ce projet de recherche vise à établir un nouveau référentiel en matière de précision, de sécurité et d'efficacité dans le traitement peu invasif du cancer, en utilisant les dernières technologies de radiologie interventionnelle.

PLATEFORMES TECHNOLOGIQUES ET D'EXPERTISE DES HCL

Découvrez Artemis

La plateforme Artemis (applications et recherche en tissus, cellules et médicaments innovants) affiche plus de 35 ans d'expérience en culture cellulaire à visée thérapeutique (culture d'épiderme pour le recouvrement des brûlés) et plus de 20 ans en conservation de tissus humains (cornées, membranes amniotiques).

Plus d'infos :





d'
UNE RESPONSABILITÉ
à
UNE RECONNAISSANCE



Nous accompagnons chaque jour le personnel hospitalier en vous proposant des services avantageux. *Contactez-nous !*

**BANQUE
POPULAIRE** 
AUVERGNE RHÔNE ALPES



La banque coopérative
de la fonction publique