



*Dossier*

# Obstétrique, gynécologie et médecine de la reproduction

- > La chirurgie mitrale
- > La consultation pluridisciplinaire des lombalgies chroniques
- > La lutte contre les infections nosocomiales

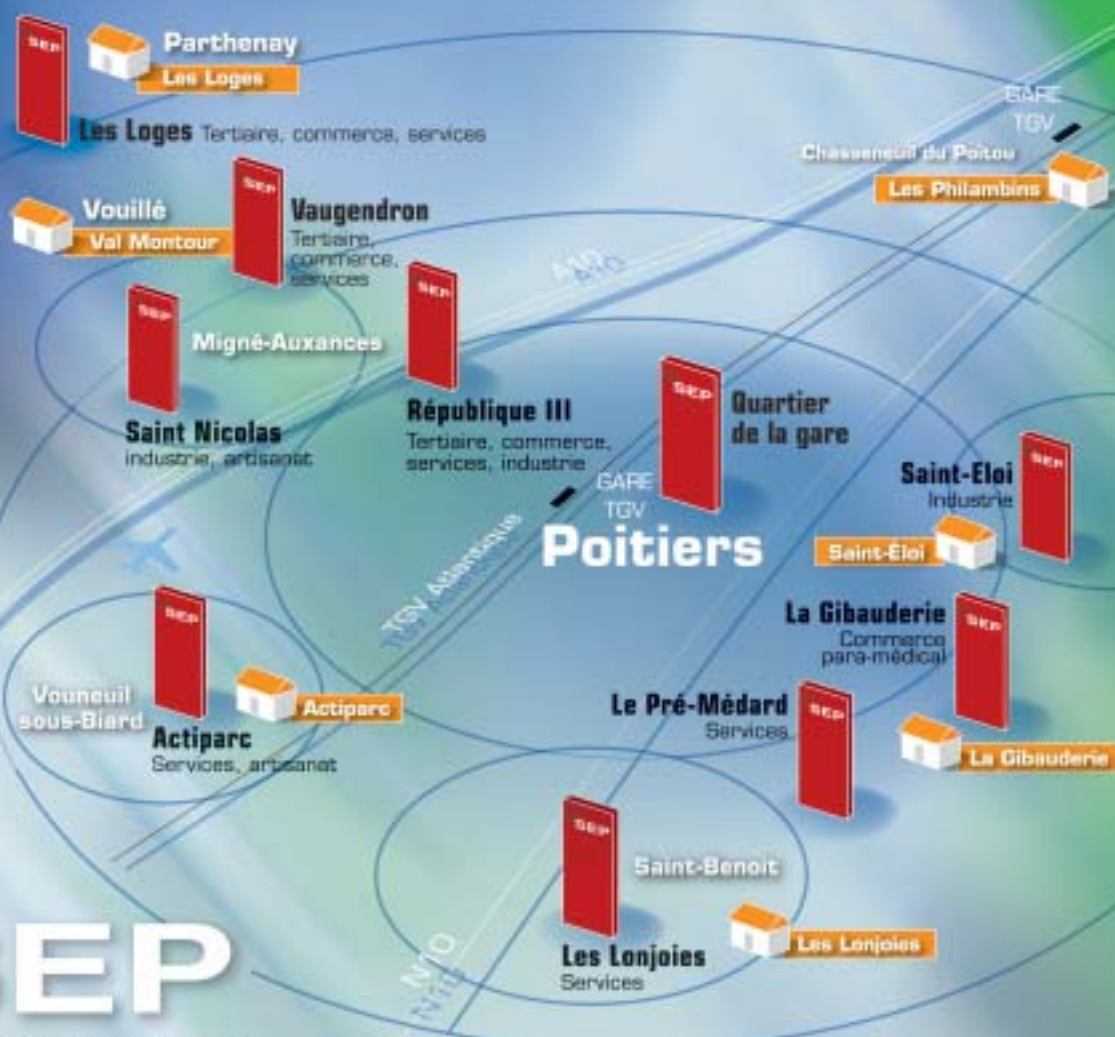
# DES TERRAINS POUR LES ENTREPRISES ET LES PARTICULIERS

## Pour les particuliers

- Un large choix de terrains viabilisés
- Des sites paysagers, des environnements de qualité
- Des commerces et des services de proximité
- Le libre choix du constructeur

## Pour les entreprises

- La réalisation de bâtiments clé en main
- La maîtrise d'ouvrage et le montage de projet



**SEP**

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

En bref...	4
Mesurer la qualité du service rendu	8
<i>La mise en œuvre d'une démarche qualité au sein du CHU a remis en cause les habitudes de travail.</i>	
La haute couture à plusieurs mains	10
<i>La réparation de la valve mitrale est une chirurgie minutieuse et technique qui impose la mobilisation d'un staff pluridisciplinaire.</i>	
La consultation pluridisciplinaire de la lombalgie chronique	12
<i>Créée en mars dernier, elle vise à aider les patients à sortir de l'impasse thérapeutique.</i>	
<i>Dossier</i>	
Obstétrique, gynécologie et médecine de la reproduction	14
<i>Le service se distingue par le large éventail d'activités qui s'y déploient.</i>	
Une ouverture indispensable vers l'extérieur	20
<i>Entretien avec Gaëlle de Surgy, directrice adjointe chargée des affaires générales et internationales.</i>	
La lutte contre les infections nosocomiales	22
<i>Des mesures de surveillance, de prévention et de formation visent à réduire ce type d'infection.</i>	
La consultation infirmière : un meilleur accompagnement du patient	24
<i>La consultation infirmière améliore la prise en charge des patients atteints du cancer.</i>	
Don d'organe, don de vie	26
<i>Une campagne d'information est testée pour recenser les donneurs d'organes.</i>	
En bref...	28
Notre patrimoine médical exposé	30
<i>Objets anciens appartenant à l'histoire de l'hôpital.</i>	

Photo de couverture : Futurs père et mère au cours d'une séance d'haptonomie en consultation de gynécologie.

## éditorial

### Ensemble

Ensemble, le maître mot de l'année 2005, pour les acteurs de santé et tous leurs partenaires, pourrait bien être celui-ci.

Ensemble, agir ensemble pour la meilleure offre de soins sur un territoire de santé. A la fin de l'année 2004 sont établies les premières propositions concernant les différents volets du schéma d'organisation sanitaire de troisième génération. Le début de l'année 2005 permettra les derniers ajustements avant l'entrée en vigueur, au plus tard le 5 septembre 2005, d'un schéma opérationnel jusqu'en 2010. La nouveauté de ce schéma, c'est de travailler par territoire de santé, en impliquant tous les acteurs qui interviennent pour répondre à un besoin de santé : les établissements de santé, mais aussi tous les professionnels médicaux et paramédicaux. Ensemble, nous sommes appelés à bâtir un projet médical de territoire qui nous permette de garantir une prise en charge et une coordination des soins optimales pour tous, quels que soient la structure ou le professionnel auxquels nous avons recours.

Ensemble, agir pour une santé publique toujours mieux préservée. Tous, nous sommes appelés à coopérer et à travailler ensemble pour répondre aux plans nationaux et régionaux en matière de santé publique. Pour la période 2004-2008, l'Etat nous rappelle dans la loi relative à la politique de santé publique que ses priorités sont la lutte contre le cancer, la lutte pour limiter l'impact sur la santé, de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, la lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, l'amélioration de la prise en charge des maladies rares. Pour répondre à ces objectifs, la mobilisation de tous est nécessaire.

Ensemble, agir pour développer et promouvoir la recherche. Dans notre région, nous devons tous apprendre à travailler ensemble pour assurer le développement de nos activités de recherche. Avec la Faculté de Médecine et Pharmacie, avec les établissements publics scientifiques et techniques, avec les collectivités territoriales et les régions limitrophes, nous devons mettre en commun nos expériences, nos acquis et nos projets. C'est dans cet esprit qu'en 2004 le Cancéropôle Grand Ouest s'est constitué. C'est dans cet esprit qu'en 2005 nous voulons continuer à travailler.

C'est ensemble que nous nous enrichissons mutuellement de nos expériences pour offrir à tous des prestations d'une qualité toujours plus grande.



Jean-Pierre Dewitte, directeur général

### 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 - Courriel : communication@chu-poitiers.fr  
Directeur de la publication Jean-Pierre Dewitte - Rédacteur en chef Stéphane Maret - Assistantes Ariane Becker, Chantal Vergès.

#### Ont collaboré à la rédaction

Agence de presse AV Communication, Philippe Quintard, Anh-Gaëlle Truong, Isabelle Hingand  
Photographies Thierry Aimé, Pascal Nibeau - Dessins Thierry Aimé - Photogravure et impression Médiagraphie (Poitiers)  
Publicité ComWest2 - 13, rue de Plaisance - 86190 Vouillé - Tél. 05 49 36 02 81 - Fax 05 49 88 57 86 - Courriel : comwest2@aol.com  
Dépôt légal 4<sup>e</sup> trimestre 2004 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 11 000 ex.



## Hôpital de la Milétrie : les grands chantiers

Les travaux d'extension et de restructuration du plateau d'imagerie ainsi que la première tranche du programme concernant le bâtiment Georges Heuyer ont démarré.

**Le projet de Georges Heuyer** consiste en la création de 4 unités de 13 lits et d'un hôpital de jour. Les travaux s'étaleront sur 16 mois pour un coût de 3 400 000 €.

Concernant la construction du bâtiment **Urgences - Biologie médicale**, 9 poteaux ont été édifiés dans la cour est de la tour Jean Bernard. Les passerelles de jonction entre Jean Bernard (plateau technique – imagerie et blocs) et le futur bâtiment des urgences et de la biologie médicale ont été juchées à la fin de l'été dans le cadre d'opérations spéciales. Le gros œuvre est actuellement en cours d'achèvement, les grues devraient quitter le chantier avant la fin de l'année. Il restera alors 10 mois de travaux pour achever l'installation intérieure.

Enfin, **le service de Radiologie** doit aussi s'adapter aux évolutions que connaît son activité. Depuis mai, la radiologie centrale, située dans la tour Jean Bernard, se restructure. D'ici à l'été 2006, sa superficie augmentera de 30 %, passant ainsi de 3 500 m<sup>2</sup> à 4 500 m<sup>2</sup>. Son architecture sera modifiée et une partie de son matériel renouvelé.

Depuis l'acquisition de matériels d'imagerie en coupe per-

formants comme le scanner multi-coupes et le deuxième appareil d'IRM, avec le remplacement progressif des équipements de radiologie conventionnelle par des systèmes numériques, avec la création d'un bloc de radiologie vasculaire et le regroupement des activités d'échographie, de radio et de médecine nucléaire, le CHU de Poitiers va se doter d'un plateau technique performant et totalement numérisé, dans le cadre du pôle d'imagerie.

La numérisation de la radiologie présente de nombreux avantages comme la réduction de l'irradiation, l'optimisation qualitative des clichés, la suppression des tâches de développement en chambre noire, la possibilité de transfert et d'archivage des images produites vers les correspondants et/ou vers une structure centralisée d'archivage. De plus, sur le plan environnemental, l'avantage n'est pas négligeable puisque ce type de traitement d'image induit la suppression totale du développement chimique au profit du développement à sec, avec absence de rejet d'effluents toxiques.

Au total le service de Radiologie comptabilisera 27 salles d'examen. Les secrétariats et l'accueil seront mutualisés grâce à l'acquisition d'un nouvel outil informatique pour ce service qui compte plus de 120 professionnels.

La restructuration architecturale et le renouvellement des équipements contribueront à améliorer les conditions de travail et l'efficacité pour un meilleur accueil et une prise en charge optimale du patient.

Le coût de ces travaux s'élève à 2 962 000 €, celui des équipements radiologiques à 2 400 000 €.



Construction du bâtiment urgences-biologie médicale : avant et aujourd'hui.

## Nouvelle gouvernance et pôles d'activités

Dans sa séance du 25 juin dernier, le Conseil d'administration du CHU de Poitiers a accepté l'engagement de l'établissement dans la mise en œuvre par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière. Il s'agit, pour l'établissement, de se préparer au passage, rendu obligatoire pour tous les établissements publics de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2007, à un fonctionnement en pôles d'activité. La constitution des pôles a ainsi été établie :

- un pôle regroupant les services d'hépatogastroentérologie et assistance nutritive, néphrologie-hémodialyse, transplantation rénale, chirurgie viscérale, urologie, endocrinologie ;
- un pôle mère-enfant : département médico-chirurgical de pédiatrie, gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction ;
- un pôle regroupant les services de médecine interne, maladies infectieuses et tropicales, dermatologie et dermatologues, chirurgie plastique ORL, chirurgie cervico-maxillo-faciale et audiophonologie, ophtalmologie ;
- un pôle cœur-poumons, composé du département médico-

chirurgical de cardiologie, du service de pneumologie et du service de physiologie respiratoire et de l'exercice ;

- un pôle cancérologie : oncologie hématologique et thérapie cellulaire, oncologie radiothérapique, oncologie médicale et anatomie et cytologie pathologiques ;
- un pôle regroupant les services de neurologie, rhumatologie, chirurgie vasculaire, neurochirurgie, médecine physique et réadaptation, neurophysiologie clinique ;
- un pôle anesthésie-réanimation : réanimation médicale, anesthésie et réanimation chirurgicale ;
- un pôle regroupant les urgences, le SAMU-SMUR et le centre 15, l'orthopédie-traumatologie ;
- un pôle pharmacie ;
- un pôle imagerie et médecine nucléaire ;
- un pôle gériatrie : hôpital de jour, unité de gériatrie aiguë, soins de suite, soins de longue durée, maison de retraite, handicapés profonds ;
- un pôle biologie médicale : génétique médicale, laboratoire de biochimie et toxicologie, laboratoire de génétique cellulaire et moléculaire, laboratoire d'hématologie et ma-

ladies du sang, laboratoire d'immunologie et biochimie des protéines, laboratoire de microbiologie A, laboratoire de microbiologie B, laboratoire de parasitologie et mycologie médicale, laboratoire de pharmacocinétique, service de pharmacologie clinique.

Pour le service de chirurgie vasculaire, une étude de faisabilité est en cours pour déterminer le meilleur positionnement de cette activité.

La mise en œuvre de la déconcentration de gestion se fera de façon progressive. Six pôles ont été retenus pour mettre en œuvre, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, cette déconcentration : le pôle mère-enfant ; le pôle regroupant les services de médecine interne, maladies infectieuses et tropicales, dermatologie et dermato-allergologie, chirurgie plastique ORL, chirurgie cervico-maxillo-faciale et audiophonologie, ophtalmologie ; le pôle cœur-poumons ; le pôle imagerie et médecine nucléaire ; le pôle gériatrie ; le pôle de biologie médicale.

Pour chacun de ces pôles, diverses étapes sont aujourd'hui prévues : la formation des acteurs de chaque pôle, l'élection des conseils de pôles, la formation des membres des conseils de pôles, la négociation des contrats annuels de pôles à partir du projet de pôle.

Dans chaque pôle, sont associés un coordonnateur médical et un directeur référent. Un cadre supérieur complète cette équipe.

La mise en œuvre par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière permet également la création d'un Conseil exécutif. Associant à parité des médecins, dont le président de la commission médicale d'établissement et le doyen, et des membres de l'équipe de direction. Sous la présidence du Directeur général, le Conseil exécutif est saisi de toutes les questions liées à l'élaboration, au suivi et à la mise en œuvre du projet d'établissement.

Depuis le mois d'avril 2004, le conseil exécutif s'est réuni à cinq reprises. Il a notamment été saisi de questions relatives à la gériatrie, à l'évaluation des pratiques professionnelles, au Cancéropôle Grand Ouest. Les réunions du Conseil exécutif se tiennent avant les instances de l'établissement, pour pouvoir proposer à ces dernières le fruit de ses réflexions.



■ Sport et collection :  
120 000 €

Le lundi 28 juin dernier, Jean-Pierre Doury, président de l'association Sport et Collection, et Jean-Marie Vincelot, président du Rotary Club Civray Sud Vienne, ont remis, en présence d'Alain Fouché, président du Conseil général de la Vienne un don de 120 000 € au CHU de Poitiers pour la recherche contre le cancer.

Ce don est le fruit de la 10<sup>e</sup> édition de Sport et Collection qui s'est déroulée les 8 et 9 mai derniers et qui a attiré plus de 15 000 spectateurs sur le circuit du Vigeant (13 000 en 2003). Cette manifestation a notamment permis de réunir 800 voitures de prestige dont 220 Ferrari, venues de France et d'Europe.

Les organisateurs tiennent une nouvelle fois à remercier les spectateurs qui sont venus admirer de belles voitures dans un élan de solidarité exemplaire. Grâce à eux, 660 000 € ont été récoltés depuis la première édition de 1995 (101 000 € en 2003). En 2005, la manifestation se tiendra les 4 et 5 juin.

## Pôle régional de cancérologie

Le pôle régional de cancérologie, édifié sur le site de l'hôpital de la Milétrie, sera relié par une passerelle à Jean Bernard, établissant ainsi une liaison directe avec le plateau d'imagerie, le bloc opératoire et la réanimation. L'élaboration du projet a associé plus d'une centaine de professionnels au sein de groupes de travail pluridisciplinaires.

La surface totale des locaux atteindra 12 000 m<sup>2</sup> répartis sur 5 niveaux pour une capacité de 120 lits et places. Le plateau technique de radiothérapie et de curiethérapie comprenant un potentiel de 6 salles de traitement et un scanographe dosimétrique sera installé au niveau le plus bas sur une surface de 2000 m<sup>2</sup>.

Au rez-de-chaussée, le hall d'accueil ouvrira sur un plateau de consultations, un hôpital de jour d'oncologie de 30 places et le plateau technique.

Les niveaux supérieurs d'hospitalisation accueilleront l'oncologie médicale indifférenciée (30 lits) et radiothérapique (10 lits), l'hospitalisation de semaine de 26 lits, l'oncologie hématologique de 24 lits dont 8 lits consacrés aux greffes de moelle osseuse. Enfin, des espaces seront réservés aux activités d'enseignement, de recherche et au réseau des unités de concertation pluridisciplinaire d'oncologie (UCPO).

Le montant du coût prévisionnel des travaux (valeur avril 2004) est arrêté à 18 000 000 € hors taxes.

Le jury du concours d'architecture et d'ingénierie, présidé par Michel Vergès, directeur général adjoint, s'est réuni le 14 octobre pour examiner les projets des quatre équipes admises à concourir. Il a classé en premier le projet présenté par CRR Architectes Associés (Clermont Ferrand), SARL Créa'ture (Poitiers) et OTH Centre (Tours).



■ Candidature du CHU à une labellisation par le centre de référence des maladies rares

La circulaire de la direction de l'Hospitalisation et de l'organisation soins en date du 27 mai 2004 organise un appel à projets auprès des centres hospitaliers universitaires en vue de l'obtention du label de «centre de référence pour la prise en charge de maladies rares». La dotation nationale prévue pour l'ensemble de ces centres s'est élevée en 2004 à 10 millions d'euros. Sous l'impulsion du professeur Brigitte Gilbert, chef du service de génétique médicale, le CHU a déposé un dossier de candidature concernant la prise en charge de patients atteints de la maladie de Rendu-Osler.

La maladie de Rendu-Osler est une maladie vasculaire rare, d'origine génétique, qui se caractérise par une prolifération exagérée de vaisseaux qui provoque des saignements fréquents (épistaxis), des hémorragies ou des anémies.

La fréquence particulièrement élevée de cette pathologie dans le département des Deux-Sèvres explique que plus de 90 patients soient suivis au CHU de Poitiers, ce qui représente une file active importante pour cette maladie.

Il s'agit principalement de faire reconnaître et prendre en charge le temps médical et de secrétariat consacrés à cette maladie, à hauteur de trois vacations hebdomadaires de praticien hospitalier et d'un quart temps de secrétariat.

## Pôle de Biologie Signature de son 2<sup>e</sup> contrat annuel

Le CHU de Poitiers a anticipé la nouvelle gouvernance hospitalière et s'est lancé en 2003 dans l'expérimentation par pôle avec le pôle de biologie et le pôle médico-chirurgical de l'appareil digestif.

Ainsi, en mai 2003, ces deux pôles signaient leur premier «contrat annuel de pôle» portant sur une déconcentration de gestion.

«Expérimentation», «déconcentration de gestion», «contrat annuel de pôle»... que de grands mots diront certains. Et pourtant, il s'agit d'une affaire sérieuse dont les conséquences vont bien au-delà d'un changement de vocabulaire. La nouvelle gouvernance est un des trois volets principaux du plan Hôpital 2007, avec le soutien à l'investissement et la tarification à l'activité (T2A).

Le 19 mai dernier, le pôle de biologie – représenté par son coordonnateur, le professeur Jean-Louis Fauchère (au milieu sur la photo), son directeur référent, Michel Sorel, et son cadre supérieur assistant, Dominique Farvault – a conclu son deuxième contrat annuel de pôle, avec Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU (à gauche), et le professeur Michel Carretier, président de la commission médicale d'établissement (à droite).



Lors de la signature, le directeur général a salué l'expérimentation des pôles dans laquelle s'est lancé le CHU de Poitiers, soulignant que «cette expérience, nouvelle, est possible et peut s'inscrire dans le temps. Cette initiative comporte des résultats encourageants», a-t-il commenté, ajoutant «qu'elle est à l'image du CHU : dynamique et innovante».

Jean-Pierre Dewitte et le professeur Michel Carretier ont rappelé avec insistance que l'objectif de la réforme au travers de la tarification à l'activité et de la nouvelle gouvernance portait en priorité sur la stimulation de projets médicaux.

Pour sa part, le professeur Jean-Louis Fauchère a, dans son témoignage, souligné les avantages de cette expérimentation, précisant «que les difficultés méritaient bien d'être levées compte tenu des nombreux avantages qu'offre par ailleurs cette nouvelle organisation».

Ce second contrat annuel porte sur les objectifs du pôle de biologie, les moyens qui lui sont alloués pour son fonctionnement et les obligations qui en découlent pour chacun des signataires.

Le pôle de biologie s'engage à mener une réflexion sur l'organisation du travail du personnel non médical dans le futur bâtiment Urgences-Biologie médicale ainsi que sur l'organisation des activités médicales. Le pôle s'engage également à mettre en place de nouvelles techniques dans les domaines de la biologie du cancer, de la biologie de la susceptibilité individuelle et de l'efficacité thérapeutique, de la biologie du contrôle des maladies transmissibles et des infections nosocomiales, de la biologie gériatrique.

Le contrat prévoit l'expérimentation de la mise en place d'une prise en charge biologique 24 heures sur 24 des examens nécessaires dans l'hypothèse d'accidents d'exposition au sang.

Le contrat contient également des objectifs liés à l'enseignement et à la recherche. Il permet notamment de promouvoir et d'introduire des techniques innovantes dans le droit fil d'une politique d'établissement apportant un soutien actif aux équipes labellisées (EA et ERIT) présentes et à venir.

Enfin, il comporte un volet social. Dans cette perspective, une réflexion sera menée sur un nouveau métier, celui d'agent de réception des échantillons biologiques.

En terme de moyens en personnel médical, deux praticiens hospitaliers ont été recrutés pour la réception centralisée des prélèvements pour l'atelier «analyse de l'ADN».

Enfin, le contrat annuel du pôle de biologie comprend un projet qualité, un projet logistique ainsi qu'un projet de développement du système d'information.





# Roche-Bobois et La Maison Coloniale

se situent sur le **Parc Commercial du Grand Large**  
10 rue du Clos Marchand - 86000 Poitiers - Tél. 05 49 01 01 65

**Conditions particulières pour les professions de santé\***

\*Sur présentation d'une carte professionnelle



# Mesurer la qualité du service rendu

**La mise en œuvre d'une démarche qualité au sein du CHU a remis en cause les habitudes de travail afin d'assurer une plus grande sécurité et une meilleure prise en charge des patients. Un travail de longue haleine qui passe par l'instauration d'indicateurs d'évaluation et la formalisation de nouveaux protocoles.**

Dans les mois qui viennent, le CHU de Poitiers va entamer les démarches pour répondre aux recommandations de la deuxième accréditation délivrée par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Instaurée par les ordonnances de 1996, cette accréditation a conduit le CHU à définir une démarche qualité. «Jusqu'à cette date, les hôpitaux ne se posaient guère la question de la pertinence et de la qualité des pratiques mises en œuvre au sein des établissements», explique le professeur Bertrand Becq-Giraudon, chef du service de Médecine interne, maladies infectieuses et tropicales et co-responsable de la Direction de la qualité. «Quelques services avaient toutefois établi, le plus souvent de façon empirique, un certain nombre de mesures pour réduire les dysfonctionnements pouvant nuire aux patients. Les ordonnances de 1996 ont instauré l'obligation d'une procédure externe d'évaluation. Cela a formalisé l'idée qu'il fallait mesurer la qualité du service rendu au patient et, par là-même, provoquer une prise de conscience des professionnels de santé.»

Au sein du CHU de Poitiers, cela s'est d'abord traduit par la création, en 1999, d'une Direction des usagers, des risques et de la qualité, devenue aujourd'hui Direction de la qualité. «L'usager a été placé au cœur des préoccupations», souligne Jean-Pierre Leroy, directeur de la Qualité. Mais pour favoriser durablement cette démarche au sein du CHU, il nous a fallu définir une politique claire car nous n'avions qu'une charte de la qualité qui était à portée très générale.» En outre, un comité de pilotage composé des personnels médical, soignant, logistique et administratif du CHU ainsi que des représentants extérieurs (deux représentants des patients, un correspondant médical et un infirmier libéral) a fixé les objectifs à atteindre. Un programme qualité a ainsi été élaboré qui décline

gent de revoir tous les liens interservices non formalisés et trop basés sur la tradition orale. La transmission illisible d'une ordonnance, un dossier mal rempli, par exemple, peuvent avoir des conséquences désastreuses. D'où la nécessité de définir par écrit des procédures, des protocoles. Cependant nous ne devons pas tomber dans l'excès par la rédaction de documents trop lourds mais inciter à l'implication du personnel dans des démarches durables.»

Pour répondre aux recommandations de l'ANAES, cette première accréditation a conduit à modifier certains comportements : respect de la confidentialité ou des bonnes pratiques de la stérilisation, conformité des prescriptions ou de la circulation des déchets. Mais elle a aussi mis en évidence la difficulté de pérenniser



l'activité des groupes de travail. «A chaque accréditation nous devons relancer la machine. Alors que la recherche de la qualité et l'évaluation devraient être quelque chose de continu. La partie ne sera gagnée que lorsque notre politique sera entrée dans les mœurs. L'accréditation n'apparaîtra plus alors comme une fin en soi, mais comme une photographie à un instant donné de nos avancées

les orientations stratégiques de l'amélioration continue de la qualité sur plusieurs années.

«Mettre en place une démarche qualité est quelque chose de difficile, car c'est une remise en question des pratiques, des habitudes, de certains pouvoirs..., ajoute le professeur Becq-Giraudon. La constitution de groupes de travail pluridisciplinaires a permis de faire se rencontrer des professionnels qui n'avaient pas coutume de travailler ensemble. Globalement, les compétences de chacun n'étaient pas contestées. En revanche, il était ur-

dans les services rendus aux patients», poursuit Jean-Pierre Leroy. La deuxième accréditation sera effective en décembre 2005 et portera notamment sur l'évaluation des pratiques médicales. La priorité des différents groupes de travail sera de réaliser une autoévaluation, c'est-à-dire un relevé des pratiques du CHU par rapport à de nouveaux critères définis par l'ANAES. L'objectif est, en fait, d'inciter les professionnels à déterminer des indicateurs qui mesureront leur progression dans le respect des bonnes pratiques.





Allez plus loin avec votre banque,  
découvrez une relation  
**hors du commun.**

- 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.

*Et profitez de nombreux avantages spécialement réservés pour vous  
(Voyages, hôtels, gastronomies, culture et loisirs ...).*

Renseignez-vous : un conseiller est à votre disposition dans les 11 agences  
**Banque Populaire Val de France de la Vienne.**



Association  
pour le Crédit  
et l'Épargne  
des Fonctionnaires



# La haute couture à plusieurs mains

**Exigeant souvent de combiner une série de procédés chirurgicaux, la réparation de la valve mitrale est une chirurgie minutieuse et technique qui impose, en outre, la mobilisation d'un staff pluridisciplinaire.**

«*En chirurgie cardiaque, les interventions portent essentiellement sur deux éléments : les coronaires et les valves. Parmi les quatre valves présentes dans le cœur, deux sont le plus souvent malades : la valve aortique, entre le ventricule gauche et l'aorte, et la mitrale*», précise le chirurgien cardiaque, Pierre Corbi. La valve mitrale régule la circulation du sang entre l'oreillette gauche et le ventricule gauche. Ses deux feuillets laissent passer le sang de l'un à l'autre et l'empêchent de refluer dans l'autre sens. «*Quand la valve fonctionne mal, le sang reflue dans les poumons, poursuit-il, ce qui provoque des troubles respiratoires, des palpitations (arythmie) ou une fuite mitrale, c'est un souffle au cœur, qui évolue en s'aggravant.*» Ces dysfonctionnements peuvent être causés notamment par un rhumatisme articulaire aigu – «*ce facteur est en diminution*» –, ou encore par des maladies dystrophiques qui détériorent la valve. Si le seul traitement possible d'une valve aortique est son remplacement par une prothèse, la valve mitrale autorise non seulement le remplacement mais aussi la réparation qui présente bien des avantages. «*En effet, les prothèses sont beaucoup plus contraignantes.*» La prothèse biologique, d'origine animale, n'a une durée de vie que d'une quinzaine d'années. Ce qui suppose d'envisager le remplacement à son terme. La prothèse mécanique, elle, impose la prise d'anticoagulants pendant toute la vie. Contraignant et risqué, les possibilités d'embo-

lisation cérébrale n'étant jamais nulles. «*De fait, la réparation est préférable tant du point de vue du confort de vie que des risques de complications à long terme.*»

L'opération en elle-même dure entre deux heures et demi et trois heures et demi. Elle se pratique sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation d'environ une semaine. «*La valve est constituée de deux feuillets, de cordages et d'un pourtour annulaire. Pour la réparer, nous pouvons jouer sur ces trois éléments et combiner les techniques : réduction du calibre d'un anneau trop dilaté, réduction des excès de tissus valvulaires ou remplacement (plus rare) de défauts sur ces tissus, remplacement de cordages rompus ou raccourcissement de cordages allongés.*» Dans quels cas la plastie n'est pas possible ? Quand la maladie initiale rétracte les valves au point que le chirurgien ne dispose plus de matière pour travailler.

De fait, si l'intervention exige le même niveau d'expertise pré et per-opératoire que les autres chirurgies, c'est la combinaison de plusieurs gestes qui la complique. Mais l'exigence d'un très haut niveau de compétences ne s'applique pas qu'à l'intervention. L'étape du diagnostic est aussi cruciale et non moins complexe.

«*A l'heure actuelle, nous estimons qu'il est préférable d'opérer avant que le dysfonctionnement de la valve ne devienne symptomatique. En effet, plus tôt on opère, plus on retarde, voire on élimine, l'apparition d'arythmies et plus le cœur peut retrouver une configuration normale.*» Or, dans ce cadre, il faut être certain, avant d'opérer, que la plastie est faisable. Il n'y a en effet aucun avantage à opérer pour se rendre compte que seule la prothèse est envisageable. «*Ce serait troquer une complication pour une*





autre.» La décision se prend à la lecture de l'échocardiographie qui demande des compétences spécifiques, «notamment quand elle est transœsophagienne». Et le document ne permet pas toujours de quantifier facilement l'importance des fuites ou d'évaluer précisément les lésions. «Pour cette raison, le diagnostic exige la réunion de plusieurs compétences, cardiologiques, chirurgicales, anesthésistes... pour analyser l'échocardiographie et discuter de l'intervention en fonction de l'intérêt du patient.»

En cas de trouble auriculaire, ce qui est fréquent, on peut traiter l'oreillette par radiofréquence. Ce qui demande une expertise supplémentaire au staff par les rythmologues et parfois un traitement supplémentaire pendant l'intervention. Cette chirurgie a été inventée par le professeur Alain Carpentier à l'hôpital Broussais dans les années 1970. Formé à cette école, le docteur Pierre Corbi a, dans un premier temps, développé la chirurgie courante aortique et coronaire au CHU. «Puis au début des années 1990, il nous a semblé que développer la chi-

*urgie mitrale pouvait être intéressant dans un CHU qui dispose déjà d'un pôle (cœur-poumons) car elle mobilise toutes les compétences. Par sa haute technicité, ce projet est porteur pour toute l'équipe médicochirurgicale».*

Le projet approuvé, Pierre Corbi est allé se perfectionner à l'hôpital Harefield à Londres en Angleterre auprès du professeur Dreyfus, élève d'Alain Carpentier. Toute l'équipe a été formée. En outre, elle a obtenu un crédit supplémentaire pour l'achat du matériel de traitement par radiofréquence. «En effet, les pathologies valvulaires vont souvent de pair avec une arythmie à l'étage auriculaire qui peut être traitée par radiofréquence.»

Sur 450 malades en 2003, 60 % ont subi des pontages, 30 % des interventions valvulaires dont les trois quarts étaient aortiques et donc un quart mitrale. Chaque année, environ 50 mitrales font l'objet d'une intervention. «Depuis sa mise en place, l'activité a augmenté ainsi que les indications tandis que la pose de prothèse se fait plus rare.» ■

**Un matériel et une mobilisation humaine pluridisciplinaire impressionnants...**

La consultation pluridisciplinaire de la lombalgie chronique

# Une approche plurifactorielle



Créée en mars dernier, la consultation pluridisciplinaire de la lombalgie chronique vise à aider certains patients à sortir de l'impasse thérapeutique mais aussi d'un nomadisme médical coûteux pour la société.

«70 % de la population a des chances d'être confrontée un jour à la lombalgie. L'incidence est de 5 à 10 % par an», souligne le professeur Gilles Kemoun, chef du service de médecine physique et de réadaptation au CHU de Poitiers. Des chiffres explicites qui traduisent ce problème de santé publique dont le coût est considérable. Lié notamment aux consultations, traitements médicamenteux et de rééducation, à l'imagerie et aux actes d'intervention chirurgicale, son coût direct s'élevait à 9 milliards de francs en 1990. La lombalgie représente 3 % des consultations en médecine libérale, 8 % des actes de radiologie, 30 % des actes de kinésithérapie et se classe comme la première cause de consultation des rhumatologues. De même, 13 % des accidents du travail et 7 % des arrêts de travail lui sont imputables. Néanmoins, il est important de préciser que ce sont 10 % des patients atteints de lombalgie chronique et en arrêts de travail de plus de six mois qui représentent 80 % de l'indemnisation et 70 % des journées d'arrêt de travail. On parle de lombalgie chronique lorsque les douleurs se manifestent de façon quasi quotidienne sur une durée supérieure à 3 mois. De telles raisons justifient que l'on

se penche davantage sur ce mal mais ce ne sont pas les seules. «95 % des cas sont classés dans les lombalgies communes car on ne sait pas rattacher le problème douloureux à une cause organique précise. Et en l'absence de diagnostic précis, il est difficile de proposer des traitements efficaces. De ce fait, les gens multiplient les avis et la réponse qu'on leur donne est parfois partielle car fonction des compétences propres et de l'expérience de chacun.» Une insatisfaction du patient en découle et le problème se pérennise.

## Une évaluation globale

«Il est donc important de trouver de nouvelles façons d'agir parce que jusqu'à maintenant nous n'avons pas été très efficaces», reconnaît Gilles Kemoun. C'est pourquoi, avec le professeur Michel Alcalay, chef du service de rhumatologie, une réflexion a été engagée pour endiguer ce phénomène. La création d'une consultation pluridisciplinaire, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004, à raison d'une demi-journée par mois, est le fruit de cette réflexion. Elle réunit un médecin de médecine physique et de réadaptation, un rhumatologue et un kinésithérapeute. «Idéalement, on aimerait que l'évalua-



tion psychoso-ciale que nous faisons soit réalisée par un psychologue. L'idée de cette consultation est d'optimiser l'évaluation du problème de la personne grâce à la synergie de nos compétences et expériences pour essayer de la sortir du cercle vicieux de la douleur.» Et optimiser cette évaluation, c'est également prendre en compte tous les facteurs qui favorisent la chronicisation de la pathologie. «Grâce à des études, on sait à présent que le cadre dans lequel évolue la douleur liée à une lombalgie chronique est multifactoriel et que les facteurs psycho socioprofessionnels sont prépondérants dans l'évolution chronique de la lombalgie. Les patients sont en réelle souffrance mais leur mal est une façon d'exprimer une souffrance plus grande.» L'évaluation vise donc à envisager l'ensemble de ces facteurs, y compris bien entendu les facteurs organiques, et à déterminer sur le ou lesquels agir. Sachant qu'une présentation trop négative de la situation au patient et une surmédicalisation de la gestion du problème peuvent aussi favoriser une évolution chronique. «De même, plus le diagnostic est précis, plus la personne a de chance de rentrer dans une maladie chronique.» La durée de l'arrêt de travail pourra, également, être déterminante. «Un arrêt de travail supérieur à 8 jours pour une lombalgie est un facteur d'entrée dans la chronicisation», toujours selon le professeur Kemoun.

### Au stade expérimental

La consultation pluridisciplinaire vise donc à accueillir de façon simultanée les patients en impasse thérapeutique. L'évaluation globale est réalisée grâce à une discussion avec le patient, d'éventuels tests et à un examen médical effectué par les deux médecins spécialistes. Puis, une stratégie thérapeutique est proposée au patient, stratégie qui pourra l'amener à s'investir dans plusieurs axes de traitement. Il peut s'agir par exemple de la prescription ambulatoire d'une technique de rééducation spécifique ou d'un programme de rééducation plus adapté, de la reprise d'une activité physique soutenue, d'une prise en charge psychologique ou sociale. Dans les cas les plus délicats, il est proposé aux per-

sonnes d'intégrer un stage de reconditionnement à l'effort. D'une durée d'un mois, en hospitalisation, en groupe, il vise à redonner aux patients confiance dans leur corps ainsi que la force et le contrôle postural qu'ils ont perdus, mais également à repousser le seuil de survenue de la douleur. «Les personnes qui ont mal au dos ont tendance à restreindre leur activité physique, ce qui diminue leur capacité à l'effort et entretient les phénomènes douloureux et l'ensemble des déséquilibres qui favorisent les lombalgies.» Durant ce mois, ils vont suivre un programme, encadré par une équipe pluridisciplinaire, ce qui va permettre d'intervenir de façon simultanée sur les différents facteurs. «Par ailleurs, le fait d'extraire les personnes de leur environnement va leur permettre de prendre du recul par rapport à leurs problèmes, quels qu'ils soient.» Mais le stage n'est pas une fin en soi. L'idée est d'arriver à une stratégie à moyen ou long terme qui permette aux patients de s'autonomiser dans la gestion de leur problème et de démedicaliser la prise en charge.

L'application de la stratégie est, pour l'instant, fonction du bon vouloir du médecin traitant et du patient. Cette consultation pluridisciplinaire, en période expérimentale, est une consultation pour avis, faute de moyen. «Nous n'avons pas la structure adaptée pour mettre en œuvre les stratégies proposées.» Par ailleurs, le recul d'une année est nécessaire «pour évaluer le rapport entre le coût et ce que cela apporte en termes de résolution de problème, de satisfaction du patient et d'économie de santé publique». Mais une certitude existe déjà. «Si l'on ne suit pas cette approche pluridisciplinaire on court à l'échec», conclut Gilles Kemoun. ■



Les professeurs Gilles Kemoun (à gauche) et Michel Alcalay (à droite).

# Obstétrique, gynécologie et médecine de la reproduction

Du coup de pouce donné à la nature – avec l'aide à la procréation – à l'enfant à naître, en passant par la contraception, le diagnostic prénatal ou la chirurgie gynécologique, le service de gynécologie, obstétrique et médecine de la reproduction se distingue par le large éventail d'activités qui s'y déploient.



«La gynécologie obstétrique est une discipline importante mise sur le même rang que la médecine et la chirurgie», souligne le chef de service, le professeur Guillaume Magnin, en ajoutant que «quand Philippe Douste-Blazy préconise que chacun dispose d'un médecin référent, il inclut les gynécologues».

## Plus d'espace, au service de la qualité

Le service de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction est un des plus importants du CHU. Il s'étend sur les niveaux 1, 0 et rez-de-chaussée de la tour Jean Bernard. Il mobilise 142 personnes dont une dizaine de médecins, 45 sages-femmes, 16 auxiliaires de puériculture, 35 aides-soignantes, 19 agents de service hospitaliers, 13 infirmières et le personnel administratif. Le service dispose, au niveau 1, de 67 lits dont 25 dans une première aile (17 pour la chirurgie gynécologique, 4 pour l'orthogénie, 4 lits de suites de couches), 23 dans une seconde aile (13 lits de grossesses

pathologiques et 10 de suites de couches) et 19 dans une troisième aile pour les suites de couches.

Le bloc situé au niveau 0 bénéficie depuis septembre 2004, après un an et demi de travaux, d'une surface doublée, passant de 500 à 1200 m<sup>2</sup>, et d'une restructuration complète. «Nous disposons de quatre salles d'opérations, dont une affectée exclusivement aux césariennes, associées à cinq salles de travail et à une salle de soins de néonatalogie d'urgence. Les urgences de gynécologie et d'obstétrique sont également prises en charge à ce niveau», explique le chef de service. Cette restructuration vient compléter celle des consultations, au rez-de-chaussée, intervenue en 2002. «Alors qu'une vingtaine de personnes y travaillent, les consultations étaient trop petites et mal organisées. Les patientes relevant de la médecine de la reproduction, celles du centre de planification ou du diagnostic prénatal étaient toutes accueillies au même endroit.

## Activité du CHU en médecine de la reproduction

- Insémination artificielle avec sperme du conjoint (IAC) : 79 tentatives en 2003 et 8 grossesses
- Fécondation in vitro : 253 tentatives en 2003 et 44 grossesses
- Inductions (stimulation) de l'ovulation : 28 tentatives en 2003 sur 19 couples et 5 grossesses



*Aujourd'hui, les secteurs sont bien distincts, disposant d'accueils différenciés. Ce qui améliore nettement la qualité des prestations.»*

### Aide à la conception

Lorsque la nature s'avère capricieuse, le recours à un environnement médicalisé peut apparaître comme une solution. En effet, de nombreux couples ont du mal à concevoir. L'unité de médecine de la reproduction, sous la direction du docteur Jean-Pierre Chansigaud, intervient alors pour faire le diagnostic des causes de l'infertilité et apporter les réponses thérapeutiques adaptées.

*«Il y a seulement 5 ans, 10 % des couples étaient inféconds. Aujourd'hui, ils sont près de 15 %»,* précise-t-il en ajoutant qu'autrefois *«l'infécondité était le plus souvent due à la femme pour des infections génitales qui tendent aujourd'hui à diminuer avec l'utilisation du préservatif. Aujourd'hui, dans un couple infertile, l'homme est une fois sur deux à l'origine de cette infertilité.»*

Pourquoi ce renversement de tendance ? Pour le médecin, qui s'appuie sur une multitude d'études scientifiques, c'est essentiellement un problème d'écologie, lié à la pollution de l'environnement. *«Nombre de produits comme les pesticides dispersent des molécules hyperféminisantes dans l'air. Elles provoquent, entre autres, une baisse de la spermatogénèse<sup>1</sup>, une augmentation des malformations sexuelles chez les garçons et l'augmentation de pubertés précoces chez les filles.»*

Mais la pollution n'est pas la seule en cause. A la suite de recompositions familiales ou après avoir donné la priorité à leur vie professionnelle, les femmes désirant concevoir entre 38 et 45 ans sont de plus en plus nombreuses. Or, la fécondité diminue à partir de 35 ans. *«Ces femmes représentent aujourd'hui 25 à 30 % des femmes prises en charge.»*

De fait, la nécessité de prendre en charge l'infécondité ou l'infertilité augmente. La première étape est le diagnostic. Courbe de température, test postcoïtal, spermogramme, dosages hormonaux, biopsies d'endomètre, hystérogaphie constituent l'arsenal de base. Les causes sont variées : l'âge mais aussi la psy-

chologie, la qualité du sperme, des trompes ou de l'utérus, etc.... Ainsi que l'éventail de solutions : traitements médicaux, chirurgicaux ou, quand ces derniers sont insatisfaisants, la procréation assistée avec l'insémination artificielle, la fécondation in vitro (FIV) et l'injection intra-ovulaire d'un spermatozoïde (ICSI). Noémie, premier bébé éprouvette de Poitiers, est née le 11 septembre 1988. Pratiquée jusqu'à la 45<sup>e</sup> année de la femme, la fécondation in vitro a fait l'objet en 2003 de 253 tentatives au CHU et a donné lieu à 44 grossesses. *«Pour éviter au maximum la survenue de grossesses multiples, nous privilégions l'utilisation du blastocyste congelé en culture prolongée pendant 5 jours.»* En effet, plus l'embryon est transféré tôt dans l'utérus, moins les chances d'implantation sont élevées. De fait, à ce stade, on transfère plusieurs embryons pour augmenter les chances. Et dans 25 % des FIV réussies, c'est la grossesse multiple qui se profile. Transférer un blastocyste, c'est-à-dire un embryon de 5 à 6 jours, c'est augmenter les chances d'implantation et donc réduire le nombre des es-

<sup>1</sup> Dans les années 1970, un homme produisait en moyenne 40 millions de spermatozoïdes, aujourd'hui, il n'en produit plus que 20 millions.

## Un métier : sage-femme

*«Profession médicale qui bénéficie du droit de prescription, les sages-femmes disposent d'une relative autonomie qui se traduit par la prise en charge de 75 % des accouchements eutociques. C'est aussi un métier qui mobilise de grandes capacités humaines et d'écoute»,* souligne Ghislaine Marcault, sage-femme cadre supérieur du service de gynécologie, obstétrique et médecine de la reproduction. Les sages-femmes ont à leur disposition tout un panel de spécialisations (diplôme universitaire d'échographie, de grossesse pathologique, de médecine fœtale, d'hygiène...). Elles peuvent exercer dans différents secteurs : en salle de naissance, en hospitalisation de grossesses pathologiques, en secteur de suites de couches, dans les centres de planification et d'éducation familiale, dans les centres d'assistance médicale à la procréation et dans les centres de diagnostic anténatal. Au centre hospitalier de Poitiers, elles réalisent la plupart des consultations obstétricales et travaillent en étroite collaboration avec les médecins échographistes et l'obstétricien pour les consultations de grossesses pathologiques. Elles animent également les cours de préparation à la naissance et proposent différents programmes : haptonomie, yoga, sophrologie, piscine... Au nombre de 45 au CHU, l'équipe des sages-femmes souffre cependant de difficultés de recrutement : 9 postes ne sont pas pourvus alors que l'école de sages-femmes forme actuellement 80 élèves. Les difficultés de recrutement sont dues à plusieurs facteurs. *«Depuis 3 ans, il n'y a pas eu d'augmentation des effectifs étudiants et nous sommes dans un goulot d'étranglement. De plus, jusqu'à cette année, les étudiants recrutés étaient originaires de toute la France. De fait, les élèves repartaient dans leur région d'origine une fois diplômés. Désormais le recrutement par la faculté de médecine devrait davantage les stabiliser»,* explique Ghislaine Marcault.

sais. Le nombre de grossesses triples ou gémellaires a diminué. L'ICSI, quant à elle, n'est utilisée qu'en dernier recours.

### Eduquer et planifier

Mais la grossesse n'est pas désirée par toutes au même moment. Le centre de planification et d'éducation familial<sup>2</sup> – «à ne pas confondre avec le planning familial dont la gestion est associative», précise le responsable du centre, le docteur Richard Sarfati – met en œuvre la diffusion de l'information sur les moyens de contraception et, le cas échéant, l'interruption volontaire de grossesse (IVG). L'équipe est constituée de trois médecins, une sage-femme, une sage-femme conseillère conjugale et une infirmière. «Je suis particulièrement fier du travail effectué au sein de cette équipe qui se révèle très dévouée», tient-il à souligner. L'équipe fait aussi appel, quand besoin est, à la psychologue ou à l'assistante sociale.

Dans le cadre de sa mission d'information et d'éducation à la sexualité dans le département de la Vienne, le centre intervient depuis 2001 dans les établissements scolaires auprès des classes de la sixième à la terminale. Ils informent les élèves sur la contraception, la sexualité et les maladies sexuellement transmissibles. Cette mission

<sup>2</sup> Le centre est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h.

a donné lieu à une évaluation de la qualité de la transmission de l'information auprès de ce public. «Il apparaît d'une part que les jeunes enregistrent correctement les informations. Ils savent ce qu'il faut faire. D'autre part, malheureusement, ils ne les appliquent pas systématiquement.» Menée par Clémence Launay, élève sage-femme, cette étude a constitué son mémoire

pour son diplôme d'état et a reçu le 1<sup>er</sup> prix Evian qui a pour but de favoriser la recherche par les sages-femmes et de faire connaître leurs mémoires à la

profession médicale. Toujours dans sa mission d'information, le centre est amené à faire des consultations gynécologiques gratuites et anonymes pour les mineures. «En effet, parents comme enseignants ne pourront jamais empêcher les jeunes couples d'avoir des rapports sexuels s'ils en ont envie. De fait, notre but est, dans un environnement confidentiel et dans un climat de confiance, d'augmenter la contraception.»

Un numéro d'information, le 05 49 44 46 46, a été mis en place par le centre régional d'information sur la contraception et les IVG (financé par la Drass et géré par le centre de

planification qui dépend lui-même à la fois de la Drass et du CHU). L'accueil téléphonique est assuré par des sages-femmes et des infirmières formées qui informent les appelants sur les lieux où sont pratiquées les IVG en Poitou-Charentes ainsi que sur les démarches administratives.

La deuxième mission du centre concerne la prise en charge des IVG



(orthogénie). «Pour les mineures, la loi précise que l'autorisation parentale est obligatoire mais si la mineure refuse totalement le contact avec

ses parents alors elle peut se faire accompagner par une personne majeure», précise Richard Sarfati. Le CHU pratique environ 500 IVG par an jusqu'à la 14<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée comme l'autorise la loi. Dans la Vienne, 4 établissements les réalisent «mais beaucoup se limitent à la 12<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée».

Quel est le processus de prise en charge ? Le rendez-vous est donné le plus vite possible, entre 3 et 10 jours après la demande. «Nous ne cherchons pas à connaître les raisons pour lesquelles l'IVG est demandée. Toutes les raisons sont graves et, quelle que soit cette rai-



Visioconférence hebdomadaire avec les hôpitaux partenaires autour du docteur Martine Dugué-Maréchaud et du professeur Brigitte Gilbert.

## Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

Le CPDP, entité soumise à agrément ministériel et régie par un ensemble de règles définies, réunit toutes les compétences concernées par le diagnostic prénatal : obstétrique, échographie, biologie, pédiatrie, génétique, psychiatrie, sages-femmes, chirurgie et fœtopathologie. Leur but, lors des réunions hebdomadaires : émettre un avis sur les explorations à envisager, le diagnostic et le pronostic des cas soumis. La visioconférence permet d'associer à ces réunions les équipes d'autres centres hospitaliers. Le centre pratique également des examens de contrôle à la demande des confrères ou des patients directement. En 2003, 800 dossiers sont passés dans l'unité dans des contextes très variables : de l'amniocentèse à l'avis échographique, des patientes de proximité aux cas extérieurs (44 % habitent hors de la Vienne). Il y eut 65 décisions d'interruption de grossesse. Accordé pour la première fois en 1999, l'agrément a été renouvelé en août 2004.



son, je le ferai.» En revanche, lors de ce premier rendez-vous, le médecin tente de cerner au mieux si l'IVG est vraiment désirée et de dépister les femmes qui «*risquent de mal la vivre*». Il informe également la patiente sur la nature de l'intervention, médicamenteuse ou chirurgicale, effectuée le cas échéant l'examen clinique, informe sur les complications possibles. Patiente et médecin prévoient la future contraception et prennent rendez-vous pour l'hospitalisation et l'anesthésie. «*Entre-temps, nous nous voyons pour nous assurer du maintien de la décision.*»

La troisième mission concerne le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles.

### Un choix difficile

Quand le fœtus se développe, un ensemble d'actes médicaux permettent d'évaluer son état de santé. C'est le diagnostic prénatal. Les outils sont nombreux : interrogatoire des familles, examen clinique, recueil d'informations sur sa morphologie par imagerie, avec l'échographie. Dans certains cas, il faut avoir recours à des explorations plus complexes d'imagerie avec l'IRM et biologiques (cytogénétique, biologie moléculaire...)

### L' étude Eden

Le CHU de Poitiers, avec celui de Nancy, est le siège d'une vaste étude menée depuis 2003 par l'Inserm sur les conséquences d'expositions précoces (alimentation, allergènes, tabac, toxiques de l'environnement, contexte social, stress, pathologies maternelles) avant et après la naissance sur le développement du fœtus et de l'enfant. Cette étude prévoit de recruter 3 000 femmes au cours de leur grossesse avant la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée et de les suivre, dans un premier temps, jusqu'au 5<sup>e</sup> anniversaire de leur enfant. «*De fait, aucun résultat n'est à attendre avant au moins 7 ans.*» Cette étude mobilise dans l'équipe deux sages-femmes à temps plein et un temps partiel.

«*L'objectif est d'établir un diagnostic et un pronostic qui orientent la mise en œuvre des moyens adaptés à l'état de santé de l'enfant à sa naissance. Il s'agit d'optimiser l'accueil de l'enfant et d'être prêt en cas d'intervention*», explique le docteur Martine Dugue-Maréchaud, médecin coordinateur du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDP). Certaines affections, comme la toxoplasmose, peuvent être détectées et traitées pendant la grossesse. Dans certains cas, les données recueillies interviennent dans la décision d'une naissance programmée. Dans d'autres cas, de pathologies sévères (maladies génétiques, anomalies chromosomiques), cela peut conduire à la décision d'une interruption médicale de grossesse, à la demande des parents et avec l'accord du CPDP.

L'interruption médicale de grossesse (IMG) est régulée par la loi sur l'IVG modifiée en juillet 2001. «*Les conditions précisées par la loi n'indiquent pas de limites de terme mais nous sommes dans l'obligation de faire preuve que le fœtus est atteint de la pathologie incriminée*», précise Martine Dugue-Maréchaud en ajoutant que la décision doit être appuyée par une attestation de deux médecins du centre après la consultation de l'équipe. «*Aujourd'hui, connaître l'état de santé de l'enfant avant sa naissance amène la problématique du choix, avec parfois des informations incomplètes. En outre, les outils technologiques s'améliorent et s'ils réduisent certaines incertitudes, ils en apportent de nouvelles. Au final, on ne diminue pas l'incertitude, ni l'inquiétude.*» Beaucoup de facteurs interviennent dans la prise de décision des parents : ils sont religieux, sociaux, culturels et plongent le couple dans un dilemme. Certains vont vouloir garder leur enfant alors qu'il est avéré qu'il a de graves handicaps, d'autres vont refuser des problèmes plus légers. «*Dans ce cadre, le rôle des sages-femmes est*

### Accueil à la carte

«*Nous nourrissons le projet de création d'un secteur d'hospitalisation de jour de certaines grossesses pathologiques pour surveiller les grossesses multiples, les femmes diabétiques ou certaines hypertendues. Pour le moment, nous n'avons pas d'autres moyens que de leur réserver un lit pour la journée. Nous projetons l'aménagement d'une salle spécifique qui permettrait d'écourter leur séjour, tout en leur assurant un encadrement et une prise en charge très spécialisés. Cela dans un espace assurant convivialité et relaxation...*»

primordial, souligne-t-elle. *Elles ont beaucoup de savoir-faire dans leur mission d'accompagnement autant sur le plan technique que psychologique et humain.*» En outre, l'intervention du psychiatre est systématique lors des interruptions de grossesse pour aider le couple dans l'épreuve de la perte d'un enfant. «*L'accompagnement de la mort en maternité a beaucoup évolué. Il s'est amélioré grâce à une réflexion collective, à la formation des intervenants et l'évolution des pratiques proposées.*»

### Un réseau périnatalité de plus en plus efficace

«*En obstétrique, les avancées les plus notables découlent de l'efficacité croissante du réseau régional de périnatalité*», note le professeur Fabrice Pierre. En effet, grâce à ce réseau créé en 2002, sur les 2 200 accouchements qui ont eu lieu au CHU de Poitiers en 2003, plus de 150 très grands prématurés ont été pris en charge, soit 60 % de plus qu'en 2002. «*Attention, précise Fabrice Pierre, ce n'est pas le signe d'une recrudescence des prématurés mais celui d'un meilleur recrutement, c'est-à-dire que les grands prématurés peuvent bénéficier, dans la mesure du possible, d'un transfert alors qu'ils sont encore dans le "ventre" de leur mère et, de ce fait, naître dans la maternité la plus adaptée à leur terme,*



proche du service de réanimation néonatale.» En quoi est-ce une avancée ? Les établissements de la région sont classés selon différents niveaux de prise en charge de la périnatalité. Ainsi, les maternités de niveau I assurent une mission de proximité et accueillent les grossesses normales. Les maternités de niveau II, comme La Rochelle, Angoulême, Niort, Saintes ou Rochefort assurent la prise en charge des prématurés entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée. La maternité de niveau III est équipée pour accueillir les grossesses pathologiques, les hypertensions artérielles sévères, les accouchements prématurés ainsi que les grossesses multiples dont

le nombre augmente avec la procréation médicalement assistée et qui donne naissance à un voire plusieurs prématurés de 25 à 32 semaines d'aménorrhée. Ce niveau exige un équipement lourd et un personnel adapté : un service de réanimation néonatale (une infirmière pour deux nouveau-nés), une réanimation pour adultes, un plateau technique pour, par exemple, les hémorragies de la délivrance et les possibilités d'embolisation artérielle. De fait, le service d'obstétrique du CHU est à la fois le niveau I de la ville de Poitiers, un établissement de niveau II et la maternité de niveau III pour la région Poitou-Charentes.

## Sortir plus tôt de la maternité

Quand la grossesse a été normale. Quand l'accouchement ou la césarienne s'est effectué sans complications. Quand l'enfant est indemne de pathologie. Si la mère en a émis le vœu, alors elle peut sortir plus tôt de la maternité. En effet, le service a mis en place depuis le 1<sup>er</sup> août 2004 des procédures de sortie précoce, c'est-à-dire inférieure à 96 heures après une naissance par voie basse et inférieure à 144 heures après une césarienne. Cette procédure doit permettre de répondre à une demande exprimée par la mère tout en assurant une continuité dans la prise en charge du couple mère-enfant. De fait, la patiente est informée dès la première consultation obstétricale à l'hôpital sur cette possibilité et ses conditions. Après l'accouchement, l'état de la mère et de l'enfant seront réévalués pour s'assurer que les conditions requises pour permettre une sortie précoce sont réunies (interaction mère-enfant, état psychologique, encadrement intra-familial). Les informations concernant le couple sont transmises aux praticiens référents (libéraux ou de centre de protection maternelle infantile) dès l'accueil de la patiente en secteur suites de couches. Ces derniers prendront le relais dès la sortie de la mère et de l'enfant de la maternité.

## Un centre de sénologie bientôt en service

Le cancer du sein représente les trois quarts des cancers féminins (utérus, seins, ovaires). Le CHU vient de faire l'achat d'un mammotome de 275 000 €, dernier cri de la technologie qui va donner lieu à la création d'un centre de sénologie sous le pavillon Beauchant. L'outil permet de faire un diagnostic rapide et plus précis que le mammographe. Le radiologue localise d'abord la lésion puis effectue une incision pour introduire l'aiguille. La zone concernée est aspirée pour obtenir l'échantillon qui permettra d'établir le diagnostic. «L'ouverture du centre est prévue fin novembre», précise Geneviève Wahart, ingénieur biomédical. Les patientes seront prises en charge pour les échographies, les palpations mammaires et, si nécessaire, les ponctions sous mam-mographe ou sous mammotome dont l'usage est estimé à 200 patientes par an. «Son installation est prévue début novembre. Reste à signer une convention pour une utilisation de l'équipement par le secteur privé.»

«Le but du réseau est que les enfants naissent au bon endroit et donc que les transferts d'établissement à établissement se fassent selon des fonctionnements communs obéissant à une chaîne logique. Avec un réseau efficace, les transferts sont effectués in utero, ce qui améliore nettement le pronostic. D'ailleurs, le nombre de prématurés naissant à l'endroit adapté a visiblement augmenté. En outre, les protocoles sont partagés. Par exemple, on sait que l'administration de corticoïdes 24 heures avant la naissance d'un prématuré minimise les risques de détresse respiratoire des prématurés. Avec le développement du fonctionnement en réseau, on assiste à une augmentation notable de ces pratiques.» De fait, outre optimiser la qualité des transferts pour garantir une qualité de soins adaptée pour tous, le réseau, qui réunit obstétriciens, pédiatres, anesthé-



sistes, sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, représentants de la PMI (protection maternelle infantile) de toute la région, diffuse des informations et réalise un état des lieux. Le tout pour une amélioration constante de la prise en charge en tout point de la région.

## Gynécologie

Outre l'obstétrique et la médecine de la reproduction, le service assure l'activité de gynécologie. Une activité dominée par la cancérologie. «*La prise en charge des pathologies cancéreuses représente 70 % de l'activité de gynécologie du CHU et nous sommes le deuxième service, avec la pneumologie, plus gros consommateur de médicaments anti-cancéreux*», souligne le professeur Guillaume Magnin, chef du service de gynécologie, obstétrique et médecine de la reproduction. Tous les cas traités sont analysés lors de réunions pluridisciplinaires auxquelles participent les équipes d'oncologie radiothérapique médicale du professeur Alain Daban et d'oncologie du professeur Jean-Marc Tourani. Y sont prises les décisions de traitement par chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie. «*Pour les cancers du sein, nous privilégions actuellement la technique du ganglion sentinelle.*» Avant son apparition, dans les cas de cancers invasifs du sein, on pratiquait systématiquement une ablation d'une dizaine de ganglions dans l'aisselle du côté du sein traité. Ceci afin de mettre en évidence les ganglions présentant des cellules tumorales. En effet, l'atteinte des ganglions est un facteur de risques plus important concernant la métastase. «*Or, le curage est souvent mal toléré : il provoque des douleurs dans le bras et exige une hospitalisation de 3 à 7 jours.*» Cette nouvelle technique permet d'éviter un curage à 70 % des patientes qui n'ont pas d'atteinte ganglionnaire, l'hospitalisation est plus courte et les séquelles moindres. Les cancers du col et du corps de l'utérus ainsi que les cancers de l'ovaire bénéficient

## Suivi de A à Z

La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer, quelle qu'en soit sa localisation (sein ou appareil génital), bénéficie depuis quelques années d'une organisation particulière, récompensée en 2000 par un prix «Initiative Infirmière» remis lors de la journée Eurocancer, et préconisée depuis par le plan Cancer. Il s'agit pour Catherine Magnon et Nathalie Lagrange de garantir la présence de la même infirmière à chaque étape de la prise en charge d'une patiente : de la réunion pluridisciplinaire au cours de laquelle est étudié son dossier à la consultation d'annonce du diagnostic en passant par la consultation de chimiothérapie, tout en assurant pour chacune d'entre elles et de façon personnalisée un rôle de soutien psychologique.

Plus proche de la patiente, elle connaît mieux le dossier et est donc plus efficace. En outre, une infirmière en psychiatrie référente rencontre toutes les patientes pour lesquelles un diagnostic de cancer a été posé.

aussi de la pluridisciplinarité obligatoire aujourd'hui pour une prise en charge optimum des cancers.

Outre les cancers, la chirurgie gynécologique traite les pathologies bénignes de l'appareil génital qui sont à l'origine de problèmes aussi divers que les saignements, les douleurs et l'infertilité. «*Nous privilégions les abordements les moins invasifs avec notamment la cœliochirurgie dont les indications s'élargissent et les traitements hystéroscopiques permettant parfois d'éviter l'ablation de l'utérus en réalisant notamment une destruction thermique de la muqueuse utérine. Enfin, lorsque l'ablation de l'utérus s'impose, cela peut être réalisé dans 70 % des cas par les voies naturelles, un abord dont les suites opératoires sont beaucoup plus confortables.*»

L'urogynécologie, troisième volet de l'activité chirurgicale en gynécologie, prend en charge les prolapsus de l'appareil génital et l'incontinence urinaire de la femme. C'est un domaine évolutif tant dans le choix des voies d'abord (cœlioscopie ou voie vaginale) que dans les techniques avec l'utilisation de prothèses et des fameuses bandelettes sous-urétrales «*qui ont véritablement transformé le traitement de l'incontinence urinaire de la femme*». Mais la gynécologie n'est pas que chirurgicale, elle est aussi médicale avec la prise en charge en consultations de très nombreuses pathologies ou d'états tels que la ménopause dont le traitement, moins systématique, reste d'actualité et continue d'apporter des bénéfices considérables à de nombreuses femmes. ■

Cœlioscopie dans une des salles du nouveau bloc de gynécologie obstétrique.





# Une ouverture indispensable vers l'extérieur

De plus en plus organisée en réseau, l'offre de soins nécessite une coopération toujours plus importante entre les établissements de santé.

Entretien avec Gaëlle de Surgy, directrice adjointe chargée des affaires générales et internationales.

## CHU Magazine – En quoi la coopération interhospitalière est-elle indispensable ?

**Gaëlle de Surgy** – Un établissement de santé n'est pas tout seul sur son territoire. Il organise son offre de soins en tenant compte et en travaillant avec l'ensemble des structures existantes dans le même territoire. Cette ouverture vers l'extérieur implique nécessairement des liens de coopération de façon à assurer une prise en charge coordonnée et pertinente des patients, mais également, dans certains cas, de façon à tendre vers une forme de mutualisation des moyens.

## CHU Magazine – Quelles sont les différentes formes de coopération et dans quel cadre s'inscrivent-elles ?

**Gaëlle de Surgy** – La notion de coopération entre établissements permet d'évoquer tout d'abord les réseaux. La mise en œuvre des premiers réseaux est née de la volonté de travailler ensemble pour apporter des réponses aux lacunes du système de

prise en charge et proposer, par exemple pour le réseau ville-hôpital, des formules permettant d'éviter une hospitalisation. On peut citer les réseaux de cancérologie ou de périnatalité et obstétrique, souvent évoqués dans les schémas d'organisation sanitaire. La volonté était, par rapport à certaines pathologies, d'obliger les structures à coopérer et de hiérarchiser les interventions de chacun. En plus d'assurer une coordination efficace des interventions de tous les acteurs, cette structuration a permis une rationalisation des moyens mis en œuvre.

On peut aussi parler des communautés d'établissements. L'ordonnance de 1996 a contraint les établissements à se structurer en communauté d'établissements de santé<sup>1</sup>. Si en France le bilan est plutôt mitigé, cette coopération fonctionne plutôt bien dans la Vienne. L'idée est de prendre en compte certains besoins des établissements en ayant conscience que tous ne s'inscrivent pas dans le même contexte et n'ont pas la même taille. Ce qui a permis de garantir des prestations et des services que certaines structures ne pouvaient s'offrir qu'à un coût très élevé. A titre d'exemple, nous avons une équipe de soins palliatifs qui intervient dans tous les établissements publics de santé de la Vienne, une équipe commune de médecine du travail, ou encore, depuis 18 mois, un ingénieur biomédical assure la matériovigilance dans toutes ces structures.

La coopération peut également prendre la forme de conventions «simples» passées entre établisse-

ments concernant la prise en charge de certaines pathologies. Ce sont alors des médecins du CHU qui se déplacent dans d'autres établissements pour assurer des consultations avancées ou inversement des médecins qui viennent chez nous pour se former sur des techniques ou être confrontés à des cas pathologiques rares. Il y a aussi des accords de prise en charge et de transfert de patients.

D'autres coopérations médicales passent, dans la région, par la constitution d'une fédération médicale interhospitalière, qui permet, sous la responsabilité d'un coordonnateur médical, le rapprochement d'activités médicales de différents établissements.

Enfin, la coopération peut aussi passer par la formation de groupement d'intérêt économique, ce qui a été le cas entre la Polyclinique et le CHU pour l'acquisition et le fonctionnement d'un tomographe à émission de positons (TEP).

## CHU Magazine – La coopération peut-elle prendre un caractère international ?

**Gaëlle de Surgy** – Effectivement, nous avons des accords de coopération avec le Liban, le Tchad, la Hongrie, le Chili, le Maroc, le Vietnam ou encore l'Argentine. La position du CHU a été, du fait des nombreuses sollicitations, de ne répondre qu'à des demandes de coopérations qui s'inscrivaient dans le cadre d'accords avec les collectivités locales : la Région, le Département ou la Ville. Ce peut être aussi sur demande de l'Etat, comme c'est le cas avec le Maroc pour la lutte contre le Sida. ■



<sup>1</sup> La communauté d'établissements publics de santé de la Vienne comprend les centres hospitaliers de Châtelleraut, de Loudun, de Montmorillon, l'hôpital local de Lusignan, la Colline ensoleillée de la Roche-Posay, et le CHU de Poitiers.



## ERMES PROMOTION IMMOBILIÈRE

Maisons ou appartements  
Investissement locatif ou accession  
Terrains



[www.ermes-immobilier.com](http://www.ermes-immobilier.com)



POITIERS - ☎ 05.49.00.49.49



## ERMES LES VILLAS

Constructeur de maisons individuelles  
RN 10 Nord - La Folie  
A MIGNE AUXANCES  
(à côté de Futurotroc)

Selon vos désirs et besoins, nous créons,  
pour vous, votre maison personnalisée.  
Etude personnalisée sous 8 jours.



Pour tout contact : ☎ 05.49.88.70.48

Ici commencent  
tous les voyages

**TOURISME  
AFFAIRES  
LOISIRS**

Réservez en ligne

<http://www.artique-voyages.com>



Accueil Personnalisé sur rendez-vous

• 4 Rue de l'Éperon - 86000 Poitiers  
Tél. : 05 49 88 28 11 - Fax : 05 49 82 92 81  
E-mail : [selectour@artique-voyages.com](mailto:selectour@artique-voyages.com)

• Asteroma 1 - Av. Thomas Edison  
86147 - 86140 Futuroscope Cedex  
Tél. : 05 49 41 41 00 - Fax : 05 49 41 40 81  
E-mail : [selectour@artique-voyages.com](mailto:selectour@artique-voyages.com)



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

ZAE de St Eloi - Rue du haut bois - 86000 POITIERS  
Tél. 05.49.44.91.27  
Fax. 06.49.47.02.23

E-mail : [cpm.dubois@wanadoo.fr](mailto:cpm.dubois@wanadoo.fr)

**helvia**  
promotion

05 49 50 71 75

[helvia.promotion@free.fr](mailto:helvia.promotion@free.fr)

## LOTISSEMENT DU PRÉ-MÉDARD

à St-Benoît-La Gibauderie, près de la polyclinique.  
PLATEAU DE BUREAUX DIVISIBLES (150 m<sup>2</sup> minimum)



HELVIA PROMOTION, 37, rue Carnot, 86000 POITIERS



# La lutte contre les infections nosocomiales

**Les infections nosocomiales constituent une préoccupation majeure pour les établissements de santé. Au CHU, le Comité de lutte contre les infections nosocomiales met en œuvre, chaque année, en collaboration avec le laboratoire d'hygiène hospitalière, des mesures de surveillance, de prévention et de formation de façon à réduire ces infections et endiguer leur développement.**

Les infections nosocomiales suscitent des craintes croissantes chez les patients et les soignants : les premiers s'interrogent, en raison de la médiatisation accrue de certaines affaires, sur le risque de contracter une maladie lors d'une hospitalisation, les seconds redoutent une judiciarisation grandissante de leur profession.

Un contexte regrettable qui ne doit pas, pour autant, faire oublier que depuis de nombreuses années les infections contractées lors de soins à l'hôpital sont une préoccupation majeure. Dès 1988, des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ont été institués dans les établissements de santé. Un dispositif qui a été complété en 1992 par la création de structures nationales et interrégionales, puis en 1999 par l'obligation dans chaque établissement d'un CLIN ainsi que d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

«*Tout ce que l'on peut entendre concernant les infections nosocomiales laisse souvent à penser que ces infections sont provoquées par la négligence d'un corps médical oublieux des règles élémentaires de l'hygiène*, explique le docteur Olivier Castel, responsable de l'unité

d'hygiène hospitalière et président du CLIN. *Il convient de comprendre que les infections contractées à l'hôpital sont très souvent la conséquence de traitements ou de techniques sophistiquées qui touchent des malades que leur grande faiblesse désigne comme des cibles privilégiées. Cependant, du fait même de cette faiblesse, sans ces traitements ou ces techniques, ces patients ne pourraient pas vivre. L'infection reste un danger permanent, notamment en chirurgie, et ce malgré des précautions rigoureuses et des protocoles sans cesse améliorés, car nous évoluons dans un environnement septique. Des raisons qui empêchent nécessairement qu'on atteigne un jour le degré zéro des infections nosocomiales.*»

Cependant, tendre au plus près de ce résultat reste une préoccupation quotidienne pour l'équipe du laboratoire d'hygiène hospitalière. C'est à elle que revient la charge de mener à bien les objectifs définis par le CLIN en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Ainsi, elle met en œuvre chaque année au sein de l'établissement un certain nombre de mesures inscrites dans une démarche globale de gestion des risques et de vigilance sanitaire. Les objectifs poursuivis sont : réduire la fréquence de survenue des événements indésirables, amoindrir leurs conséquences et contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières.

Aujourd'hui, les chiffres parlent d'eux-mêmes : l'évolution du nombre des infections nosocomiales contractées au CHU depuis 1996 est passée, en 8 ans, de 9 % à près de 5 %.

## Surveiller pour mieux parer

Des résultats que l'on doit à un programme ambitieux décliné en différentes phases d'opérations. La plus importante concerne toute la phase de surveillance qui comprend d'abord : l'en-

## Les missions du Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Un CLIN est constitué dans chaque établissement de santé. Ce comité est une instance de proposition et de programmation. Le CLIN, en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention, a pour mission d'organiser et de coordonner la surveillance continue des infections, de promouvoir toute action de formation du personnel dans la surveillance et la lutte contre ce risque, et d'établir un bilan annuel. Le CLIN doit également produire au niveau départemental les données statistiques et épidémiologiques de l'établissement. Le CLIN peut en outre proposer toute mesure ou toute action de nature à limiter le développement des infections. Il peut donner un avis sur l'agencement des locaux, l'acquisition de matériels ou de dispositifs aptes à influencer sur la prévention des infections nosocomiales ou leur transmission.



quête de prévalence. «Chaque année, le CHU réalise une enquête de prévalence, qui a pour objectif de connaître à un temps donné le nombre de malades qui ont contracté une infection nosocomiale. On entend par infection nosocomiale toute infection qui apparaît dans un délai de 48 heures après l'hospitalisation et qui n'était ni en incubation, ni présente à l'admission du malade. Par

équipe de deux personnes, nous passons dans tous les services du CHU et nous vérifions, en lien avec le correspondant médical et infirmier présent dans chaque service, selon un certain nombre de critères, si nous sommes en face d'un problème ou pas. L'an dernier, sur 1 367 malades hospitalisés au moment de l'enquête, 65 patients ont été infectés. D'où un taux de prévalence de 5,3 %. Ce qui nous place, au niveau interrégional, à une place inférieure au taux moyen qui est de 7,3 %. Cette enquête, complétée tous les 5 ans par une enquête au niveau national, a tout d'abord pour but de situer notre établissement par

rapport aux autres CHU. Ensuite nous approfondissons les résultats pour connaître nos faiblesses. Ce qui nous donne des axes de travail pour la mise en place de nouveaux protocoles.»

A cette enquête s'ajoute la surveillance quotidienne des malades. Au sein de chaque service, le correspondant médical relaye l'information auprès du CLIN lorsqu'il se trouve confronté à un cas d'infection nosocomiale. Pour ce faire, il remplit une fiche de liaison sur laquelle il indique les différents critères liés à l'infection (si elle est importée, sur matériel...). «Le retour étant rapide, il nous est possible d'intervenir dans des délais

très courts après une recherche en laboratoire. C'est grâce à cette surveillance quotidienne que l'on peut notamment limiter des épidémies qui pourraient avoir des répercussions importantes si elles n'étaient pas prises à temps.» En fin d'année, chaque service reçoit par rapport aux fiches transmises les statistiques sur le taux d'infection. «Pour le service, c'est un bon



L'air des blocs opératoires est contrôlé régulièrement.

moyen d'évaluer si tous les protocoles, que ce soit d'hygiène, d'utilisation des matériels..., sont bien mis en œuvre et, en cas contraire, il peut, avec notre aide, apporter des correctifs.» Un autre point fait l'objet d'une attention particulière chez les patients : la surveillance continue de la fréquence des bactéries multirésistantes, comme le staphylocoque doré. C'est un bon indicateur de la bonne gestion de l'antibiothérapie et sur la capacité à endiguer l'augmentation des résistances bactériennes.

Toujours dans ce dispositif de surveillance, le laboratoire réalise également une batterie de mesures quotidiennes liées à l'environnement.

Chaque jour, des prélèvements d'eau, d'air et de sol sont effectués au sein des services du CHU avec une priorité donnée aux secteurs les plus sensibles comme les blocs opératoires, les services de réanimation ou encore sur les sites à proximité des travaux. De même, des contrôles sont réalisés sur l'alimentation. Afin que tous les personnels puissent lutter contre les infections

nosocomiales, le CLIN dispense des formations. «C'est un élément essentiel qui est inscrit dans le plan de formation de l'établissement, soit dans le cadre de la formation continue du personnel ou soit par l'organisation d'après-midi thématiques. Ces derniers sont ensuite déclinés pour l'ensemble des établissements de la région.» Le CLIN assure aussi la formation des élèves aides-soignantes, infirmières, manipulateurs...

Enfin, le CLIN propose un programme de mesures et d'actions de nature à limiter le développement des infections : la mise en place de nouveaux protocoles, de nouveaux moyens, comme l'introduction des solutions

hydro-alcooliques ou de matériels à usage unique, ou encore la réalisation d'audits là où les problèmes les plus sérieux sont repérés. «Pour qu'un plan d'action soit efficace, il faut prendre en compte l'ensemble de l'établissement et non pas uniquement quelques services motivés. Les infections nosocomiales doivent être abordées de façon globale, transversale et multidisciplinaire. C'est pourquoi la réussite d'une telle démarche ne dépend pas de la seule performance du CLIN ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière. Ce défi est celui de tous les acteurs de terrain de notre établissement», conclut le docteur Castel. ■

# La consultation infirmière

## Un meilleur accompagnement du patient

**Afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints du cancer, la consultation infirmière s'est structurée et organisée il y a quelques années au CHU de Poitiers, une façon d'officialiser ce moment et ce rôle, qui existent déjà pourtant depuis longtemps.**

Face au choc psychologique que représente l'annonce d'un cancer pour un malade, mais également pour sa famille, et au lourd projet thérapeutique à engager, la nécessité de la mise en place d'une consultation infirmière en cancérologie s'est fait sentir à la fin des années 1990. «Une deuxième information était nécessaire après l'annonce faite par le médecin pour que le patient devienne encore plus acteur de sa maladie et puisse se fixer des objectifs de vie», précise Jean René Martin, directeur des Activités de soins. Deuxième entretien où l'infirmière peut apporter un complément d'in-

formation sur le traitement mais également des conseils d'hygiène de vie et une écoute. «La consultation infirmière a un double objectif, celui de clarifier pour le malade et sa famille la nature des soins mais également de répondre aux inquiétudes.» Cette consultation vise également à éduquer le malade à domicile, et à repérer la «personne ressource» qui va l'aider à faire ses soins chez lui. «Ce dispositif représente une aide précieuse dans l'accompagnement du malade.» Outre le bénéfice pour le patient qui ne se sent plus aussi seul face à la maladie, cette consultation, qui renforce la collaboration médico-soignante, représente également un gain de temps pour le médecin. Gain de temps, non seulement par l'information-formation délivrée par l'infirmière, mais aussi parce que lors des entrevues suivantes, le malade est plus réceptif car il a pu

*Le rôle précieux de l'infirmière dans l'accompagnement du malade.*





obtenir des réponses à ses premières questions et évacuer son anxiété (*voir encadré*).

### En quête d'une reconnaissance

Une nouvelle organisation au sein du CHU de Poitiers ? Oui, mais ce rôle joué par les infirmières n'est pas pour autant nouveau. En stomathérapie, même si on ne le désigne pas ainsi, l'infirmière remplit cette fonction auprès des malades stomisés et de leur famille, et ce déjà depuis une vingtaine d'années, en apportant une aide technique et psychologique ainsi que des conseils, notamment pour la réalisation des soins de stomie. Plus récemment, la consultation infirmière s'est également structurée en pneumologie au travers de la pathologie du cancer du poumon, mais aussi en pédiatrie où l'infirmière effectue un travail de prévention et d'éducation sanitaire auprès des enfants diabétiques et asthmatiques afin que ces derniers se prennent en charge.

Réalisée avant tout par des infirmières motivées, cette consultation infirmière suppose toutefois des compétences de clinicienne, d'écoute, de relation d'aide, une maîtrise parfaite de la spécialité et une maturité professionnelle. Cette nouvelle organisation mise en place en cancérologie permet donc d'officialiser un travail qui se faisait déjà auparavant mais sans une réelle reconnaissance. Toutefois cette reconnaissance ne demeure que partielle puisque *«la consultation infirmière n'est toujours pas reconnue comme un acte de soin à part entière»*. Reconnaissance inexistante également sur le plan de la tarification. Pour l'instant, la consultation infirmière demeure *«une plus-value pour la spécialité»*, plus-value dont sont demandeurs les médecins.

Dispositif concourant directement à améliorer la qualité de la prise en charge du patient, la consultation infirmière devrait s'étendre à d'autres domaines à l'avenir. C'est déjà le cas dans le domaine des soins palliatifs. *«L'infirmière de l'antenne mobile apporte aide et conseils au patient et à sa famille, mais également à l'équipe soignante des services où elle donne un avis d'expert.»* Cette consultation pourrait aussi exister en gériatrie lors de la mise en place d'un



plan d'aide pour la personne âgée dépendante. *«L'infirmière pourra évaluer la dépendance et ajuster les aides par rapport à cette dernière.»* Autant d'applications et de domaines qui prouvent la complémentarité du rôle de l'infirmière par rapport à celui du médecin et la nécessité de pérenniser la consultation infirmière. ■

*L'infirmière explique au malade la thérapie qui lui sera appliquée. Par exemple, ici, la chimiothérapie par cathéter.*

## La consultation d'annonce en cancérologie

L'une des mesures du plan Cancer concerne la mise en place d'un dispositif autour de l'annonce d'un cancer afin d'améliorer l'information du patient. *«Le CHU de Poitiers s'est positionné comme expérimentateur de cette mesure»*, souligne Martine Imbert, directrice de soins. Logique, puisqu'une consultation d'annonce existe déjà depuis 1999 au pôle cancérologie, et correspond à 2,5 postes à ce jour. Six infirmières d'oncologie médicale s'y consacrent à tour de rôle, travail qu'elles alternent avec celui consacré aux soins *«pour faire un continuum par rapport au patient»*, précise Catherine Allégrini, cadre de santé. *«Par ailleurs, cette consultation est lourde psychologiquement.»* Son point de départ est l'annonce de la maladie au patient, moment où l'infirmière est présente. *«Elle l'est aussi lors de l'annonce de la rechute et dès qu'il y a une nouvelle stratégie thérapeutique.»* Le médecin n'est donc plus seul, *«une autre personne est là pour prendre le relais»*. Ensuite, dans les 48 heures, l'infirmière revoit le patient et lui réexplique ainsi qu'à sa famille les mots clés de la consultation – la chimiothérapie, ses effets, sa durée – et donne des explications concernant la pose des chambres implantables. Elle repère également si l'intervention d'une assistante sociale, d'un psychologue, d'une diététicienne ou d'une socio-esthéticienne est nécessaire. *«Elle met en place et coordonne tous les relais autour du patient.»* Un classeur, créé par les cadres du pôle, est remis au patient et l'accompagne pendant toute son hospitalisation. *«C'est un outil de liaison entre l'hôpital et le domicile, entre les différents services du pôle.»* Le patient y range ses documents et y trouve l'information dont il a besoin. A l'intérieur s'y trouve également un carnet de liaison à destination des infirmiers libéraux. Grâce à cet outil et à cette consultation, l'information du patient est optimisée, sa prise en charge par les différents services facilitée, et il bénéficie *«d'un acte de soin indirect»* au travers de cette relation avec les infirmières, faite de beaucoup d'authenticité.



# Don d'organe, don de vie

*«Refuser de donner ses organes parce qu'on est gêné de perdre l'intégrité de son corps, pour des raisons religieuses ou parce qu'on pense que cela gêne le processus de deuil, explique Michel Pinsard, médecin coordinateur du don d'organe au CHU, sont autant de raisons indiscutables. Mais il y a encore trop de refus motivés par le simple manque d'information : par exemple, certains craignent le trafic de leurs organes, d'autres ne comprennent pas l'irréversibilité de la mort encéphalique.»*



**Pour** le don d'organe : Parlez-en à votre famille. Vous pouvez aussi porter la carte de l'établissement français des greffes avec vos papiers d'identité, qui manifeste votre volonté. Pour obtenir la carte ou pour tout renseignement, tél. 05 49 44 43 67.

Vous être **contre** le don d'éléments de votre corps après la mort : inscrivez-vous au registre national des refus, BP 2331, 13213 Marseille cedex 02 (l'avis est réversible).

*La sensibilisation et l'information sont les enjeux principaux du développement du don d'organe en France. «Cela relève pour moi des mêmes*

*ressorts que le sens civique», ajoute le médecin. Une campagne nationale (réunions d'information et affichage) est actuellement testée en Poitou-Charentes. Objectif à terme : que chacun donne son avis. Si elle est donneuse, la personne sera porteuse d'une carte, d'ores et déjà existante. Si elle refuse, elle s'inscrira sur le registre des refus.*

Au CHU, l'équipe est confrontée à 50 % de refus (le taux national est de 35 %), dont 80 % sont motivés par un manque d'information. Pourquoi un taux si important ? Selon la loi sur la bioéthique d'août 2004, un organe pourra être prélevé sur une personne décédée si elle n'a pas fait connaître son refus de son vivant. *«De fait, légalement, nous pouvons prélever les organes contre l'avis de la famille quand elle ne peut pas prouver*

*le refus du défunt. Dans la pratique, c'est délicat.»*, note le docteur Pinsard. Le faire est légal mais aux dépens d'un climat de confiance. Au CHU, l'équipe a pris le parti lors de l'entretien avec les familles d'imaginer quel aurait été le vœu du défunt pour, au final, pratiquement lui demander son avis.

L'entretien avec la famille se déroule en présence des infirmiers coordinateurs, Laurence Berland ou Laurent Boursier, du médecin du service dont est issu le défunt ou du médecin coordinateur des dons.

Quand l'accord est obtenu, un processus rapide et complexe se met en place. Le dossier du donneur est constitué et rendu anonyme. Des examens et des vérifications sont effectués. Ainsi, outre le refus, les motifs d'interruption sont les contre-indications issues des bilans biologiques, l'hépatologie maligne évolutive, le refus du procureur en cas de mort suspecte donnant lieu à une enquête et divers problèmes techniques. Ensuite, le service de régulation et d'appui de la région ouest à Rennes détermine les receveurs et prévient les équipes de transplantation qui viennent prélever le ou les organes. Ainsi, une équipe différente de transplantation intervient pour chaque organe. Il s'agit alors pour les infirmières de coordonner l'ensemble : de l'ouverture de l'aéroport de Biard à la garantie de l'accueil des équipes, au suivi des interventions.

Que devient alors le corps du donneur ? Chaque organe prélevé est remplacé par une prothèse. Les plaies sont soignées comme pendant une opération chirurgicale. Les infirmières demandent à la famille comment apprêter le corps et lui font sa toilette avant de le transférer à la chambre mortuaire. *«Les familles nous considèrent comme le dernier accompagnant de leur défunt et s'investissent beaucoup dans la relation entre elles et nous.»*, notent les infirmiers coordinateurs.

En 2003 au CHU, sur 52 personnes recensées en mort encéphalique, 21 ont été prélevées, 14 ont fait l'objet d'un refus des familles, 7 des défunts et 10 avaient des contre-indications ou un maintien des organes difficile. Cela représente les greffes de 38 reins, 11 foies, 7 cœurs, 2 pancréas, 2 poumons et 20 cornées (dont 12 en post-mortem). ■



**VOUS AVEZ DES PROJETS IMMOBILIERS,  
NOUS AVONS LA SOLUTION ADAPTÉE  
À DES CONDITIONS PRIVILÉGIÉES.**

**RENCONTRONS-NOUS À : POITIERS**  
39, place du Maréchal Leclerc  
**Tél. : 05.49.30.34.00**

du lundi au vendredi  
de 8h45 à 12h15 et de 13h45 à 17h30.

[www.tarneaud.fr](http://www.tarneaud.fr)

**Banque Tarneaud** 



**INEO  
ATLANTIQUE**

**INTÉGRATEUR DE SOLUTIONS 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**

**INEO ATLANTIQUE**

**Une équipe de professionnels à votre service**

17, rue Claude Berthollet  
Z.I. République III - 86000 POITIERS

**Tél : 05 49 52 33 33**

**Fax : 05 49 55 45 12**

[www.ineo.com](http://www.ineo.com)





· **Avantage n°3** ·  
**Une maison à votre goût**



**La Compagnie des villas et demeures de France  
construit des maisons à vos mesures :**

large choix de plans, de carrelages et faïences, d'éléments  
de cuisine et de salles de bains, de portes, de robinetterie...  
Pour vous sentir chez vous  
dans toutes les pièces.



01-40-1000000000



CONSEIL DES



**VILLAS  
& DEMEURES  
DE FRANCE**

**MAISON EXPO . BUXEROLLES . 17, rue de l'Ormeau  
0800 800 199 (APPEL GRATUIT)**

**| OUVERT 7j/7j, de 14h à 19h |**



## Mardi 22 juin : tragique accident de la Nationale 10 déclenchement du «plan blanc» et félicitations des professionnels

Le tragique accident survenu le mardi 22 juin, sur la Nationale 10 à hauteur de la commune de Ligugé, 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. La supervision du «plan blanc» a été confiée à Jean-Pierre Leroy, directeur adjoint, à Jean-René Martin, directeur de soins, au professeur Bertrand Debaene, coordonnateur médical et chef du service d'Anesthésie-Réanimation, ainsi qu'au docteur Danièle Baudier, directrice technique du SAMU-SMUR Centre 15.

Neuf équipages relevant du SAMU-SMUR de la Vienne sont intervenus sur place, au même titre que deux équipages du SAMU de la Charente et un équipage du SAMU des Deux-Sèvres. Trois rotations par hélicoptère ont également été nécessaires pour transporter des blessés.

Onze personnes sont décédées au moment du choc et trente-neuf ont été prises en charge médicalement par le CHU de Poitiers.

Les opérations se sont déroulées en étroite liaison avec le directeur de cabinet du préfet de Région et avec la participation du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation. La mobilisation de tous les professionnels de l'établissement, sur appel des services ou spontanément, a permis de faire face aux besoins et de gérer les conséquences de cette catastrophe. La direction du CHU remercie vivement les personnels de l'établissement pour leur disponibilité et leur professionnalisme face à cette situation exceptionnelle, ainsi que ceux et celles qui ont apporté ou proposé leur soutien pour garantir le bon déroulement de l'opération :

- Les équipes du SAMU-SMUR de Niort (79), d'Angoulême (16), ainsi que du SMUR de Ruffec (16)
- Les sociétés de transports sanitaires privés : Ambulance 2000, Aux 2B, Champigny, Poitiers Ambulance, Vienne Assistance
- Le Service départemental d'Incendie et de Secours de la Vienne
- Les médecins libéraux de la régulation de la permanence des soins
- Les équipes de la Croix-Rouge
- Les médecins et infirmiers du CHL venus renforcer l'équipe de l'Unité d'accueil médico-psychologique
- Les interprètes
- Le cabinet du préfet de Région, le procureur de la République, les services de justice et de police
- Les représentants des consulats et des ambassades de Belgique et du Maroc en France
- Les membres de la communauté poitevine d'origine nord-africaine
- Les représentants de la Fondation Mohammed V

La direction 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, la direction adresse ses remerciements aux journalistes et à l'ensemble des acteurs de la presse écrite et audiovisuelle pour leur discrétion dans l'établissement et leur respect à l'égard des patients et de leurs proches, ainsi que du personnel.



### ■ Succès de la fête de Saint-Cyr : 15 000 € recueillis

Plus de 5 000 personnes se sont rendues au parc de Saint-Cyr le dimanche 6 juin, pour la 12<sup>e</sup> édition de la fête «Elle court, elle court... la vie».

Le soleil était lui aussi présent pour ce rendez-vous de la solidarité. Cette année encore les enfants étaient les rois de la fête et ont pu profiter des nouvelles animations telles que le trapèze de cirque, la structure gonflable ou encore le trampoline. Une journée pleine de réussites, riche en festivités, pour le public, les bénévoles et les enfants hospitalisés.

Environ 15 000 € ont été récoltés au profit de l'association «Un hôpital pour les enfants». En 2005, la fête de Saint-Cyr aura lieu le dimanche 5 juin.



**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



## Nouvel organigramme de direction

Jean-Pierre Dewitte, directeur général - Michel Vergès, directeur général adjoint  
 Direction des affaires générales et internationales : Gaëlle de Surgy  
 Direction de la qualité : Jean-Pierre Leroy  
 Direction déléguée à la communication : Stéphan Maret  
 Direction du site de la Milétrie et de la filière cancérologique : Louis-Marie Challet  
 Direction du site de Pasteur et de la filière gériatrique : Renaud Bègue  
 Direction des usagers et des réseaux de soins : Jean Autexier  
 Direction du personnel médical et de la recherche : Jean-Pierre Leroy  
 Direction du personnel, des relations sociales et des conditions de travail : Séverine Masson, Chantal Lovati  
 Direction des activités de soins : Jean-René Martin, Martine Imbert, Catherine Tardy  
 Direction des finances, de la contractualisation interne et du système d'information : Thierry Lefèbvre, Claude Cotterlaz-Rennaz, Anne-Marie Horellou, Véronique Navarri  
 Direction des constructions et du patrimoine : Jacques François, Philippe Samson  
 Direction des équipements et de la logistique : Eric Dupeyron, Robert Le Coley

### ■ Nécrologie

C'est avec une profonde tristesse que la communauté hospitalière a appris, le 20 septembre, le décès, à l'âge de 51 ans, du professeur André Brizard. Il a débuté sa carrière au CHU le

1<sup>er</sup> décembre 1982 et il y a occupé successivement au sein du laboratoire d'hématologie et maladies du sang les fonctions d'assistant d'hémobiologie-transfusion, puis de praticien hospitalier à

compter du 10 avril 1985. Nommé professeur des universités-praticien hospitalier d'hématologie le 1<sup>er</sup> septembre 1998, il a exercé parallèlement les fonctions de chef du service d'hématologie et maladies du sang.

## Filière gériatrique

Le conseil d'administration a adopté un projet d'organisation et de structuration d'une filière gériatrique. Il s'agit pour le CHU, sur la période 2005-2012, de répondre à plusieurs objectifs :

- renforcer la prise en charge de proximité (consultation, hôpital de jour...);
- aider à la prise en charge en court séjour gériatrique : création de lits et travail sur l'aval du court séjour ;
- renforcer l'expertise de l'établissement concernant la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ;
- faire reconnaître le besoin constaté aujourd'hui pour des patients dits «hospitalo-requérants», qui sont aujourd'hui pris en charge par les unités autrefois qualifiées d'unités de soins de longue durée mais qui requièrent une prise en charge sanitaire nécessitant des effectifs paramédicaux nettement supérieurs ;
- développer la gériatrie universitaire, en assurant un rôle de recours, d'expertise, de formation et de recherche ;
- regrouper les unités médicalisées sur le site de la Milétrie dans une architecture adaptée, avec la construction de deux bâtiments neufs dédiés à ces activités ;
- continuer à ouvrir l'établissement sur l'extérieur : renforcer les liens ville-hôpital via une équipe mobile extra-hospitalière, s'assurer du maintien de lits d'hébergement de type médico-social sur le site de Pasteur...

Au total, l'objectif poursuivi par l'établissement est de passer de 453 lits et places dédiés à la gériatrie à un total de 518 lits et places, et d'obtenir les augmentations d'effectifs nécessaires pour répondre à ces nouveaux besoins.

Pour décliner ce projet, le conseil d'administration a adopté les projets de convention tripartite des unités de maison de retraite et des unités de soins de longue durée. Il s'agit pour le CHU de conclure avec les autorités de tutelle des conventions garantissant les moyens nécessaires au développement de projets pour lesquels tous les acteurs (Etat, Conseil général, Agence régionale de l'hospitalisation) donnent leur aval.

### ■ Mouvement du personnel médical

#### *Chirurgie plastique*

Le 1<sup>er</sup> juillet dernier, le docteur Gérard Dupont, chef du service de Chirurgie plastique, a fait valoir ses droits à la retraite. Il exerçait dans l'établissement depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1969, date à laquelle il avait été nommé en qualité d'interne en médecine. Le docteur Guy Dagrégorio a été désigné pour lui succéder en qualité de chef de service.

#### *Pédiatrie*

Le 1<sup>er</sup> septembre, le professeur Régis Hankard a pris ses fonctions dans le département médico-chirurgical

*Explorations fonctionnelles, physiologie respiratoire et de l'exercice*

Le 1<sup>er</sup> septembre dernier, le professeur André Denjean a quitté le CHU de Poitiers pour rejoindre l'hôpital Robert Debré de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Le docteur Véronique Diaz, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, a été désigné en qualité de chef de service à titre provisoire.

### ■ Bienvenue à Chantal Lovati

Le 2 août dernier, Chantal Lovati a pris ses fonctions de directeur adjoint à la direction du personnel, des relations sociales et des conditions de travail au côté de Séverine Masson. Elle s'occupera plus particulièrement des écoles paramédicales, de la formation continue et du volet «études et recherche» nouvellement créé.

# Notre patrimoine médical exposé

Cette première exposition sur le patrimoine de l'hôpital s'inscrivait dans les Journées européennes du patrimoine (18 et 19 septembre) dont le thème retenu pour l'année 2004 était : «Sciences et techniques».

Elle initie un cycle d'expositions qui, chaque année, mettra à l'honneur différentes thématiques du patrimoine et de l'histoire de l'hôpital (outre les objets médicaux et quotidiens, les bâtiments, le mobilier...). L'histoire de l'hôpital est marquée par l'évolution des techniques et

de la relation soignant-soigné. A travers différents objets anciens, témoins du quotidien de l'hôpital autrefois, le grand public et le personnel ont pu se rendre compte de cette évolution considérable.

Esthétiques voire surprenants, ils ont pu être exposés grâce au soutien de plusieurs de nos services qui les ont mis à la disposition du plus grand nombre.

Quatre thématiques étaient retenues : la stérilisation, le médicament, les soins (matériels de soins divers surprenants et esthétiques),

les traces du passé (habits, photos anciennes, règlement intérieur...). Dans les années à venir, nous souhaitons renouveler cette exposition et en faire un rendez-vous annuel, afin que vous puissiez découvrir d'autres objets hospitaliers tout aussi insolites.

Si dans votre grenier ou dans vos placards, vous avez vous aussi du matériel qui mérite d'être exposé, n'hésitez pas à joindre le service de communication :

Tél. 05 49 44 44 47 - Courriel : [communication@chu-poitiers.fr](mailto:communication@chu-poitiers.fr)



■ **Appareil de Jouelet**  
Une «veine artificielle en caoutchouc» reliant le donneur au receveur était enroulée partiellement dans une cuve métallique (au centre). Un galet mobile, actionné par la manivelle, écrasait la veine artificielle contre la paroi de la cuve afin d'exercer à la fois une pression négative pour aspirer le sang du donneur, et une pression positive pour refouler le sang vers le receveur. Ce galet accélérail le débit et comptabilisait le volume de sang transfusé.



■ **RPN ou Respirateur pour néonatalogie** (utilisé jusqu'en 1985 env.)  
Appareil d'aide à la ventilation destiné aux enfants en anesthésie et en réanimation. Il permet une ventilation mécanique régulière. Son système de vérins lui confère une certaine autonomie ; le RPN nécessite seulement une source d'alimentation pneumatique avec l'arrivée d'air, d'oxygène et de gaz anesthésiques. Cet appareil existait sous une forme légèrement différente dans les blocs opératoires, le Respirateur à pause réglable ou RPR, pour l'anesthésie des patients adultes. Les ventilateurs électroniques actuels sont plus précis et dotés d'alarmes en cas de pannes.

■ **Chaise de chirurgie ORL pour les enfants**

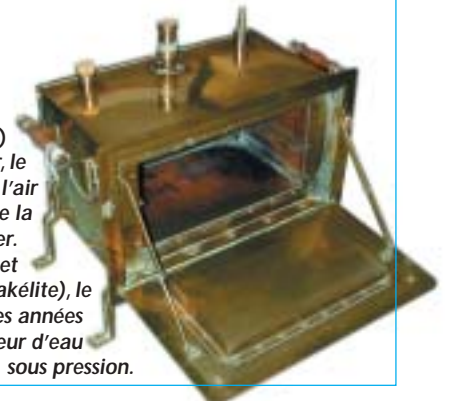
Utilisée jusque dans les années 1950 dans certains établissements pour retirer les végétations et les amygdales. L'enfant était maintenu assis sur cette chaise en chêne équipée d'une sangle et d'un repose-pied mobile derrière lequel on immobilisait les jambes de l'opéré. Les trous dans l'assise permettaient d'évacuer les urines éventuelles ; témoins du stress pour l'enfant !



Cette chaise est une descendante des premières chaises d'opération (Encyclopédie de Diderot).

■ **Poupinel (fin XIX<sup>e</sup> s.)**

Chauffé par résistance électrique tel un four, le Poupinel est un appareil de stérilisation utilisant l'air chaud. Les plateaux de cuivre, bon conducteur de la chaleur, recevaient les boîtes d'instruments à stériliser. La chaleur sèche étant transmise de façon inégale et déformant les objets modernes (plastique, bakélite), le Poupinel a été progressivement remplacé dans les années 80/90 par les autoclaves qui utilisent la vapeur d'eau sous pression.







# DÉCOLLEZ POUR LE SOLEIL

10 destinations en vol direct  
au départ de Poitiers  
vers le sud

Printemps-été  
2005

Egypte  
Malte  
Turquie  
Croatie

Tunisie  
Corse  
Portugal  
Madère

Chypre  
Maroc

Aéroport international  
Poitiers-Biard

Renseignements et réservations auprès de votre agence de voyages

## OPEL Rent

LOCATION DE VEHICULES

**FORFAIT 1 JOUR**  
ASSURANCES et 100 km  
inclus Catégorie A

**30 €**

**NOUVEAU**  
OPEL POITIERS  
Loue des véhicules  
tourisme et utilitaires


Pas la peine de chercher  
la petite bête.  
Les tarifs de location  
**OPEL RENT,**  
c'est du sans surprise.

\* Tarif valable au 1/10/04 pour une catégorie A

**OPEL RENT POITIERS**  
Franchisé indépendant  
Route de Saumur  
86440 MIGNÉ-AUXANCES  
05 49 54 12 84



## GOLF CLUB DU HAUT-POITOU



**-Forfait DÉCOUVERTE :  
50 € /personne-**

Golf Club du Haut-Poitou 86130 SAINT CYR  
Tél. : 05 49 62 53 62 / Fax. : 05 49 88 77 14  
E-mail : contact@golfduhautpoitou.com



# 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**