



- > Les pathologies de l'été
- > Réanimation : questions d'éthique
- > Un TEP pour dépister les cancers

Dossier

La prévention et le CHU

POUR LES PARTICULIERS
**DES TERRAINS
CLÉ EN MAIN**

- > Aménagement paysagé soigné
- > Libre choix du constructeur
- > Exonération de Taxe Locale d'Équipement (TLE) et de participation au tout à l'égout (PRE) sur les communes de Naintré, Chasseneuil du Poitou, Poitiers, Vouillé et Saint-Benoît.

NAINTRÉ
**Le Bois
Weber**

CHASSENEUIL
DU POITOU
Les Philambins

SEP

POITIERS
Saint-Éloi

SAINT-BENOÎT
**La Gibauderie
Les Lonjoles**

VOUILLÉ
Vaugendron

PARTHENAY
**Les Loges
Les Roberdes**

SOCIÉTÉ D'ÉQUIPEMENT
DU POITOU
Rue Chanoiné - Duret
Acropole Rivaud
BP 20967
86038 POITIERS CEDEX

APPELEZ-NOUS DIRECTEMENT

N° Vert 0 800 801 089

811-5

DTSI
informatique

Le choix Le prix La qualité



www.dtsi.fr

séquence
GROUPE

On ne devient pas
La Référence
Par hasard!

DTSI

Entreprise informatique
la plus performante
du Poitou Charentes
en 2003*

avec Microsoft et DTSI

Découvrez les avantages du PC Professionnel :

- une fiabilité et une sécurité accrues
- un PC prêt pour le réseau et les communications
- des outils de pilotage et de promotion de votre entreprise.



**Exception PC
Performance**

Windows XP Pro et Office XP,
une nouvelle façon de travailler

Exception PC Performance équipé de Windows XP Professionnel et de Office XP Edition PME à partir de 1399 € HT (1673,20 € TTC)

4 Bd Jeanne d'Arc - POITIERS
tél : 05 49 30 05 55

* classement annuel du Figaro Entreprises du 7 Avril 2003

En bref...	4
Les droits des patients	8
<i>La loi du 4 mars 2002 traite des droits du patient.</i>	
Un TEP pour dépister les cancers	10
<i>Un TEP permettra un diagnostic précoce et plus précis de certains cancers.</i>	
Les pathologies de l'été	12
<i>Apprendre à «utiliser» le meilleur du soleil et à «échanger» avec la nature : une éducation essentielle à l'approche de l'été.</i>	
<i>Dossier</i>	
Le prévention et le CHU	14
<i>Prévention. Derrière ce terme unique, de multiples acteurs et plusieurs niveaux d'intervention. Comment l'hôpital s'inscrit-il dans ce paysage ?</i>	
Comprendre et soigner les troubles du sommeil	20
<i>Interview du professeur Joël Paquereau, chef du service de neurophysiologie clinique.</i>	
La transplantation rénale : bilan et perspective	22
<i>Aujourd'hui, en raison d'un déficit majeur de greffons, le nombre de transplantations est limité.</i>	
Réanimation : questions d'éthique	24
<i>De l'éthique à la protection juridique des personnes.</i>	
La pharmacie, un partenaire essentiel	26
<i>La pharmacie du CHU joue un rôle fondamental pour garantir l'utilisation efficace du médicament.</i>	
En bref...	28
Histoire	30
<i>Promenade dans nos archives</i>	

éditorial

Chaque année, le cancer tue en France 160 000 personnes. La population française vieillissant, les cancers augmentent. Une hausse de 3 à 5 % par an des nouveaux cas est prévue pour les 10 prochaines années.

Devant ces chiffres, le ministre de la Santé a défini un «plan cancer». Désormais, chaque région devra compter un institut régional de cancérologie, fédérant l'université, les services de cancérologie de CHU et, le cas échéant, des centres régionaux de lutte contre le cancer. Puisqu'aucun centre de cette nature n'existe en Poitou-Charentes, nous sommes appelés à mettre en place cet institut régional de cancérologie.

Dans son contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence régionale d'hospitalisation, le CHU de Poitiers s'engageait déjà à augmenter son offre de soins, à créer un bâtiment accueillant la fédération d'oncologie et d'hématologie, à développer la curiethérapie, à renouveler son parc de radiothérapie et à ouvrir des lits pour des patients en fin de vie.

L'ambition est, grâce à une unité de lieu et par une mutualisation des moyens, d'offrir une prise en charge pluridisciplinaire et, par conséquent, de limiter les déplacements du patient. Ainsi, toutes les chimiothérapies ambulatoires auront lieu dans cet institut.

La thérapie cellulaire bénéficiera elle aussi d'un soutien particulier. Enfin, les activités de recherche seront développées et des lits accueilleront des patients pour des essais cliniques.

Il convient maintenant, au regard des mesures annoncées et des crédits disponibles, d'étoffer rapidement ces objectifs afin que l'institut régional de cancérologie ouvre ses portes en 2007.



Jean-Pierre Dewitte

CHU le magazine

Direction déléguée à la communication - Centre hospitalier universitaire de Poitiers - Jean Bernard
2, rue de la Milétrie - BP 577 - 86021 Poitiers Cedex - Tél. 05 49 44 47 47 - Fax 05 49 44 47 48 - E-mail : communication@chu-poitiers.fr
Directeur de la publication Jean-Pierre Dewitte - Rédacteur en chef Stéphane Maret - Assistante Ariane Becker.

Ont collaboré à la rédaction Jacques Ariès, Laetitia Becq-Giraudon, Emilie Bérard, Guy Touchard,
Agence de presse AV Communication, Philippe Quintard, Ahn-Gaëlle Truong

Photographies et illustrations Thierry Aimé - Photogravure et impression DPI Impression (Parthenay)

Publicité ComWest2 - 13, rue de Plaisance - 86190 Vouillé - Tél. 05 49 36 02 81 - Fax 05 49 88 57 86 - E-mail : comwest2@aol.com

Dépôt légal 2^e trimestre 2003 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 11 000 ex.

■ Mouvements de directeurs

En mars dernier, Séverine Masson a pris, au CHU de Poitiers, ses fonctions de directrice adjointe en charge des affaires générales et de la coopération.

En avril, Marie-Hélène Collet a été nommée directrice de l'Institut de formation des cadres de santé. Jean-René Martin, directeur de soins, lui succède à la direction du service des soins infirmiers.

En mai, Michel Vergès a pris ses fonctions de directeur général adjoint. Il occupait auparavant le poste de directeur des travaux et de l'ingénierie du CHU de Bordeaux.

■ Création de deux postes de praticien hospitalo-universitaire titulaire en 2003

Un emploi de professeur des universités - praticien hospitalier a été créé dans le service d'anesthésie-réanimation. C'est le docteur Olivier Mimoz qui occupera ce poste. Un emploi de professeur des universités - praticien hospitalier a également été créé dans le service de neurologie. Cette création de poste permet d'accueillir le professeur Jacques Hugon qui a exercé au CHU de Limoges avant de prendre pendant trois ans la direction du département d'anatomie, histologie et biologie cellulaire à la faculté de médecine de l'université de Hong Kong.



Grands chantiers : prêts ? Partez !

Les permis de construire des grands chantiers, à savoir Urgences - Biologie médicale et Pôle Formation Documentation, ont été délivrés. Les travaux ont débuté dans le courant du deuxième trimestre 2003 à l'issue des appels d'offres.

Ainsi, dans la perspective du futur bâtiment Urgences - Biologie médicale, l'ancien internat a été déconstruit début février. L'extrémité du bâtiment René Le Blaye a été détruite pour faire place au même chantier. Cet ouvrage avait été construit en 1952 (*photo ci-dessous*). A cette époque, le bois était roi et une voix ferrée avait été spécialement conçue pour transporter les matériaux.



■ Distinctions

Le professeur Jacques Barbier, président de l'Académie de chirurgie et ancien chef du service de chirurgie viscérale du CHU de Poitiers, a été élu en janvier dernier membre correspondant national de l'Académie de médecine. Avec le professeur Daniel Bontoux, ancien chef du

service de rhumatologie, la région Poitou-Charentes compte désormais deux membres correspondants nationaux de l'Académie de médecine. Marie-Catherine Chevalier de Lauzières, responsable de la bibliothèque du CHU, a été décorée chevalier de

■ Nécrologie

C'est avec beaucoup de tristesse que la communauté hospitalière a appris le 14 janvier dernier le décès, à l'âge de 50 ans, du professeur Serge Bouquet, chef du service de pharmacocinétique. Le professeur Christian-Jacques Larsen a été désigné pour assurer les fonctions de chef du service de pharmacocinétique.

■ Nominations

Le professeur Christine Silvain a été désignée chef du service d'hépatogastro-entérologie et assistance nutritive, le professeur Michel Morichau-Beauchant ayant démissionné pour se consacrer à ses nouvelles fonctions de coordonnateur du Pôle médico-chirurgical de l'appareil digestif. Le docteur Jean-Yves Poupet a été nommé chef du département de gériatrie qui regroupe, depuis le 1^{er} janvier 2003, les anciens services de médecine et gériatrie-réadaptation et gériatrie

l'Ordre des arts et des lettres le 15 octobre dernier. C'est la présidente de l'association, Jacqueline Berger, qui lui a remis cette décoration en reconnaissance des 25 années pendant lesquelles Marie-Catherine Chevalier de Lauzières a dirigé la structure.

■ Elections de la commission médicale d'établissement (CME)

Les scrutins du 14 février et 13 mars ont permis le renouvellement de la commission médicale d'établissement pour un mandat de 4 ans. Le 7 avril dernier, la CME a élu son président : le professeur Michel Carretier (*photo*). Le chef du service de chirurgie viscérale succède ainsi au professeur Bertrand Becq-Giraudon, chef du service de médecine interne, maladies infectieuses et tropicales.



Catastrophe de l'A10 : plan blanc à l'hôpital

L'accident survenu le mardi 5 novembre dernier, sur l'autoroute A10, a amené le CHU de Poitiers à déclencher un «plan blanc». Le «plan blanc» est un dispositif hospitalier qui définit les procédures d'intervention des secours et de mobilisation des moyens pour faire face à un afflux important de victimes. 8 personnes ont perdu la vie dans ce tragique accident. 26 blessés ont été pris en charge par le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers. 53 personnes, impliquées dans l'accident mais non blessées, ont aussi été accueillies à la cellule médico-psychologique mise en place pour l'occasion. La direction de l'établissement remercie vivement l'ensemble des personnes ayant apporté ou proposé leur soutien pour garantir le bon déroulement de l'opération. Elle remercie également tous les personnels de l'établissement qui, en dehors du «plan blanc», ont assuré le fonctionnement courant des services pour garantir l'accueil et la prise en charge des patients admis par ailleurs.

Enfin, elle adresse à nouveau ses remerciements aux journalistes pour leur discrétion dans l'établissement et leur respect à l'égard des patients et de leurs proches, ainsi que du personnel.

■ Prix

L'association d'aide aux jeunes diabétiques a décerné à Patricia Braud (*photo*), infirmière en pédiatrie, le prix de l'éducation 2002 d'un montant de 763 €. Ce prix récompense la réalisation d'un jeu de cartes associant la mise en situation, les symptômes, les actions à mener, pour des enfants diabétiques de 5 ans.

Le professeur René Robert du service de réanimation médicale a reçu le prix «éthique, évaluation et qualité» en janvier dernier à l'occasion du congrès de la Société de réanimation de langue française. Ce prix, d'une valeur de 4 000 €, récompense un travail sur «relevé des événements indésirables au cours du séjour en réanimation», réalisé avec des équipes du CHU de Poitiers.



■ Périnatalité

Le CHU de Poitiers a décidé d'adhérer au réseau périnatalité de la région Poitou-Charentes. L'établissement est qualifié d'établissement de niveau 3 par la réglementation, car il dispose d'une unité de réanimation néonatale. Dans le cadre du réseau périnatalité, il est appelé à passer des conventions avec les établissements de santé publics et privés de niveaux 1 et 2 de la région Poitou-Charentes. Ces conventions prévoient notamment l'organisation de la prise en charge des grossesses normales et pathologiques, ainsi que l'organisation du diagnostic anténatal, le suivi des nouveau-nés et les règles relatives au transport entre établissements.



■ Taupinette

Béatrice Geaugeais et Catherine Guillot (*ci-dessus*), infirmières puéricultrices en hôpital de jour – consultations du service de pédiatrie, présentent «Taupinette». «Taupinette» est le personnage principal d'un CD-Rom interactif et éducatif sur l'IRM qu'elles ont réalisé pour préparer les enfants à cet examen.

■ Court et moyen séjours gériatriques : avant-projet sommaire et plan de financement

Le marché de maîtrise d'œuvre pour la restructuration du bâtiment Georges Heuyer en vue d'y installer des lits de court et moyen séjours gériatriques a été attribué à l'équipe composée de l'agence Ameller-Dubois (Paris) – mandataire –, du cabinet Desavire (Parthenay), du Bureau technique du Poitou (Niort) et de

Ledoux bureau d'études (Tours). Les études ont débuté concernant la localisation des 4 unités d'hébergement (54 lits), de l'unité de consultation et de l'hôpital de jour de gériatrie de 15 places. Le programme couvre une surface de 3 200 m² utile pour un coût de 4,6 millions d'euros et une mise en service en janvier 2005.



Cancérologie en 2007 : un nouveau centre régional...

L'hôpital de la Milétrie verra la construction d'un bâtiment dédié à la cancérologie. Il permettra d'amplifier et de conforter l'activité de cancérologie du CHU. En plus des trois services d'oncologie hématologique, d'oncologie médicale et d'oncologie radiothérapique, il accueillera des activités de chimiothérapie et soins ambulatoires, de recherche, de consultation, de coordination, de prévention et d'éducation.

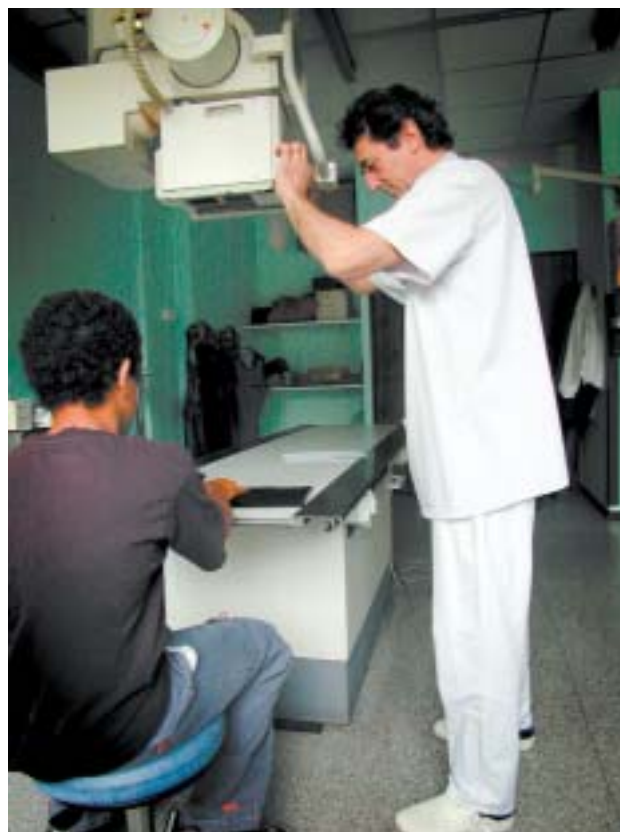
...et dès 2003, création de 11 places d'hôpital de jour

Dans l'attente de ce nouveau bâtiment, le CHU de Poitiers doit répondre à l'accroissement de l'activité en cancérologie. L'augmentation du nombre de séances annuelles (+ 25% entre 1999 et 2001) et des taux d'occupation (128,61% en 2001) traduit cette évolution. Il est donc envisagé de transformer 6 des 22 lits d'hospitalisation de semaine en lits d'hospitalisation complète. Afin de pallier la diminution des capacités d'accueil en hospitalisation de semaine et de faire face à l'augmentation significative des séances d'oncologie hématologique et d'oncologie médicale, le CHU envisage de porter sa capacité autorisée en places de jour de 14 à 25, soit 11 places supplémentaires. L'objectif est de mettre en œuvre, dès 2003, 8 de ces 11 places supplémentaires, sous réserve de l'accord des autorités compétentes.

■ **Restructuration du plateau d'imagerie**

Le projet d'établissement 2001-2005 et le contrat d'objectifs et de moyens prévoient l'extension et la restructuration de l'imagerie médicale. Les travaux débuteront en septembre 2003 et s'achèveront en septembre 2005. Cette opération constitue la seconde étape de la

recomposition du plateau technique après la reconstruction des blocs de gynécologie et d'obstétrique. Sur 2 700 m², le futur plateau d'imagerie comportera 9 salles d'échographie-mammographie, 6 salles de radiodiagnostic dont une salle vasculaire et interventionnelle, une unité de scanographie.



Déconcentration de gestion

Le CHU de Poitiers a décidé, dans son projet d'établissement 2001-2005, de promouvoir le regroupement de ses services en pôles d'activité. Le contrat d'objectifs et de moyens 2002-2006 prévoit une déconcentration de la gestion, avec une expérimentation de deux pôles d'activité à compter de 2003 : le pôle médicochirurgical de l'appareil digestif et le pôle de biologie.

L'objectif poursuivi est la mutualisation des moyens et des savoirs pour que les décisions soient prises au plus près du lieu de leur application. Pour le pôle médicochirurgical de l'appareil digestif, le coordinateur est le professeur Morichau-Beauchant, le cadre supérieur assistant Nadège Louis et le directeur référent Emilie Bérard. Pour le pôle de biologie, le coordinateur est le professeur Jean-Louis Fauchère, le cadre supérieur Jacques Bertrand et le directeur référent Michel Sorel.



■ **Séverine Richard communique pour «Un hôpital pour les enfants»**

Originaire d'Angers, Séverine Richard (*ci-contre*) est arrivée début mars au CHU de Poitiers. Succédant à Pavlina Gennatos, elle a pris officiellement ses fonctions de chargée de communication de l'association «Un hôpital pour les enfants» au mois d'avril. Vous pouvez la contacter au 05 49 44 38 25.

■ **Réduction de la durée avant mise en stage**

En 2000, le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers a retenu parmi ses priorités sociales la réduction du délai d'exercice en qualité de contractuel avant la mise en stage. Celui-ci était alors de trois ans. L'établissement vient de décider de procéder à une nouvelle réduction qui portera ce délai à 18 mois de présence sous certaines conditions. Cette mesure forte prendra effet progressivement et sera totalement opérationnelle au 31 décembre 2003.

Les droits des patients



L'accès à son dossier médical est un droit du patient.

Depuis le 4 mars 2002, une nouvelle loi porte sur les droits des patients. Par ailleurs, plusieurs dispositions sont développées, notamment la formation des professionnels et l'évaluation de leurs connaissances, le renforcement des obligations déontologiques et de la loi anti-cadeaux, la représentation des usagers dans le système de santé, le renforcement du droit à l'information et au consentement.

Mais sur le fond, que retenir de ce texte réglementaire ? Tout d'abord, car c'est le plus évident et le mieux connu du grand public, l'accès direct du malade à son dossier est une disposition majeure du texte. Rappelons-le, le malade avait déjà accès à son dossier avant 2002, mais uniquement par l'intermédiaire du médecin de son choix. Cependant, l'accès direct au dossier était demandé par toutes les associations de malades, qui ont eu gain de cause. Il ne faut pas sous-estimer cette disposition, qui est d'abord symbolique puisqu'elle rétablit un certain équilibre dans la relation médecin-malade. Surtout, l'accès direct au dossier pose à nouveau, au sein du CHU de Poitiers comme ailleurs, la question de la tenue du dossier et des éléments qui doivent y figurer. Nul doute qu'à terme, il faille entreprendre

Emilie Bérard, directrice du service des usagers des risques et de la qualité.



une réflexion sur le toilettage et l'harmonisation du dossier entre les différents services de l'hôpital. En attendant, le CHU s'est d'ores et déjà doté d'une procédure de communication du dossier mieux adaptée aux nouvelles dispositions réglementaires : rappelons que le nombre de demandes enregistrées par la direction est passé de 80 à 180 demandes entre 2001 et 2002 !

Un autre point particulièrement important porte sur l'indemnisation de l'aléa thérapeutique. En effet, la médecine n'est pas une science exacte. Malgré les progrès constants et l'attention des professionnels de santé, toute personne peut être victime d'un accident médical, sans que la responsabilité de quiconque soit nécessairement mise en cause. Or, jusqu'à présent, le système judiciaire permettait d'indemniser un dommage corporel à la seule condition qu'une responsabilité – celle d'un établissement ou d'un professionnel – soit prouvée dans la survenue du dommage. L'indemnisation de l'aléa thérapeutique, proposée par la loi, ne vise pas à se substituer à la responsabilité en cas de faute. Mais elle instaure un système d'assurance nationale complémentaire, destiné à garantir aux personnes une indemnisation à titre collectif lorsqu'elles sont victimes d'un simple accident médical, sans responsabilité particulière. ■



**Anglais
Allemand
Espagnol**
(autres langues
possibles)

Centre d'Étude des Langues

PAS DE COMMUNICATION SANS EXPRESSION...

Parce que satisfaire vos besoins linguistiques est notre objectif, nos méthodes sont les plus adaptées et vos résultats garantis.

>>> **Formations intra entreprises**
anglais, allemand, espagnol...
en groupe ou en individuel

>>> **Formations tous publics**

>>> **Traduction**
toutes langues, tous secteurs
d'activités

>>> **Interprétation**
consécutif ou simultanée

>>> **Centre agréé TOEIC**

La meilleure solution pour vous après un simple
test sans engagement
appelez le **05 49 49 48 48**

NB : nos formations sont validées par le test TOEIC sur demande



force in (e)motion

196401044101010

Les Bureaux
du Lac

Téléport 2
Av. René Cassin
BP 10204
86062
FUTUROSCOPE
CHASSENEUIL
CEDEX



INEO

INEO ATLANTIQUE

SNC INEO ATLANTIQUE

17, rue Claude Berthollet
Z.I. République III
86000 POITIERS
Tél : 05.49.52.33.33 – Fax : 05.49.55.45.12

EQUIPEMENTS ELECTRIQUES

- Electricité Courants Forts
- Electricité Courants Faibles
- Automatismes
- Informatique Industrielle
- Supervision
- Groupes Electrogènes
- Détection Automatique d'Incendie
- Anti-Intrusion – Contrôle d'accès
- Dépannage, Entretien, Maintenance 24 h/24

Une équipe de professionnels
à votre service

Espaces Congrès

de La Rochelle



"Pour vos rencontres et échanges : **deux sites privilégiés** à la Rochelle."

- Conventions
- Colloques
- Congrès
- Accueil et organisation de salons
- Lancements de produit
 - Soirées de gala
 - Conférences
 - Spectacles



Le **Centre des Congrès**,
au cœur du Port de plaisance,
et l'**Espace Encaïn**,
sur le Bassin des Grands Yachts,
pour toute manifestation
de 20 à 2000 personnes.

Espaces Encaïn • Centre des Congrès
Quai Louis Prunier - BP 3106 - 17033 La Rochelle cedex 1
Tél : 05 46 45 00 00
Fax : 05 46 44 04 07
e-mail : info@espacescongres-larochelle.com
www.espacescongres-larochelle.com



Un TEP pour dépister les cancers

En octobre prochain, le GIE Positon Poitou-Charentes disposera d'un équipement d'imagerie médicale : le tomographe à émission de positons qui sera installé dans le service de médecine nucléaire du CHU. Couplé à un scanner, cet appareil produira des images de structures métaboliques et anatomiques. Il permettra un diagnostic précoce et plus précis de certains cancers ainsi qu'une prise en charge thérapeutique des patients mieux adaptée.

La tomographie à émission de positons (TEP) est une technique d'imagerie nucléaire sophistiquée dont la précision a longtemps été utilisée en recherche cérébrale. Aujourd'hui, cette technique présente une efficacité remarquable pour une détection plus précoce de certains cancers et le suivi des traitements. «A la différence des autres méthodes d'imagerie médicale que sont la radiographie,

la scanographie, l'imagerie par résonance magnétique, qui ne permettent souvent qu'une analyse morphologique des lésions, le TEP traduit les modifications chimiques et physiologiques associées au métabolisme des cellules du corps humain, explique le professeur Rémy Perdrisot, chef du service de médecine nucléaire du CHU. Il permet ainsi de mettre en évidence, suivant la cible choisie, toutes les cellules malignes. Cette approche est primordiale dans le cadre du dépistage d'une maladie qui se manifeste d'abord métaboliquement avant même d'occasionner ses premiers effets anatomiques.» Toutefois cette technique d'imagerie fonctionnelle produit des images qui sont moins précises que celles du scanner. Les foyers fixants sont souvent de petite taille. Il est donc difficile de les valider par rapport aux autres instruments anatomiques. Le GIE a donc privilégié un équipement qui couple les deux techniques. La superposition des deux images, l'une fonctionnelle, l'autre anatomique, permet ainsi un diagnostic plus précis, notamment dans le cas de mélanomes, de lymphomes, et du cancer du poumon.

Rattraper le retard en matière d'équipements

La France a connu ces deux dernières années une augmentation des autorisations d'équipements lourds, ce qui lui permet de rattraper une partie de son retard. «Elle reste cependant en bas du tableau des principales nations européennes, précise Geneviève Wahart, ingénieur biomédical, en charge du domaine imagerie. En effet, la carte sanitaire prévoit en France d'ici 5 ans un TEP par million d'habitants alors qu'il y en a 1,1 pour l'Allemagne et 1,7 pour la Belgique. De fait, cet équipement arrivera très vite à saturation. Pour le moment, il est prévu de réaliser 1 600 examens chaque année, ce qui fait une moyenne de 8 patients par jour. Je pense qu'à terme, avec une optimisation de l'utilisation des machines, on devrait arriver à 10 patients journaliers.» Le coût de l'examen s'élève à 1 200 euros environ.

«Cependant, aujourd'hui, la nomenclature n'est pas clairement établie par rapport au remboursement de cette nouvelle activité. Le GIE reste donc attentif aux efforts qui pourraient être faits par la collectivité», conclut Geneviève Wahart.

Le cancer suivi à la trace

L'intérêt de cette méthode, qui relève de la médecine nucléaire, est de détecter des radioéléments émetteurs de positons, intégrés dans une molécule spécifique, qui se fixent au niveau des cellules tumorales ou inflammatoires. «Une des molécules spécifiques – la seule autorisée en France –, est le fluorodésoxyglucose (FDG), appelée traceur, marquée par un atome radioactif fabriqué dans un cyclotron, poursuit le professeur Perdrisot. Ce traceur est ensuite injecté dans le sang du patient. Puis, grâce à

Des techniques complémentaires pour un meilleur diagnostic

Entretien avec le professeur Pierre Vandermarcq, chef du service de radiologie

Est-ce que cette nouvelle technologie va supplanter certaines techniques d'imagerie traditionnelle ?

Je ne le pense pas. Sa remarquable efficacité va donner une nouvelle dimension au parc d'équipement. L'expérience prouve que bien souvent les techniques sont complémentaires. Quand l'IRM a été mise sur le marché, on a dit qu'elle allait remplacer le scanner. Or, il y a des choses que le scanner peut voir mais pas l'IRM et inversement. La technologie même de la TEP, qui est assez grossière dans la représentation visuelle de la structure malade, ne trouve toute son efficacité qu'en la couplant avec un autre appareil d'imagerie qui situera précisément la zone pathologique dans l'univers anatomique. Nous sommes dans un environnement de complémentarité des techniques.

Justement, comment va se faire cette complémentarité entre le service de radiologie et celui de médecine nucléaire ?

Dans un premier temps, les radiologues établiront avec les médecins nucléaires une analyse conjointe des images produites. Chacun apportant son savoir-faire et ses connaissances. Au fur et à mesure, lorsque les médecins nucléaires auront acquis l'expérience de la lecture du scanner, ils pourront être autonomes.

Est-ce que la tomographie par émission de positons va ouvrir de nouvelles voies dans la recherche de certaines pathologies ?

La TEP s'est imposée progressivement en oncologie depuis seulement quelques années. Initialement, cette méthode était utilisée à des fins de recherche en neurologie. Je crois que ces recherches vont non seulement continuer mais s'amplifier. Beaucoup de travaux ont été réalisés sur la maladie d'Alzheimer avec ce tomographe, en particulier pour connaître toutes les voies d'associations neuronales qui sont mises en jeu dans la mémorisation. Ces travaux ont pour objectif de tester des molécules qui vont permettre de ralentir la maladie. Le TEP servira là aussi à valider l'activité d'un certain nombre de molécules. Et je pense que ces études s'étendront à d'autres sites cognitifs qui mettent en jeu les fonctions supérieures du cerveau.



une caméra spéciale, la caméra à positons, on détecte les sites ayant fixé le traceur et ceci dans tous les organes du corps. La mise en évidence d'une hyperfixation produite par une émission radioactive du traceur permet alors de visualiser très clairement les métabolismes cellulaires anormaux.» Le couplage avec le scanner offre une définition encore plus précise de la zone pathologique. Les résultats permettent de ce fait une meilleure prise en charge des patients. «En bénéficiant d'un diagnostic plus juste, nous pouvons prescrire des traitements plus adaptés. De plus, cette technique nous permet de surveiller l'efficacité du traitement ainsi que les récidives éventuelles.»

Un GIE entre le privé et le public

Ce nouvel appareil représente un investissement important de plus de 2 M€. Le CHU ne pouvant supporter seul un tel coût, une association entre le secteur privé et le secteur public a été envisagée. Un groupement d'intérêt économique a ainsi été constitué avec *Scintigraphie du centre d'imagerie du Poitou* : le GIE *Positon Poitou-Charentes*. Le TEP sera installé au CHU de Poitiers, mais c'est le GIE – géré par quatre administrateurs : le professeur Rémy Perdrisot et Jean-Pierre Dewitte pour le CHU, et le docteur Philippe Chartier et le docteur Vincent Brousse pour le secteur privé – qui bénéficie de l'autorisation d'installation et d'exploitation. Le GIE organisera la prise en charge des patients. Pour ce faire, secteurs privé et public mettront du personnel à disposition du GIE. Pour les patients, cette organisation n'aura pas d'incidence puisqu'ils seront pris en charge dans un planning unique.

Le nouvel équipement devrait entrer en service en octobre prochain. D'importants travaux d'aménagement sont en cours de finition au service de médecine nucléaire pour recevoir cet appareil qui nécessite un environnement protégé en raison de ses rayonnements énergétiques. ■

A première vue, il est difficile de distinguer le TEP d'un scanner, comme celui-ci, nouvellement installé au service de radiologie du CHU.



Les pathologies de l'été

Apprendre à «utiliser» le meilleur du soleil et à «échanger» avec la nature : une éducation essentielle à l'approche de l'été.

Professeur Gérard Guillet, chef du service de dermatologie et dermato-allergologie.



Aux premiers rayons du soleil, petits et grands redécouvrent chaque année les joies des bords de mer, mais aussi de la montagne et de la campagne. Cette confrontation avec l'environnement extérieur, souvent trop brutale, n'est pas toujours bénéfique à l'organisme, particulièrement à la peau. Au début du siècle dernier encore, une peau hâlée était la marque péjorative d'une vie passée au grand air. La culture de l'apparence évoluant, le teint bronzé est aujourd'hui devenu un marqueur sociologique de réussite et de bien-être. Qu'en sera-t-il demain ?

En réponse à un abus de soleil, la peau est blessée. Fréquent, le coup de soleil est la marque immédiate de cet excès. A moyen ou long terme, vieillissement cutané prématuré (héliodermie), voire pathologie tumorale (mélanome), sont susceptibles d'apparaître.

Le printemps et l'été voient aussi arriver nombre d'aléas saisonniers, d'allergies en particulier. «Parmi les accidents printaniers les plus courants, on peut citer ceux dus au soleil mais aussi aux chenilles processionnaires ou aux pol-

lens d'arbres, d'herbacées ou de graminées, précise le professeur Gérard Guillet, chef du service de dermatologie et dermato-allergologie du CHU. Les manifestations d'allergies sont diverses et peuvent atteindre la peau (eczéma, dermatite de contact) aussi bien que le système respiratoire (asthme), les yeux ou le nez.» A l'approche de l'été se profilent d'autres menaces : celles des envenimations des campagnes (guêpes, abeilles) ou des bords de mer (méduses, physalies, vives). «En cas de piqûre, le premier geste à faire est d'approcher une source de chaleur au contact du venin, précise le médecin. Il sera détruit car il est thermolabile. La zone piquée deviendra moins douloureuse et moins inflammatoire après le chauffage. Il ne s'agit pas de brûler la peau, avec une cigarette par exemple, de l'eau chaude à 40 °C suffit.»

La lucite estivale bénigne est une réaction d'intolérance au soleil. Cette dermatite du premier soleil, qui dure de deux à trois semaines, consiste en l'apparition de papules rouges érythémateuses sur des zones non chroniquement exposées

au soleil, le plus souvent le décolleté et les avant-bras. Lorsque le diagnostic est posé, elle peut être prévenue les années suivantes en «préparant» la peau par certains médicaments (β -carotène ou anti-paludéens) ou plus simplement par un écran total anti-solaire. L'urticaire solaire doit attirer l'attention mais elle n'est pas toujours révélatrice d'une maladie grave (telle que la porphyrie). Elle peut être le résultat d'une allergie vraie au soleil ou d'une photoallergie médicamenteuse (aux hypolipémiants par exemple). Les filtres anti-solaires et les parfums peuvent eux aussi être sources d'allergies de contact et/ou de photoallergies.

L'urgence «touristique» de la peau de l'été est représentée par l'inconfort d'une lésion aiguë inflammatoire d'envenimation ou par un œdème allergique nécessitant l'administration d'antihistaminiques ou de corticoïdes (voire d'adrénaline en cas de malaise associé).

Concernant les manifestations des brûlures dues au soleil, la prévention est de rigueur. Il existe des écrans anti-solaires qui protègent à la fois des rayons ultraviolets de type A (les UVA, qui font bronzer) et de type B (responsables des coups de soleil). Il est préférable en tout cas de choisir un écran total à indice de protection élevé, au minimum 20, 60 en cas de pathologie solaire. Ceci est nécessaire car les UV sont les grands responsables des méfaits du soleil : ils cassent le collagène (et seront responsables de l'apparition des rides) et ont le double effet d'abîmer l'ADN et de déclencher une dépression immunitaire qui favorise l'apparition d'une dégénérescence de la peau et l'installation du cancer ! *«Il faut donc apprendre à utiliser le soleil, rassure le professeur Guillet, le cancer cutané survient dans le cadre d'une exposition cumulée, lorsque notre «capital soleil» est consommé. C'est pourquoi plus on s'expose petit, plus précoce sera le risque. Un cancer peut se préparer avant l'âge de dix*

ans, les enfants sont donc les premiers à protéger. Enfin, bien que les dermatologues y soient très sensibilisés, il convient de préciser ici le risque des UV en cabine : ceux-ci sont carcinogènes au-delà de 1 500 joules par cm^2 de peau.»

On décompte de 400 000 à 500 000 nouveaux cas de cancers de l'épiderme par an et 6 000 mélanomes malins se développant à partir de cellules naeviques (grains de beauté). Cette incidence est alarmante. Depuis 30 ans, elle augmente de 10 % chaque année, c'est-à-dire qu'elle double tous les dix ans ! Le taux annuel brut

peut atteindre 15 nouveaux cas pour 100 000 chez la femme et 8 pour 100 000 chez l'homme, avec des variations régionales liées au degré d'exposition solaire. En France, la mortalité parallèle qui en résulte se stabilise depuis la mise en place d'un dépistage précoce. Le pronostic de guérison est d'autant plus favorable que le mélanome est mince. Le seuil critique est de 0,75 mm, stade où il peut essaimer en profondeur et à distance. Le professeur Guillet insiste sur l'importance de ce dépistage : *«Il est difficile de suspecter qu'un grain de beauté soit un cancer lorsque l'on a pas été informé. Les critères qui doivent alarmer sont une irrégularité de couleur, de contour ou une modification du relief : un changement doit impérativement alerter et inciter à voir le médecin.»*

Après une vie hivernale douillette et confinée, la confrontation avec un environnement extérieur agressif et la mise à nu de la peau obligent donc à être vigilant. Si le soleil est bénéfique, il faut cependant savoir n'en prendre que le meilleur et s'y exposer raisonnablement. La population est de mieux en mieux informée. L'industrie pharmaceutique investit dans les écrans anti-solaires et dans la lutte anti-allergique. Il faut donc espérer que chacun se protège aussi efficacement que possible. *«L'objectif de toute prévention est de mieux composer avec la nature pour pouvoir échanger avec elle et n'en retenir que les bienfaits.»* ■



Grain de beauté entre deux orteils : une localisation souvent inquiétante.

La prévention et le CHU

Prévention.
Derrière ce terme
unique, de multiples
acteurs et plusieurs
niveaux
d'intervention.
Comment l'hôpital
s'inscrit-il dans ce
paysage ?

Sur 150 milliards d'euros de dépenses de santé en France, seuls 3 milliards sont consacrés à la prévention. Parente pauvre du soin, la prévention devient aujourd'hui le centre des préoccupations des politiques. Mais pourquoi le ministre de la Santé s'attache-t-il à «*ériger la prévention en impératif*» ?

Si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe le système de santé français parmi les plus performants du monde, la France compte cependant un des taux de mortalité prématurée les plus élevés d'Europe. Les décès avant 65 ans, dont les causes les plus fréquentes sont le cancer et les morts violentes, représentent 20 % du total annuel des décès. «*Ce taux de mortalité prématurée ne peut plus guère être infléchi par le soin mais par un changement profond de comportement de la population*», explique Isabelle Escure, directrice du Comité régional d'éducation pour la santé (CRES). C'est-à-dire par une politique cohérente de prévention et d'éducation pour la santé.

Au centre des politiques de santé

Avec son Plan national d'éducation pour la santé (PNES) le précédent ministre de

la Santé, Bernard Kouchner, avait déjà initié en 2001 un mouvement en faveur du développement de la prévention. Un des objectifs était la mise en place d'un service public en éducation pour la santé. Pour y répondre, un Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) devait être élaboré dans chacune des régions. En Poitou-Charentes, c'est l'Urcam qui mène le projet. «*Le Sreps Poitou-Charentes se distingue des travaux menés dans les autres régions en étudiant non seulement les acteurs d'éducation pour la santé mais également les programmes d'éducation thérapeutique*», précise d'ailleurs le chef de projet, Patrice Colombo, médecin conseil à la MSA. Aujourd'hui, l'état des lieux est réalisé et les propositions du groupe de travail pour une meilleure or-

Le Comité régional d'éducation pour la santé met à la disposition du public une documentation abondante.



Petite histoire de la prévention

Les premiers vastes programmes de santé publique sont nés au XIX^e siècle en Grande-Bretagne sous l'impulsion des "hygiénistes" anglais. Il s'agissait alors de protéger des épidémies la main-d'œuvre de la révolution industrielle. De l'hygiène individuelle on passe à l'hygiène collective, avec notamment une lutte publique contre les taudis et des programmes d'éducation sanitaire. Les travaux de Pasteur transforment le contexte des maladies infectieuses. On vaccine, on aseptise et on prescrit des comportements à suivre. Ces méthodes perdureront jusqu'après la Seconde Guerre mondiale. Des années 60 à aujourd'hui, les concepts et les approches évoluent pour aboutir à la notion actuelle de promotion de la santé que la charte d'Ottawa, émise en 1986 lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, définit comme «*le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci*».



ganisation de l'éducation pour la santé sont finalisées et validées par le préfet. Restera alors à voir comment ce schéma, qui propose notamment la création de pôles de ressources en éducation pour la santé¹, s'intégrera dans les mesures proposées dans la loi de programmation quinquennale de l'actuel ministre de la Santé. Jean-François Mattéi propose en effet dans son projet de loi que la mise en œuvre de la politique de santé publique soit confiée à des groupements d'intérêt public qui auront «*pour vocation*

de faire travailler ensemble les structures régionales de statut public et privé ainsi que les professionnels de santé qui souhaitent s'y associer. L'idée est celle d'une structure souple, mettant en commun des moyens, tout en permettant à chacun de garder sa personnalité et son existence propres.»

Prévention protéiforme

Organiser une campagne de dépistage du cancer du sein ou une campagne de vac-

(Suite page 16)

¹ Et préconise d'autres mesures telles que la mise en place de systèmes d'évaluation des actions, de formations à l'évaluation, la simplification des demandes pour le financement ou la possibilité de financements pluriannuels, etc.

Tabac, lutter contre la dépendance

Le tabac est responsable de 60 000 morts par an en France. Ses dangers sont parfaitement connus et identifiés de la majorité de la population et, de fait, le tabagisme devrait être facilement évitable. Mais le tabac induit une dépendance dont les mécanismes comportementaux et pharmacologiques sont les mêmes que pour les autres drogues... La consultation de tabacologie du CHU aide les fumeurs à se défaire de cette dépendance.

En 2000, la consultation recevait 200 personnes. Michel Underner était alors le seul médecin. En 2002, ce sont plus de 600 personnes qui ont été reçues par un des cinq médecins du centre. Une hausse due à la multiplication du nombre de médecins mais aussi à un changement de comportement. «*S'il nous est très difficile de mesurer précisément l'efficacité des mesures de prévention engagées depuis plusieurs années, quelque*

chose a changé, remarque Michel Underner. Le non-fumeur est devenu le modèle de référence.» Depuis quelques années, les moyens de lutte se sont multipliés, notamment les substituts nicotiques dont les meilleurs enregistrent un taux de réussite supérieur à 40 % après un an. «*Ces instruments sont arrivés lentement mais aujourd'hui leur multiplicité permet de les combiner en fonction du type de dépendance du fumeur.*» Aux substituts s'ajoute un accompagnement psychologique qui prend une ampleur croissante. «*L'arrêt de la cigarette demande en effet l'application de techniques comportementales car tout le monde a une raison propre et différente de fumer.*» La consultation devrait bientôt s'adjoindre les services d'une diététicienne car nombre de rechutes sont dues à des prises de poids.

Tabac et pilule : un cocktail à risque pour de nombreuses femmes.





Isabelle Escure, directrice du Comité régional d'éducation pour la santé.

(Suite de la page 15)

cination contre la grippe ; prendre la tension de ses patients ; expliquer aux enfants des écoles les risques d'accidents domestiques ou les bases d'un petit-déjeuner équilibré ; mettre en place une cellule d'écoute destinée aux personnes déprimées ou se laver les mains avant chaque repas ; autant de gestes et d'actions qui, comme l'indique la définition de la prévention contenue dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, «ont pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents».

A chaque étape – apparition, développement ou aggravation – correspond une palette d'outils (information, éducation, dépistage, vaccination...), de lieux (école, cabinet médical, local d'association ou dans la rue...) et d'intervenants. Aussi, la pratique distingue-t-elle la prévention primaire des préventions secondaire et tertiaire. La prévention primaire

est destinée à éviter l'apparition des maladies. L'immunisation par la vaccination en est un exemple de même que le respect des règles d'hygiène. Les mesures de prévention secondaire sont appliquées quand la maladie est déclarée, pour empêcher son développement. Ainsi le dépistage est-il un outil de prévention secondaire permettant une prise en charge précoce. Quand Philippe Sosner du Centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires au CHU cherche à faire diminuer les facteurs d'un nouveau risque d'accident, il fait de la prévention secondaire. Quant à la prévention tertiaire, son objectif est d'éviter l'aggravation de la maladie. L'éducation thérapeutique permet par exemple au patient de prendre lui-même les mesures de précaution contre des complications éventuelles de sa maladie. Mais éviter l'apparition des maladies n'est pas la seule préoccupation des politiques de prévention. Elles cherchent également à favoriser «l'ensemble des

A l'école du patient

Pour qu'il soit le plus autonome possible mais aussi pour éviter les complications et les hospitalisations répétées, la personne diabétique doit beaucoup apprendre. Qu'est-ce que le diabète ? Comment contrôler sa glycémie ? Comment s'injecter l'insuline ? Comment surveiller son alimentation ou éviter les complications ? Etc. La transmission de ces connaissances par le médecin et l'infirmière prend du temps.

De fait, pendant l'hospitalisation de semaine, l'éducation est intensive. Ensuite, dans le cadre d'une consultation infirmière, le suivi nécessite en moyenne 50 minutes. Les connaissances y sont actualisées en fonction de l'évolution de la maladie, des traitements ou des outils. «Si l'on parle d'éducation, c'est que ces connaissances sont transmises, évaluées et mises à jour. Un processus indispensable», explique Evelyne Arnault, surveillante en endocrinologie. En effet, en cas de surdosage par exemple, le patient peut se retrouver dans le coma. Au CHU, le nombre de consultations infirmières pour le diabète est en progression constante. En 2002, environ 630 heures ont été consacrées à l'éducation thérapeutique.



Un contrôle de glycémie.

L'hépatite en BD

Le réseau Hépatite C a édité en 1999 une bande dessinée réalisée par trois élèves de l'École supérieure de l'image. *Hépatite Man contre Chaterton* sensibilise et informe les jeunes sur la maladie et ses modes de transmission. D'abord diffusée régionalement, cette BD vient d'être retirée de nouveau à 22 000 exemplaires pour être diffusée à l'échelle nationale. Le réseau intervient également dans les écoles et dans les centres pénitentiers pour diffuser l'information sur la mala-



die, et dispense des formations auprès des infirmières pour qu'elles relaient l'information.

*comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident*². Il s'agit notamment par l'éducation de donner les moyens à tous de promouvoir son propre état de santé. L'objectif est que chacun adopte des comportements déterminants de bonne santé (pas de tabac, pas d'alcool et une alimentation équilibrée par exemple) en recherchant la santé, c'est-à-dire, comme la définit l'OMS, un état de bien-être physique et psychologique. De fait, les actions de promotion de la santé s'intègrent dans une approche globale de l'individu qui prend en compte son environnement social, son cadre de vie ou sa santé mentale. «D'ailleurs, note Isabelle Escure, *la France est très en retard dans ce domaine de la promotion de la santé mentale, par rapport à nos voisins anglosaxons qui intègrent celle-ci jusque dans les programmes scolaires. Les enfants y apprennent à gérer leur stress.*»

Dissonances

Encore faut-il que tous les acteurs de la prévention s'accordent sur les définitions et les méthodes. En Poitou-Charentes, dans le cadre de l'élaboration du Sreps,

le groupe de travail ont identifié 943 acteurs potentiels de prévention issus de tous les horizons et donc de toutes les cultures imaginables : des associations, des collectivités territoriales, des établissements scolaires, des établissements de santé, des organismes de protection sociale. Le constat est que tout le monde fait de la prévention et que beaucoup d'acteurs ne partagent pas les mêmes perceptions de l'éducation pour la santé. Par exemple, «*alors qu'ils déclarent faire de l'éducation thérapeutique, les médecins se limitent souvent à diffuser de l'information, c'est-à-dire qu'ils omettent tout le processus de contrôle des connaissances inhérent à l'éducation*», souligne Patrice Colombo, chef de projet du Sreps. Outre la question des définitions, les méthodes employées posent aussi problème. «*Globalement, les gens font de la prévention sans en connaître les règles*», ajoute Isabelle Escure. Cette dernière remarque notamment que nombre de messages de prévention jouent encore sur la corde sensible du public visé et cherchent à le choquer. «*Ces messages culpabilisent mais ne sont ni constructifs ni éducatifs. Quand on voit un accident grave sur la*

(Suite page 18)

² Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Soutiens de mémoire

A l'hôpital gériatrique Louis-Pasteur, dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital de jour, des ateliers de rééducation des troubles mnésiques permettent aux personnes, en majorité atteintes de la maladie d'Alzheimer, de retrouver confiance en elles. «*Nous nous basons sur la façon dont le patient perçoit sa mémoire et non sur la réalité des troubles. En faisant des exercices, nous mettons en valeur ce qui reste de mémoire. Nous ne travaillons jamais dans un registre de guérison mais de stabilisation, de soutien et d'étayage psychique. Quand on soigne une anxiété très importante, alors l'humeur s'améliore et cela peut avoir des effets sur la mémoire stricte*», explique le docteur Marie-Dominique Lussier, responsable de l'hôpital de jour et coordinatrice du pôle gériatrique. Si cette activité est intégrée dans les soins du patient, elle constitue aussi un mode de prévention de la dépendance, de la dépression ou du repli social.

Docteur Marie-Dominique Lussier, médecin gériatre.



Premiers secours : les Français à la traîne

«Aujourd'hui, quand une personne s'effondre d'un accident cardiaque en France, elle a moins de 3 % de chances de repartir de l'hôpital sur ses jambes. Dans les pays nordiques, ses chances sont comprises entre 30 % et 40 %.» Le constat réalisé par le docteur Danièle Baudier, directrice technique du SAMU-SMUR 86-Centre 15, est sans appel. Si l'organisation des secours en France est une des meilleures au monde, les Français eux-mêmes pêchent par leurs lacunes en "alerte". Soit ils ne préviennent pas du tout, soit ils ne donnent pas les informations nécessaires et, de plus, ils ne connaissent pas les gestes de premier secours. Danièle Baudier estime qu'il faudrait qu'au moins un tiers des citoyens soient en mesure d'intervenir sur un accident cardiaque pour combler le délai d'intervention des services d'urgences et celui imposé par le temps de survie du cerveau : 3 minutes.

Danièle Baudier a animé plusieurs séances de formation aux premiers secours en cas d'urgence cardiaque.

Mais, selon elle, l'impact de ces formations est limité par rapport aux formations dispensées dans les pays nordiques. «Dans les pays nordiques, en Norvège par exemple, les gestes sont appris à l'école. Alors que là-bas ces notions sont inculquées gratuitement, progressivement et régulièrement, en France, l'apprentissage des premiers secours est le plus

souvent payant, sur la base du volontariat, et ne se fait qu'à l'âge adulte. Les gens suivent 15 heures de formation et ne sont plus jamais réévalués.»

Ces lacunes devraient être comblées par des programmes d'éducation à la santé et à la citoyenneté relancés par les ministères de la Santé et de l'Education.

Formation aux gestes de première urgence sur un mannequin.



(Suite de la page 17)

route, on ralentit un temps mais ça ne dure pas.» Le message de prévention ne s'inscrit alors que superficiellement dans l'esprit.

Les choix préventifs de l'hôpital

Dans cette prévention stratifiée, à quel niveau s'insère l'hôpital ? «Parler de la prévention à l'hôpital n'est pas naturel et pendant longtemps elle n'y a joué qu'un rôle insignifiant», note Jacques Métais, l'ancien directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation Poitou-Charentes (ARH) en ajoutant que beaucoup «pensent encore que le rôle de l'hôpital n'est que le soin». Au CHU, le constat est le même. «Culturellement, note le directeur général Jean-Pierre Dewitte, la population a peu sollicité l'hôpital pour de la prévention ou de l'éducation à la santé. Elle demande plus traditionnellement à guérir.» Pourtant, son rôle préventif est bien inscrit dans les textes : «Les établissements de santé participent à des actions de santé publique et notamment à des actions

médicosociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention³.» Et les choses changent. Alors que le budget du CHU consacré à la prévention était inexistant il y a de cela seulement quatre ans, les réponses aux appels à projet de l'ARH ont donné naissance à plusieurs initiatives. Et l'agence a attribué des enveloppes financières à la prévention de trois pathologies depuis 1998 : la prévention du suicide, les conduites addictives et les maladies cardiovasculaires. En outre, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, deux centres ont été financés pour les personnes diabétiques et une école de l'asthme doit voir le jour cette année. En revanche, les établissements prennent leurs marques en revendiquant clairement que certaines actions s'intègrent pleinement dans leurs attributions et dans leurs compétences et d'autres beaucoup moins. Une répartition des rôles que le professeur Jean-Marie Descrozailles, le coordinateur des actions d'éducation pour la santé et la prévention du CHU, résume ainsi : «L'hôpital fait surtout de la pré-

³ Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

vention tertiaire et de la secondaire, c'est-à-dire auprès des patients déjà malades.» Le directeur général du CHU, lui, distingue la prévention de l'éducation : «La prévention s'adresse à des populations à risques qui ont besoin d'une prise en charge médicosociale.» De fait, au CHU, la consultation d'aide à l'arrêt du tabac a pris de l'ampleur en 2002, l'année même où le centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires prend du service. «L'hôpital assume aussi son rôle en prévention interne auprès du personnel, notamment avec l'école du dos ou la prévention de l'alcoolisme.» Par contre, «l'hôpital a un rapport plus distancié à l'éducation pour la santé». Pour cette activité s'effectuant majoritairement en dehors des établissements de soin, le CHU reconnaît néanmoins jouer le rôle de grand témoin comme dans le cadre d'opérations sur la sécurité routière. Un rapport distancié donc... «excepté dans le domaine de l'éducation du patient» où comme ajoute l'ancien directeur de

l'ARH «l'hôpital peut apporter tout son savoir-faire». Ce dernier pense également que le dépistage fait aussi appel à des procédures qui dépassent le monde hospitalier. Enfin, en termes d'information, le CHU fête aujourd'hui avec l'Espace Mendès France les 10 ans du Pôle info santé. Dix années de conférences réunissant autour d'un thème des acteurs de santé de tous horizons et diffusant une information pluridisciplinaire au grand public. Une initiative rare de la part d'un hôpital.

Pour l'avenir, le contrat d'objectifs et de moyens du CHU prévoit la création d'un comité hospitalier d'éducation pour la santé et de prévention qui réfléchira à des actions coordonnées au sein de l'hôpital. Ce contrat prévoit également la création d'une école de l'asthme. Mais, «s'il s'implique dans les politiques de prévention, l'hôpital n'est pas forcément le meilleur promoteur d'une politique de prévention», conclut Jean-Pierre Dewitte. ■

⁴ A savoir le professeur Maréchaud (endocrinologie et diabétologie), le professeur Mauco (biochimie), le professeur Meurice (pneumologie), le professeur Neau (neurologie), le professeur Ricco (chirurgie vasculaire), le professeur Roblot (médecine interne), le professeur Touchard (néphrologie) et le docteur Underner (tabacologie)

Au carrefour des risques cardiaques et vasculaires

Le centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires est né en novembre 2002 à l'initiative du professeur Daniel Herpin. Son objectif est d'optimiser la prise en charge des patients à haut risque cardiaque et vasculaire. En pratique, les consultants hospitaliers⁴ qui traitent des pathologies pouvant être un des facteurs de risque d'accident cardiaque et vasculaire envoient leurs patients en consultation au centre de prévention pour faire le bilan de l'ensemble des facteurs de risque par toute une batterie de tests (examen clinique, ECG, bilan biologique, échographie, enregistrement Holter, etc.). «J'apporte une vue globale du risque et du patient», résume le médecin du centre, Philippe Sosner, cardiologue de formation. Par exemple pour les patients hypertendus, il cherche les traces d'une insuffisance rénale débutante. Et le cas échéant envoie le patient chez le néphrologue. Ces tests permettent d'anticiper les pathologies et de les prendre à temps. «J'ai l'impression de donner plus de travail aux autres praticiens mais grâce à cette prise en charge l'insuffisance sera plus lente et le patient n'ira peut-être pas jusqu'à la dialyse. D'autres patients sont sortis de la consultation pour passer sur la table d'opéra-

tion : autant de cas qui n'arriveront pas en urgence à la suite d'un infarctus.» Avant le centre, il n'y avait pas de tel "carrefour" d'évaluation des risques. Les médecins ne cherchaient pas systématiquement d'autres facteurs de risques que celui pour lequel ils intervenaient.

Aux consultations s'ajoutent deux autres missions du centre. L'éducation va se développer dans un cadre plus large auprès des médecins du travail ou des scolaires. Et l'épidémiologie : le centre doit recueillir les données pour savoir, chiffrer, anticiper sur les bénéfices et trouver de nouveaux indicateurs.

Test de l'effort sous l'œil du docteur Philippe Sosner, au Centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires.



Comprendre et soigner les troubles du sommeil

Le professeur Joël Paquereau est chef du service de neurophysiologie clinique et responsable du laboratoire du sommeil. Son objectif est de détecter et de comprendre les troubles du sommeil afin d'apporter des solutions thérapeutiques adaptées.



Sur les écrans de contrôle, l'enregistrement du sommeil du patient par les caméras et les capteurs.



CHU Magazine – Qu'est-ce qu'un centre du sommeil ?

Joël Paquereau – Le centre du sommeil, agréé par la Société française de recherche sur le sommeil, existe depuis 1988. Ce centre est l'un des tout premiers en France à avoir considéré le sommeil comme une activité transversale pluridisciplinaire⁽¹⁾. Cette transversalité est indispensable dans la mesure où les troubles du sommeil ont des origines très diverses. Elle permet de mieux identifier chez les patients ces troubles et de proposer une prise en charge thérapeutique adaptée. En effet, selon les indications du patient, un des spécialistes procède à une consultation qui va permettre d'apprécier le trouble. Au terme de la consultation, soit le diagnostic est fait et un traitement peut être donné, soit il faut s'aider d'une exploration du sommeil.

CHU Magazine – En quoi consistent ces explorations et quels sont les principaux troubles traités ?

Joël Paquereau – Dans certains cas, les troubles du sommeil sont liés à des pathologies organiques qui ne peuvent être décelées que par des enregistrements polysomnographiques. Il s'agit d'un enregistrement du sommeil au cours de la nuit ou d'une nuit et d'une journée. Des électrodes reliées à un dispositif d'amplification sont appliquées sur le patient pour recueillir l'activité électrique émise par le cerveau et enregistrer les rythmes cardiaques et respiratoires. On peut aussi être amené à faire des enregistrements vidéo pour voir s'il n'y a pas de mouvements anormaux dans la nuit. Ces enregistrements sont réalisés pour confirmer une suspicion de diagnostic ou déceler une insomnie dont on n'a pas idée. Dans la grande majorité des cas, les enregistrements concernent les apnées du sommeil. Ce syndrome, qui touche 4 % de la population, se traduit par des arrêts respiratoires à répétition, avec pour conséquence un sommeil fragmenté et une somnolence diurne. Ce trouble peut avoir des effets plus ou moins gra-

ves sur la santé du patient car il génère des complications cardiovasculaires ou encore de l'hypertension artérielle.

La narcolepsie, autre trouble, nécessite aussi des enregistrements car le patient n'a bien souvent pas conscience de sa maladie. Elle se caractérise par des accès de sommeil irrésistibles pendant la journée. Il y a également les troubles liés au syndrome des jambes sans repos. Le patient a des impatiences dans les membres inférieurs qui se traduisent la nuit par des mouvements périodiques, pour calmer la douleur, et qui empêchent le patient d'entrer en sommeil profond. Puis, il y a toutes les insomnies d'ordre physiologique qui ne nécessitent pas une exploration du sommeil. Lors de consultations, nous effectuons des interrogatoires et un bilan du sommeil sur plusieurs semaines pour essayer de détecter la cause de l'insomnie. Celle-ci peut être liée à l'anxiété, à un événement survenu dans la vie du patient, à un décalage des horaires, etc.

CHU Magazine – Quels sont les traitements disponibles ?

Joël Paquereau – Nous avons aujourd'hui une palette assez large de traitements qui peuvent être préconisés par les différents spécialistes suivant la pathologie du patient. Cela va du masque à pression positive en passant par les hypnotiques, l'intervention chirurgicale, jusqu'aux thérapies comportementales.

La prise en charge thérapeutique est difficile à mettre en œuvre car chaque cas a son traitement spécifique. Plusieurs semaines, voire plusieurs mois, sont parfois nécessaires avant de confirmer ou de faire évoluer le traitement. ■

⁽¹⁾ Le centre du sommeil est cogéré par trois neurologues, le professeur Joël Paquereau, le professeur Jean-Philippe Neau, le docteur Véronique Stal, un pneumologue, le professeur Jean-Claude Meurice, et Jean-Jacques Chavagnat, psychiatre.

- **Financer vos envies à des conditions très attractives.**

- **Valoriser votre épargne en accumulant des réductions sur vos futurs crédits.**

- **Bénéficier de tarifs privilégiés sur nos services.**

Grâce à notre partenaire financier la
Banque Populaire Val de France.

*Et bien d’autres avantages vous sont
spécialement réservés (Voyages, hôtels,
gastronomies, culture et loisirs ...)*

Un conseiller vous attend dans toutes les agences
Banque Populaire Val de France.
Renseignez-vous au :



ACEF Direct

0810 633 637

(Prix d’une communication locale)

**BANQUE POPULAIRE
VAL DE FRANCE**



La transplantation rénale, bilan et perspective

Par le professeur Guy Touchard, chef du service
néphrologie et transplantation rénale

La transplantation rénale est actuellement le meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale pour les patients qui ne présentent pas de contre-indication à cette technique. Mais aujourd'hui, en raison d'un déficit majeur de greffons, le nombre de transplantations est limité.

En France, 40 000 personnes environ sont en vie grâce à un greffon qui fonctionne (pour un tiers) ou à la dialyse (pour deux tiers). La prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale est de l'ordre de 600 par million d'habitants, l'incidence (nombre de nouveaux cas par an et par million d'habitants) est supérieure à 100 avec une augmentation annuelle de 5 % liée au vieillissement de la population et au développement de la pathologie vasculaire secondaire au diabète, à l'hypertension et au tabagisme. Plus de 6 000 personnes en France atteignent chaque année le stade terminal d'une insuffisance rénale et sont pour la plupart dialysées et pour quelques-unes transplantées. En Poitou-Charentes, 160 nouvelles personnes environ sont prises en charge chaque année et très peu peuvent être transplantées avant d'être dialysées.

En 2001, en France, 2 022 transplantations rénales ont été pratiquées, 2 531 patients ont été inscrits sur la liste d'attente de transplantation rénale venant s'ajouter aux 6 033 déjà inscrits au 31 décembre 2000 et en attente, souvent depuis plusieurs années, pour seulement 1 921 reins prélevés chez des sujets décédés.

Il faut donc développer à la fois la dialyse, technique très onéreuse, et la transplantation rénale, technique beaucoup moins onéreuse, mais limitée actuellement par le déficit majeur en greffons disponibles. Ce déficit est lié à l'opposition encore très forte dans notre pays au prélèvement d'organes chez les sujets décédés.

Le CHU a donc une double mission de

santé publique à remplir au niveau national et régional pour la transplantation rénale : développer le prélèvement d'organes et accroître l'activité de transplantation tout en assurant le suivi personnalisé des patients transplantés à court, moyen et long terme, voire très long terme.

Les donneurs potentiels de reins

Dans notre pays, 95 % des transplantations rénales sont effectuées à partir de reins prélevés chez les sujets décédés et 5 % seulement à partir de reins prélevés chez des sujets vivants, le plus souvent apparentés car le don d'un rein entre époux n'est autorisé qu'en cas d'urgence. Aux USA, en 2002, plus de 50 % des transplantations rénales ont été effectuées à partir de donneurs vivants ! La France en matière de transplantation rénale souffre d'un double handicap en ce qui concerne le prélèvement de rein. D'une part, il existe un gros déficit en greffons prélevés chez les sujets décédés du fait du refus des familles des sujets décédés prélevables – dans la région Ouest, sur les 478 sujets décédés potentiellement prélevables recensés en 2002, seuls 238 ont été prélevés – et d'autre part, les donneurs vivants apparentés potentiels ne se manifestent pas souvent par crainte de l'intervention, des suites à court et long terme, par l'absence d'information ou par informations erronées. Les résultats de la transplantation rénale à partir des donneurs vivants – apparentés ou non – sont meilleurs que ceux obtenus avec des reins prélevés chez les sujets décédés. L'intervention peut être programmée, ce qui est un énorme avantage notamment pour les transplantations dites préemptives, c'est-à-dire effectuées avant la prise en dialyse. Le risque anesthésique pour le donneur est de 2 décès pour 100 000 anesthésies générales, le risque opératoire de décès est de 3 pour

Professeur Guy Touchard.



10 000 sujets prélevés de 1980 à 1991 aux USA. En ce qui concerne la fonction rénale après ablation d'un rein, celle-ci reste pratiquement normale et la probabilité de se retrouver en dialyse par «accident» sur le rein restant unique est extrêmement faible.

L'activité de transplantation rénale au CHU de Poitiers

Avec 38 transplantations en 2001 et 43 en 2002, cette activité représente 2 % de l'activité nationale. Depuis 1986, le CHU a transplanté 423 patients dont 120 en 2000, 2001 et 2002.

La durée d'attente des patients est la plus courte de France : 4,8 mois selon une évaluation de l'Etablissement français des greffes. Actuellement, 50 patients sont inscrits sur la liste d'attente de transplantation rénale du CHU. Un certain nombre de patients domiciliés en Poitou-Charentes sont inscrits hors région souvent pour des raisons historiques. Pour répondre aux besoins de notre région, le centre de Poitiers devrait effectuer 60 à 70 transplantations rénales annuelles : nous en sommes loin !

Les survies des greffons pour les patients greffés de 1996 à 2000 sont de 91,4 % à 1 an et de 79,5 % à 5 ans (79,2 % pour les donneurs décédés contre 88,5 % pour les donneurs vivants, 80,4 % pour les donneurs de 16 à 60 ans, 70,7 % pour les donneurs de plus de 60 ans...). Ces bons résultats sont à l'origine d'une augmentation importante des patients porteurs d'un greffon fonctionnel et qui relèvent d'un suivi post-greffe spécialisé. De la qualité de ce suivi spécialisé dépend la qualité des résultats à long terme de la transplantation rénale, tant en ce qui concerne la survie des patients que la survie des greffons. Un patient transplanté doit faire l'objet d'une prise en charge globale : gestion de l'immunosuppression induite par les traitements anti-rejet mais aussi de tous les facteurs à l'origine

d'une augmentation du risque cardio-vasculaire et carcinologique chez les greffés. Cette prise en charge spécialisée des greffés ne doit jamais être interrompue sous peine d'un retour en dialyse prématuré et illégitime, retour très coûteux humainement pour le patient et économiquement pour la collectivité. Le service de néphrologie-transplantation rénale suit actuellement en alternance avec ses correspondants néphrologues des hôpitaux de la région Poitou-Charentes environ 400 patients transplantés.

L'avenir de la transplantation rénale

Cet avenir peut être sombre si nous ne réussissons pas à augmenter le nombre de greffes grâce à une augmentation du nombre d'organes disponibles et si nous ne parvenons pas à suivre correctement les transplantés. Il faut, pour cela, que les médecins néphrologues et les infirmières spécialisées soient formés et en nombre suffisant.

La xéno greffe (greffe à partir du rein prélevé par exemple chez le porc partiellement humanisé...) et la greffe de rein fabriqué en éprouvette à partir de cellules prélevées chez le futur receveur ne sont pas pour demain ! En attendant, il nous faut améliorer l'existant : augmenter le nombre des prélèvements mais aussi la qualité des organes : traitements particuliers du donneur, techniques de la conservation et traitements particuliers des greffons, traitements particuliers du receveur pour limiter les lésions liées à la reperfusion de l'organe ischémié, améliorer encore les traitements immunosuppresseurs pour obtenir une meilleure tolérance et du traitement et du greffon par le malade. Ces axes d'amélioration font l'objet de recherche au CHU de Poitiers tant sur le plan fondamental que clinique au sein de la jeune équipe INSERM (ERM 324). ■



Le prélèvement et la greffe du rein représentent – moins toutefois que pour le cœur et le foie – une véritable course contre la montre. Ici, une greffe de rein au bloc opératoire d'urologie.

Réanimation : questions d'éthique

René Robert est professeur en réanimation médicale au CHU de Poitiers. Une pratique qui soulève quotidiennement de nombreuses questions éthiques dont celle de l'euthanasie.

CHU Magazine – A quelles questions éthiques êtes-vous confronté ?

René Robert – Au préalable, il est nécessaire de définir la réanimation et ses objectifs. Le but de la réanimation est de pallier les défaillances vitales. Pour ce faire, nous disposons de techniques de suppléance d'organes et de conditions de surveillance humaines et matérielles sophistiquées. Nous pallions les défaillances vitales non pour prolonger absolument la vie mais avant tout pour redonner une qualité de vie. De fait, nous sommes régulièrement confrontés à des questions éthiques telles que : doit-on arrêter ou limiter le traitement ? Peut-on appliquer ces techniques sophistiquées à tous ? Doit-on admettre ce patient en service de réanimation ? Quel est le pouvoir décisionnel de la famille ? Les limitations de budget peuvent-elles conduire à des limitations de réanimation ?

Dans quelles circonstances vous posez-vous ces questions ?

René Robert – Si on a la conviction qu'un patient va décéder dans les jours qui viennent et qu'il n'y a plus de solutions thérapeutiques alors tous les traitements sont considérés comme «futiles». Si ce patient est sous antibiotiques, sous anticoagulants, si sa respiration est maintenue artificiellement et que personne n'a aucun espoir de le sauver, alors les traitements relèvent de l'acharnement thérapeutique.

La limitation ou l'arrêt thérapeutique consiste dans ces cas-là à ne pas mettre en œuvre ou à arrêter certains traite-

ments parce qu'ils sont considérés comme inutiles ou superflus. La décision est prise pour les patients pour lesquels il n'y a plus aucun espoir de les sauver ou ceux pour qui la qualité de vie future paraît trop mauvaise, ou ceux pour qui la qualité de vie paraissait déjà trop mauvaise auparavant. Le code de la déontologie demande d'éviter l'acharnement thérapeutique et la charte du patient hospitalisé demande d'éviter les souffrances.

Est-ce de l'euthanasie ?

René Robert – Les deux débats sont liés. L'euthanasie «active», c'est-à-dire donner volontairement la mort pour abrégé les souffrances est interdite en France mais autorisée aux Pays-Bas. En France, le débat existe mais je ne pense pas que la loi changera. L'euthanasie «passive» – je n'aime pas ce terme, je préfère parler de non acharnement thérapeutique – consiste à ne pas mettre en œuvre un traitement ou à l'arrêter alors que le patient peut en avoir besoin. En effet, arrêter la respiration artificielle accélère le processus de décès. Ici, le but primaire n'est pas la mort mais le non-acharnement. Pour moi, la différence entre ces deux euthanasies est fondamentale car elle permet de différencier les deux objectifs primaires. L'objectif n'est surtout pas d'enlever la vie, mais d'éviter des traitements inutiles pouvant être considérés comme de l'acharnement thérapeutique, même si, parfois, cette dernière action accélère le processus de décès.

Qui prend la décision de l'arrêt ou de la limitation thérapeutique ?

René Robert – Dans une étude que j'ai initiée en 1994 auprès de 10 services de réanimation et qui s'est ensuite étendue à 103 établissements dans une autre étude en 1997, il apparaît que l'avis du patient n'était sollicité que dans 3% des cas alors que dans 20 % des cas il était capable de donner son avis. En partie à

Professeur René Robert.



la suite de ces études, les choses ont évolué. Cela reflète le passage de la médecine paternaliste à la médecine moderne, où l'information et la prise en compte des souhaits du patient ont pris une importance majeure. Il est crucial que les équipes médicales prennent en compte l'avis du patient, quand celui-ci est apte à le faire. S'il ne peut pas, ce sont les médecins et les infirmières qui prendront en équipe la décision. Dans ces cas, la collégialité est certainement un garde-fou important.

Et la famille ?

René Robert – La famille doit être systématiquement informée. A l'époque de l'étude, cette dernière n'était informée qu'une fois sur deux. Cette étude a aidé à formaliser la réflexion et a changé des choses.

Quand la décision d'arrêter ou de limiter est prise par le médecin, la famille n'est pas toujours d'accord. Parfois la famille se révolte contre l'injustice de l'absence d'espoir. Dans la pratique, tout est entrepris pour que les décisions soient prises en harmonie avec la famille. Il est souvent indispensable de prendre le temps nécessaire pour que l'entourage comprenne et puisse faire face à la situation. Les entretiens avec la famille sont souvent fréquents pour expliquer et parfois ré-expliquer si c'est nécessaire. En revanche, il n'est certainement pas souhaitable que la famille soit partie prenante dans certaines décisions. Malgré tout, nombre d'entre elles ne peuvent s'empêcher de vouloir s'approprier le pouvoir décisionnel.

Qu'arrête-t-on ?

René Robert – Si une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique est prise, le premier stade de la limitation thérapeutique est de ne pas traiter un arrêt cardiaque s'il survient. En fonction des situations, d'autres décisions peuvent être prises comme par exemple ne pas faire de dialyse, ne pas débiter une ventilation artificielle. Dans d'autres cas, ce sont des traitements déjà mis en place que l'on décide d'arrêter. Arrêter des antibiotiques ou des anticoagulants est moins difficile à décider pour le médecin que d'arrêter la venti-



Une salle de réanimation.

lation artificielle. En effet, dans ce dernier cas, des symboliques particulières (le souffle - la vie) sont associées au geste et, de plus, le processus de décès est plus rapidement enclenché.

En revanche, et c'est fondamental de le souligner, il n'y a jamais d'arrêt des soins. Après un arrêt thérapeutique, le soin s'apparente alors à une prise en charge de fin de vie, de soin palliatif : les soins d'hygiène, de nutrition et d'hydratation sont évidemment conservés dans un souci que les Anglais formulent ainsi «*stop cure but not care*».

Aucun texte ne légifère précisément l'arrêt ou la limitation thérapeutique. Pensez-vous qu'il faudrait une loi pour combler cette lacune ?

René Robert – Ces pratiques sont encadrées d'un côté par l'interdiction de l'euthanasie et de l'autre par l'interdiction de l'acharnement thérapeutique ainsi que la charte du patient hospitalisé qui demande d'éviter les souffrances. Cependant, seule la première a une mention légale. Le risque de légiférer est de définir de façon trop rigide des situations qui ne peuvent être analysées qu'au cas par cas et ceci me paraît difficilement envisageable. La formalisation de la réflexion éthique dans ce domaine par les réanimateurs a conduit à la mise en place de nombreux garde-fous et a abouti à la publication de recommandations officielles par la Société française de réanimation concernant les limitations et arrêts de thérapeutiques. ■

La pharmacie, un partenaire essentiel

La pharmacie du CHU joue un rôle fondamental pour garantir la prise en charge thérapeutique et une utilisation efficace, sûre et économique du médicament.

Les pharmacies des établissements de santé sont souvent peu connues des personnes extérieures au milieu hospitalier. Pourtant, elles ont un rôle essentiel dans la prise en charge thérapeutique des patients. En effet, au-delà des fonctions traditionnelles d'acquisition et de stockage des médicaments et produits assimilés (les dispositifs médicaux stériles, les prothèses, les implants, jusqu'aux sangsues qui sont utilisées en microchirurgie du doigt, etc.), la pharmacie assure des missions complémentaires définies en tant qu'activités spécifiques ou activités cliniques.

«*Depuis peu, explique Mme Joëlle Grassin, chef du service de la pharmacie, une commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles – qui comprend des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des représentants des services administratifs et généraux – a été créée dans le but de développer et définir la politique vis-à-vis des médicaments et leur bon usage au niveau de l'hôpital.*»

Pour tout ce qui concerne les essais cliniques réalisés par les équipes médicales du CHU dans des domaines tels que la cancérologie ou la cardiologie, la pharmacie intervient dans la préparation et le reconditionnement des médicaments qui sont utilisés au niveau des services de soins. Un autre point sur lequel la pharmacie a un rôle important dans la prise en charge thérapeutique est la stérilisation. Cette activité vise essentiellement le traitement des matériels de blocs opératoires. Puis, il y a toutes les préparations à la carte (exemple : gélules pédiatriques). «*Nous produisons également beaucoup de poches de nutrition, environ 10 000 par an, pour les enfants et les adultes qui souffrent de problèmes digestifs. Et nous reconstituons toutes les spécialités cytotoxiques utilisées en cancérologie.*»

La pharmacie répond aux demandes régulières de réassort des stocks des différents services, mais aussi aux demandes nominatives. «*Dans ce cas, à l'instar d'une officine de ville, nous recevons la prescription du médecin que nous validons et nous dispensons le médicament.*» En outre, la pharmacie du CHU délivre chaque année plus de 10 000 ordonnances à des patients non hospitalisés. «*Légalement nous n'avons pas le droit de vendre aux personnes extérieures des médicaments que l'on trouve dans les officines de ville, pour-*

La pharmacie en chiffres

70 employés dont des pharmaciens, des préparateurs en pharmacie, des aides de pharmacie, des agents de service hospitalier, du personnel administratif, des manutentionnaires, des chauffeurs.

27,3 M€ de budget annuel, soit 13 % du budget annuel du CHU.

130 000 € de médicaments et dispositifs médicaux dispensés chaque jour.

1 500 références médicamenteuses.

suit Joëlle Grassin. *Cependant, souvent pour des raisons de confidentialité, nous sommes autorisés à délivrer les médicaments contre le sida et l'hépatite C. Pour le reste des ordonnances, il s'agit de médicaments spécifiques à l'hôpital qui sont prescrits pour le traitement des cancers ou pour les patients qui ont subi une greffe.*»

Le champ d'activité de la pharmacie s'inscrit également dans une démarche d'enseignement. En effet, dans le cadre des missions du CHU, des pharmaciens assurent des cours à la faculté de médecine et de pharmacie ainsi que des formations auprès du personnel du CHU. Pour conforter cette action, la pharmacie a créé un site intranet où sont présentées toutes les informations pratiques sur les médicaments. Ce site est aussi un outil précieux pour les médecins car l'ensemble des médicaments disponibles au niveau du CHU y sont répertoriés. ■



Ci-contre : Joëlle Grassin. Préparation des poches de nutrition parentérale distribuées au domicile des patients dans toute la région Poitou-Charentes par les services du CHU.



UN HOPITAL POUR LES ENFANTS



Pour l'amélioration de l'accueil et la vie des 7 000 enfants hospitalisés chaque année au CHU de Poitiers et de leurs familles



Association "Un hôpital pour les enfants" Hôpital de la Milétrie - Jean Bernard
BP 577 - 86021 Poitiers cedex - Tél. 05 49 44 38 25

Cloisons sèches - Plafonds acoustiques
plâtrerie - isolation - carrelage
Menuiseries intérieures

31, rue des Mortiers - B.P. 1 - 86360 MONTAMISÉ
Tél. 05.49.44.91.27
Fax. 05.49.47.02.23
E-mail : cpm.dubois@wanadoo.fr

**EUROVIA
POITOU-CHARENTES
LIMOUSIN**

AGENCE DE POITIERS

Terrassements - Assainissements
VRD - Routes - Aéroports
Ensembles Sportifs et de Loisirs

22, rue Demi-Lune - Z.I. de la Demi-Lune
B.P. 1004 - 86060 POITIERS cedex

Tél. 05 49 37 60 10 - Télécopie 05 49 37 60 19

FORCLUM Poitou
10 rue des Frères Lumière
Z.A.E. du Pas de Saint Jacques
86180 BUXEROLLES

☎ 05.49.45.17.27 ☎ 05.49.56.14.72

**RESEAUX EXTERIEURS - GAZ -
ECLAIRAGE PUBLIC -
EAU POTABLE -
TELEDISTRIBUTION**

**GRASSIN
décors**

- Peinture
- Mur
- Sol
- Parquet
- Voilage
- Moquettes et plastiques
- Miroiterie

Ouvert du Lundi au Samedi
9h00 - 12h00 et 14h00 - 18h45

Centre de Gros - BP 1016
ZI République
86060 POITIERS Cedex 9
Tél : 05 49 41 75 76



Qualité : la confidentialité

Parce que respecter la confidentialité, c'est respecter l'autre, le CHU souhaite développer une politique visant à favoriser le respect de la confidentialité au sein de l'établissement, en réponse aux attentes des patients. Ainsi, le CHU de Poitiers a organisé à l'attention du personnel un concours d'affiches, en vue d'une campagne d'information destinée à toute personne fréquentant l'établissement. 34 projets ont été recueillis. Pendant quatre semaines consécutives, ils ont été présentés dans des expositions simultanément en plusieurs lieux de l'hôpital de la Milétrie et de l'hôpital gériatrique Louis Pasteur. Ils ont été soumis au vote du personnel et du public. 591 personnes se sont exprimées.

L'affiche ayant obtenu le 1^{er} prix a été installée dans les lieux d'hospitalisation et de consultation ainsi que dans les parties communes (halls d'entrée, ascenseurs, paliers, couloirs) des deux sites hospitaliers.

Premier label Inserm

Le CHU de Poitiers, pour la première fois depuis sa création, vient de voir une de ses équipes de recherche labellisée par l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale. Ce sont les travaux réunis de deux équipes universitaires de recherche qui viennent d'être salués par l'Inserm, à savoir le groupe de recherche en transplantation multiviscérale (GRTM 2624), sous la responsabilité du professeur Carretier, et le groupe d'étude des mécanismes cellulaires de l'ischémie (GEMCIEA 1223) sous la responsabilité du docteur Tallineau et du professeur Mauco (*ci-contre*).

Le programme de cette équipe de recherche vise, notamment, à proposer et à tester des protocoles améliorés de conservation des greffons rénaux.

Ce nouvel espoir pour les dialysés et pour tous les patients en attente de greffe rénale permet au CHU de se positionner dans le domaine de la recherche pour parfaire ses trois principales missions : le soin, l'enseignement et la recherche. Le mouvement est lancé. D'autres équipes de recherche se préparent déjà dans d'autres domaines...

Ouverture d'un centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires

Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers a ouvert un centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires en novembre 2002. Placé sous la responsabilité du professeur Daniel Herpin, il est animé par le docteur Philippe Sosner et rattaché au département médicochirurgical de cardiologie. Le centre fonctionne de manière transversale et multidisciplinaire. Son principe de fonctionnement est la mise à disposition de ses compétences auprès des médecins généralistes et spécialistes.

Les maladies cardiovasculaires restent en effet la première cause de mortalité en France (32 %). Elles entraînent 180 000 décès par an. Le centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires propose de dresser un profil de risque pour les sujets exposés, en fonction de données sur leurs habitudes de vie, leur parenté et leur physique.

Au cours des quatre premiers mois d'activité, 121 personnes ont été accueillies par le centre. 32 ont fait l'objet d'un test d'effort de dépistage, qui ont amené 7 patients à une coronarographie. Par ailleurs, 16 patients ont été orientés vers les consultations de sevrage tabagique, 4 vers la néphrologie, 2 au centre du sommeil. Les examens ont permis également la découverte de 4 cas d'hypertension artérielle (HTA), de 3 hypercholestérolémies et d'un diabète.



Activité du CHU en 2002

Les données présentées ci-après portent sur l'activité cumulée à fin décembre de l'exercice 2002. Elles sont comparées à l'activité cumulée de la même période 2001.

Court séjour – Globalement, le nombre d'entrées est en légère baisse (-0,46 %) et les journées sont en hausse de 2,74 % en 2002 par rapport à 2001. Cette situation est à nuancer selon les secteurs du MCO (moyen et court séjours) puisque le nombre d'admissions en hospitalisation complète de médecine est quasi stable (0,11 %) alors que les secteurs de chirurgie et de gynécologie-obstétrique connaissent respectivement une baisse de -0,40 % et de -3,23 %.

En terme de journées, tous les secteurs présentent une hausse, modeste en chirurgie (+1,25%), plus marquée en médecine (+3,58%) et en gynécologie obstétrique (+2,71%). La durée moyenne de séjour du MCO s'élève à 4,86 jours, en hausse de 0,15 jour par rapport à 2001.

Blocs opératoires – Concernant les services chirurgicaux, on observe une hausse de l'activité (+2,36%). Les plus fortes augmentations sont constatées dans les blocs suivants : chirurgie plastique (+24,45%) et chirurgie cardiaque (+7,93%).

Urgences – Le nombre de séjours dans les lits d'hospitalisation de très courte durée adultes s'élève à 3 810 en 2002, soit une hausse de 8,83%. Le nombre de journées est de 5 653 en 2002 contre 5 654 en 2001, traduisant une stabilité. Il convient également de souligner une baisse de la durée moyenne de séjour (qui s'élève à 1,48 jour en 2002 contre 1,61 en 2001).

Le nombre d'hospitalisations aux urgences pédiatriques baisse puisqu'il a été enregistré 2 649 entrées en 2002 contre 3 011 en 2001, correspondant à une diminution de 12,08%. Le nombre de journées est de 5 006 en 2002 contre 4 210 en 2001, traduisant une hausse de 18,91%. La durée moyenne de séjour s'accroît et s'établit en 2002 à 1,89 jour.

Le nombre de passages aux urgences est en hausse et se répartit comme suit :

- Urgences adultes : 40 007 correspondant à une moyenne de 109,6 passages par jour soit une hausse de 4,89 % par

rapport à 2001 ;

- Urgences pédiatriques : 6 931 correspondant à une moyenne de 18,99 passages par jour soit une hausse de 6,21 % par rapport à 2001 ;

- Urgences cardiologiques : 3 292 correspondant à une moyenne de 9,02 passages par jour soit une hausse de 0,7 % par rapport à 2001.

Hospitalisation de jour – L'hospitalisation de jour est en augmentation. Tous secteurs confondus, hors hémodialyse et hors radiothérapie, le nombre d'hospitalisations et séances s'élève à 15 053 en 2002 contre 14 010 en 2001, soit une progression de 7,44%. Les progressions d'activité les plus sensibles sont observées en oncologie médicale (+17,38%) et à l'hôpital de jour douleur chronique (+102%).

En 2002, 1 146 séances de chirurgie ambulatoire d'urologie ont été réalisées contre 806 en 2001 (ce secteur d'activité est ouvert depuis février 2001).

En hémodialyse, dont le nombre de postes s'élève à 19, il est constaté en 2002 une activité très soutenue avec une hausse de 12,66% du nombre de séances. Ce secteur représente environ 49% des hospitalisations de jour, tous secteurs confondus.

Soins de suite et réadaptation, soins de longue durée – Les unités de soins de suite ont connu une forte activité. Le nombre de journées s'élève à 60 669 pour 183 lits installés. Les unités de soins de longue durée ont connu une activité similaire à celle de 2002. Le nombre de journées s'élève à 109 599 pour 303 lits installés.

Maison de retraite – La maison de retraite a enregistré un nombre de journées de 30 465 contre 33 837 en 2002. Cette baisse traduit les adaptations réalisées en vue de la mise en œuvre du projet d'établissement. Au total, le nombre de lits de maison de retraite installés est passé de 152 à 85 sur l'ensemble du CHU.



■ Budget 2003

Le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation a notifié le 23 janvier 2003 au



Centre Hospitalier Universitaire le budget général de l'établissement pour l'exercice 2003. Cette notification s'inscrit dans le cadre de la fixation de la dotation régionale du Poitou-Charentes à hauteur de 1 203 175 320 €, soit une progression de 6,55 % par rapport à 2002 alors que sur le plan national les dotations initiales réparties entre les régions progressent en moyenne de 4,93 % sur les 5,42 % prévues au titre de la campagne

budgétaire 2003. Le budget du CHU a été arrêté à hauteur de 253 162 028 €, soit une progression de 5,33 % par rapport à 2002 : 0,28 % correspondent aux mesures de correction de la base budgétaire dont, principalement, la pérennisation des crédits relatifs à l'application du protocole de mars 2000 au titre des mensualités de remplacement et de la promotion professionnelle ; 2,74 % correspondent aux mesures de financement de l'emploi existant et de

la réduction du temps de travail ; 0,38 % correspondent à la réduction des inégalités, conduite sur la base des résultats du PMSI qui permet au CHU de bénéficier en 2003 d'une enveloppe de 918 132 € destinée en priorité à la réduction du délai de stagiairisation et à la consolidation de l'emploi ; 1,93 % correspondent aux mesures nouvelles destinées au développement de l'offre et de l'activité de soins.

Promenade dans nos archives

Les droits du patient en 1834 à l'Hôtel-Dieu de Poitiers (extraits du règlement de 1834)



CONDITIONS D'ADMISSION

171. Tout individu, domicilié dans la commune de Poitiers, depuis plus de six mois, peut, lorsqu'il est malade, demander son admission à l'Hôtel-Dieu. Il doit, à cet effet, obtenir du maire un certificat de résidence et d'indigence, et faire constater son état de maladie par un docteur en médecine ou en chirurgie de la ville, ou le chirurgien de garde. Le certificat doit énoncer qu'il n'est porteur d'aucune maladie contagieuse.

Muni de ces deux pièces, et d'un billet de la sœur préposée aux entrées, annonçant qu'il y a un lit vacant, il se présente chez un administrateur, qui lui délivre le billet d'admission. L'absence d'une de ces pièces suffit pour que l'entrée lui soit refusée.

172. Néanmoins, les membres de la Commission peuvent, en cas d'urgence bien reconnue, permettre l'entrée de l'Hôtel-Dieu, avant l'accomplissement de ces formalités ; mais à la charge par les parents ou amis de les remplir de suite et de déposer, dans le jour, au bureau des entrées, les pièces exigées par l'article précédent.

174. Les non-domiciliés, autres que les voyageurs, ne peuvent être admis que moyennant une pension acquittée, soit par les parents, soit par les communes ou le département [...]

177. Les voyageurs ne sont admis que lorsqu'ils sont porteurs de certificats de maladie délivrés comme il est dit à l'article 171 [...] Et de cartes de sûreté reçues du bureau de la police en échange de leurs passeports.

179. Peuvent être admis à l'Hôtel-Dieu et affranchis de la pension, lorsque la demande en est faite à la Commission par trois professeurs de l'école de médecine, les malades étrangers à la commune de Poitiers, jugés présenter un intérêt susceptible de tourner à l'avantage des progrès de la science et de l'instruction des élèves.

182. L'admission des militaires a lieu sur les billets délivrés par le sous-intendant. Ils sont assimilés aux autres malades pour le traitement, mais non pour le régime.

CONDITIONS DE SORTIE

181. Tout malade qui a reçu son billet de guérison est tenu de sortir immédiatement de l'hôpital ; il lui est défendu d'y rester, sous aucun prétexte, au-delà de la durée de la maladie.

La supérieure, de concert avec les médecins et les chirurgiens, tient rigoureusement la main à l'exécution de cette disposition.

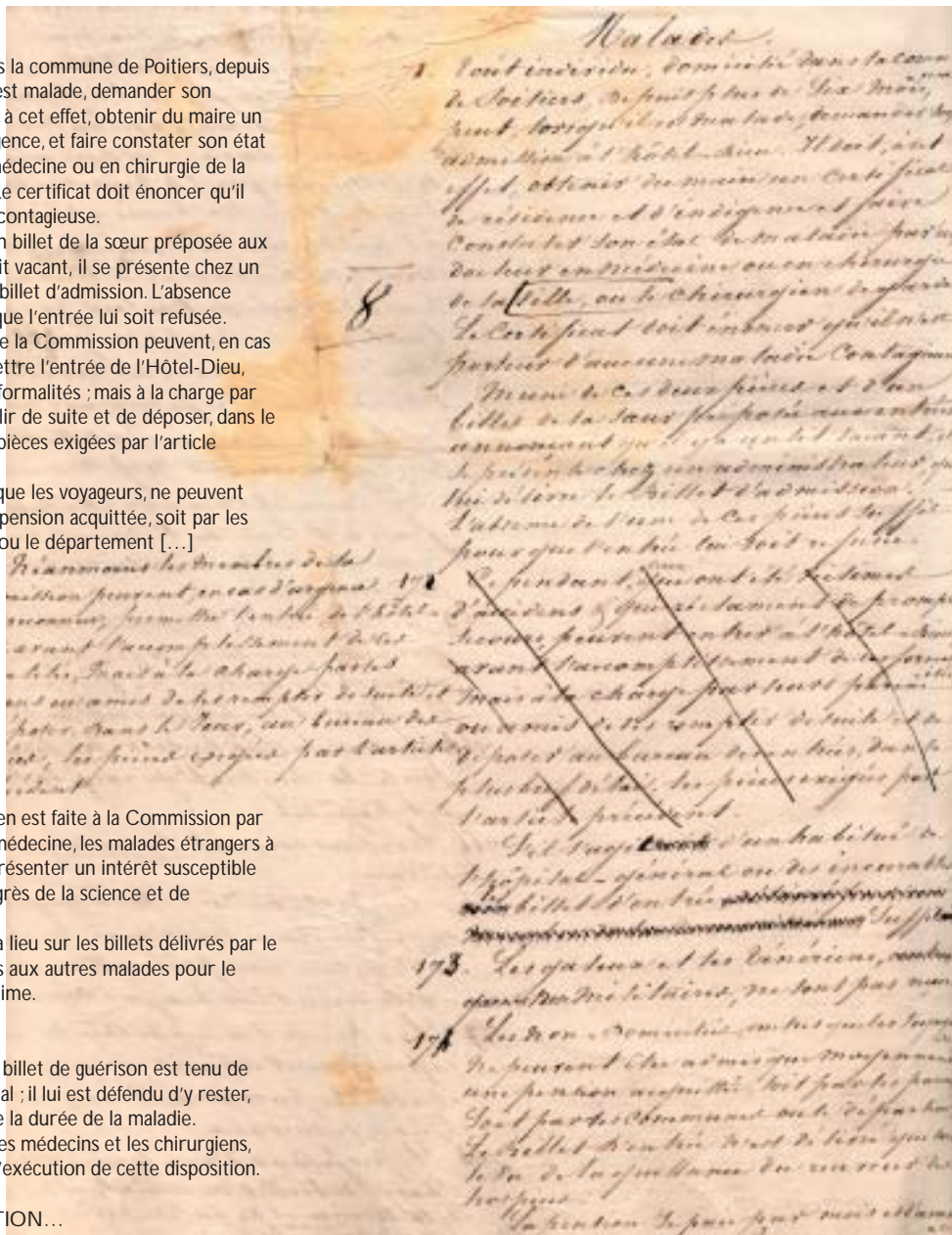
ET PENDANT L'HOSPITALISATION...

187. Tous les malades, civils et militaires, admis à l'Hôtel-Dieu, doivent déposer entre les mains de la sœur préposée en chef à la salle où ils sont placés, l'argent, les bijoux et les armes dont ils sont porteurs. [...]

190. Il est enjoint aux militaires de traiter les infirmiers avec douceur et de ne jamais les injurier, lors même qu'ils auraient à se plaindre de leur service ; ils doivent, dans ce cas, en instruire la supérieure, qui punit les infirmiers.

191. Il est expressément défendu aux malades et aux blessés d'avoir ni armes, ni poudre à tirer, ni dés, ni cartes à jouer ; de se coucher sur leurs lits avec leurs souliers ; de rien faire de contraire à la propreté des salles ; enfin, ils ne doivent se permettre aucuns cris, chants ou récits qui puissent troubler le bon ordre, ou nuire au repos de leurs camarades.

Tous les jeux à prix d'argent leur sont également interdits, ainsi que tout trafic ou échange d'aliments.



Ce pistolet, qui se trouve dans le patrimoine de l'hôpital, a peut-être été confisqué à un patient !



LA MAISON DES FAMILLES

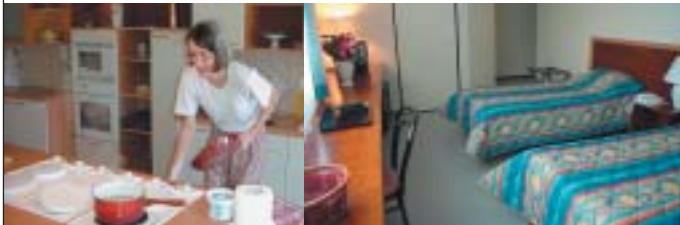
Ouverte depuis 1993, cette maison a été inaugurée et agrandie grâce à la générosité et au soutien de nombreux donateurs, privés ou publics, ainsi qu'à l'opération «Pièces Jaunes» de la Fondation des Hôpitaux de Paris.

Cette structure d'accueil est gérée par l'Association «La Maison des Familles» dont les objectifs sont, en complément de l'action du CHU de Poitiers, d'améliorer l'accueil et l'hébergement des familles à l'hôpital.

Située sur le site de l'Hôpital de la Milétrie, cette maison met à disposition des familles des hospitalisés, 7 studios et 21 chambres confortables. Les prix varient suivant la durée du séjour. Le personnel de la Maison assure votre accueil et votre installation.

Renseignements au 05 49 44 45 00, de 9h à 19h en semaine et de 9h à 17h le samedi.

Assoc. «La Maison des familles» – Hôpital de la Milétrie – BP 577 – 86021 Poitiers cedex



Situé dans un cadre exceptionnel entre forêts et lac

Golf du Haut-Poitou

- Pratique
- Parcours de 9 et 18 trous
- Club house
- Restaurant "Club 19"

Parc de Saint-Cyr

Un domaine de 300ha où distractions et détente vous attendent. Lac de 85ha avec plage (surveillance et club de plage en juillet et août).

- jeux pour enfants,
- sports nautiques (voile...)
- location canoës-kayaks
- circuits pédestres,
- randonnées (location VTT),
- toboggan aquatique...
- snack-bar en bordure de plage.

Ouvert toute l'année.
 Informations Parc : 05 49 62 57 22
 Informations Golf : 05 49 62 53 62
 86130 Saint-Cyr e-mail : contact@parcdesaintcyr.com
 Accès : entre Poitiers et Châtellerault, par la Nationale 10

DES TERRAINS POUR CEUX QUI ENTREPRENNENT

Map Locations and Activities:

- Migné-Auxances** (SEZ)
- Saint-Nicolas** (SEZ) - Industrie, artisanat
- République III** (SEZ) - Tertiaire, commerce, services, industrie
- Buxerolles** (SEZ)
- Le Pas de Saint-Jacques** (SEZ) - Industrie, commerce, artisanat, services
- Saint-Eloi** (SEZ) - Industrie
- La Gibauderie** (SEZ) - Commerce para-médical
- Le Pré-Médard** (SEZ) - Services
- Saint-Benoit** (SEZ)
- Les Lonjols** (SEZ) - Services
- Voineuil sous-Biard** (SEZ)
- Actiparc** (SEZ) - Services, artisanat
- Saint-Georges les-Baillargeaux** (SEZ) - Le clos de l'Ormeau - Industrie, artisanat

La SEP c'est :

- l'offre de terrains viabilisés
- les études d'implantation
- la maîtrise d'ouvrage
- le bâtiment clé en main
- l'ingénierie technique et financière
-

SEP
 SOCIÉTÉ D'ÉQUIPEMENT DU POITOU
 Rue du Charoine-Duret
 Acropole Rivaud
 BP 20967
 86038 POITIERS CEDEX
 0 800 801 089

INFORMATION • COMMERCIALISATION ▶

MHV Mutuelle des Hôpitaux de la Vienne



Salariés, Commerçants, Artisans, Étudiants, Professions Libérales, Régime Agricole, ...

Par des cotisations compétitives et adaptées, offrez-vous les prestations les plus performantes

Remboursements rapides

Vous êtes remboursé sans envoi de document de votre part si vous relevez de la CPAM de la Vienne, de la Charente, de la Charente-Maritime, des Deux-Sèvres, de la Haute-Vienne, de l'Indre et de l'Indre et Loire

CONTRAT SPÉCIFIQUE PERSONNEL HOSPITALIER DE LA VIENNE

AGENTS HOSPITALIERS

Avantages pour les titulaires et stagiaires

Avec la section locale Sécurité Sociale : Feuilles de soins traitées sous 48 H, remboursements Sécurité Sociale et Mutuelle regroupés en un seul versement

Visites, consultations, radio, analyses, etc : **100% et toujours le TIERS PAYANT gratuit**
Pharmacie, hospitalisation à 100%, le forfait hospitalier, la chambre particulière

"Tous les pourcentages s'entendent sur la base des taux conventionnels ou interministériels y compris intervention du régime Maladie obligatoire, dans la limite des frais réels et selon la législation en vigueur."

NOS SERVICES MUTUALISTES

MUTEX

- Prevoyance - (Indemnités journalières) - Mut obsèques
- Contrat dépendance

MATMUT

- Assurances habitat
- Assurances véhicules
- Contrats multigaranties (jeunes mutualistes - de 28 ans) ...

SIEGE SOCIAL

ouvert de 8h30 à 17h00
du lundi au jeudi
fermeture 16h le vendredi
Entrée 8, René Le Blaye Sud
Rue de la Milétrie
BP 59
86002 POITIERS Cedex
Tél. 05 49 44 44 07
Fax. 05 49 44 38 49

AGENCE

ouvert de 9h15 à 17h00
du lundi au jeudi
fermeture 16h le vendredi
Hall de l'Hôpital Jean-Bernard
Tél. 05 49 44 42 00



LA MUTUELLE POUR TOUS