



- > L'évolution de la biologie
- > Une thérapeutique très ciblée
- > Ophtalmologie : quand l'hospitalisation n'est plus une obligation

*Dossier*

# La filière gériatrique au CHU

# DES TERRAINS POUR LES ENTREPRISES ET LES PARTICULIERS



La **SEP** c'est :

- ▢ Un large choix de terrains viabilisés (avec libre choix du constructeur)
- ▢ La réalisation de bâtiments clé en main
- ▢ L'aménagement d'espaces urbains
- ▢ La maîtrise d'ouvrage et le montage de projet



# SEP

SOCIÉTÉ D'ÉQUIPEMENT  
DU POITOU

Rue du Chanoine-Duret  
Acropole Rivaud  
BP 20987  
86038 POITIERS CEDEX

0 800 801 089

INFORMATION • COMMERCIALISATION ▶

En bref...	4
Pôle Info-Santé : 10 ans de rencontres médicales	8
<i>Le pôle Info-Santé est un lieu de rencontre entre le public et les professionnels de santé.</i>	
Ophthalmologie : quand l'hospitalisation n'est plus une obligation	10
<i>Le service d'ophtalmologie offre la possibilité aux patients de bénéficier de la chirurgie ambulatoire.</i>	
L'évolution de la biologie	12
<i>Les disciplines biologiques sont des composantes essentielles dans la prise en charge d'un patient.</i>	
<i>Dossier</i>	
La filière gériatrique du CHU	14
<i>La filière gériatrique du CHU décline l'ensemble des services indispensables à une bonne prise en charge des personnes âgées.</i>	
Rhumatologie : une thérapeutique très ciblée	20
<i>Interview du professeur Michel Alcalay, chef du service de rhumatologie.</i>	
Un confort sous haute surveillance	22
<i>Les patients atteints d'un cancer ont la possibilité de suivre une partie de leurs traitements par voie veineuse à domicile.</i>	
La génétique clinique	24
<i>Le service de génétique clinique effectue chaque année environ 500 consultations.</i>	
La stérilisation centralisée pour optimiser la qualité	26
<i>La nouvelle stérilisation centrale offre une organisation et une activité totalement repensées.</i>	
En bref...	28
Histoire	30
<i>Trésor de notre patrimoine</i>	

## éditorial

La crise sanitaire à laquelle notre pays a été confronté au cours de cet été 2003 nous a tous bouleversés. Il convient en premier lieu de penser aux victimes et à leurs familles ; le nombre exceptionnellement élevé de décès touchant principalement les personnes très âgées nous a rappelé, pendant une période consacrée à la détente et aux loisirs, que nous étions mortels et que notre devoir de solidarité envers nos aînés est sans doute défaillant. Nous sommes tous concernés. Je dois souligner la qualité de la réponse de la communauté hospitalière publique et la compétence, le dévouement et l'ingéniosité des personnels pour soulager les personnes hébergées en situation de grande fragilité. Une fois encore, l'hôpital public a répondu présent. Il faut tirer les conclusions de cet épisode douloureux et sans hésiter revenir sur une notion maintes et maintes fois dénoncée par les professionnels de la santé, c'est-à-dire cette séparation «technocratique» du sanitaire et du social, et assurer collectivement les risques liés au vieillissement. Les structures doivent être aidées et des emplois en nombre suffisant doivent être créés. Le centre hospitalier universitaire de Poitiers a toujours organisé une filière de prise en charge gériatrique allant des services de court séjour à la maison de retraite et participe à un réseau gériatrique Ville Hôpital qui a montré son savoir-faire, ce qui a limité le nombre de situations délicates. Demain nous poursuivrons nos efforts, par exemple en augmentant la capacité d'hospitalisation, en augmentant les places de jour, en permettant l'accueil temporaire, en créant d'autres unités Alzheimer... pour, avec et en complément des familles, offrir à nos aînés une qualité de vie digne et paisible.



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 Stéphan Maret - Assistante Ariane Becker.  
 Ont collaboré à la rédaction Jacques Ariès, Laetitia Becq-Giraudon, Emilie Bérard, Guy Touchard,  
 Agence de presse AV Communication, Philippe Quintard, Ahn-Gaëlle Truong  
 Photographies Thierry Aimé - Photogravure et impression DPI Impression (Parthenay)  
 Publicité ComWest2 - 13, rue de Plaisance - 86190 Vouillé - Tél. 05 49 36 02 81 - Fax 05 49 88 57 86 - Courriel : comwest2@aol.com  
 Dépôt légal 4<sup>e</sup> trimestre 2003 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 11 000 ex.

## La canicule et l'activité du CHU

La période de forte chaleur qu'a connue la France lors de la première quinzaine d'août n'a pas manqué de provoquer des difficultés au sein du CHU de Poitiers, nécessitant une forte mobilisation de l'ensemble des personnels hospitaliers. Les conséquences pour le CHU se sont fait sentir à partir du vendredi 8 août, la situation redevenant progressivement normale à compter du 15 août.

Au service des urgences adultes, la moyenne observée en juillet 2003 était de 113 passages par jour. Le nombre de passages a oscillé entre 125 et 145 du 8 au 14 août 2003, générant une augmentation sensible de la durée d'attente. La part de cette activité directement induite par les conditions climatiques est difficile à quantifier. Cependant, l'augmentation des passages aux urgences apparaît clairement liée au nombre de personnes âgées souffrant de déshydratation et d'hyperthermie ainsi que de pathologies favorisées par la chaleur telles que l'insuffisance respiratoire.

Par ailleurs, sur la période du 8 au 17 août, les appels reçus au SAMU ont été en augmentation d'environ 25 % par rapport au chiffre moyen constaté habituellement et, selon le même critère, les interventions SMUR ont connu une hausse d'environ 40 %.

L'augmentation de l'activité des urgences a provoqué une hausse sensible du nombre d'hospitalisations de médecine, notamment des hospitalisations de personnes âgées relevant d'une prise en charge en unité de gériatrie aiguë et «hébergées» dans d'autres services.

Les difficultés ont culminé dans la journée du 11 août et une dizaine de lits fermés ont été rouverts dans la nuit du 11 au 12 août.

Le ministère de la Santé a chargé l'Institut national de veille sanitaire (INVS) de recueillir les informations concernant les décès survenus du 8 au 19 août et de déterminer les cas de décès par coups de chaleur des personnes hospitalisées. Est défini comme cas de décès par coup de chaleur, le décès d'une personne ayant été exposée à une température ambiante élevée, ayant présenté une température du corps au moins égale à 40,6° et pour laquelle les autres causes d'hyperthermie sont raisonnablement exclues (hémorragie cérébrale, infection urinaire...).

Sur la période considérée et sur les 88 décès constatés à l'hôpital de la Milétrie, 18 correspondent à cette définition. A l'hôpital gériatrique Louis Pasteur, sur 23 décès, 9 ont été considérés dans l'enquête INVS comme étant des décès par coups de chaleur.

La mobilisation et le dévouement des personnels de toutes les catégories ont permis de répondre en urgence à la situation. De plus, l'établissement avait anticipé en acceptant le remplacement estival du personnel à 100 %. Cette initiative, certainement salutaire pour les patients, répondait à une véritable attente des professionnels. Jean-Louis Bonnet, directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation Poitou-Charentes, a rencontré le 15 août les équipes des urgences et du SAMU/SMUR et, le lendemain, il a dialogué avec un gériatre et des agents de l'hôpital Pasteur. Jean-Louis Bonnet a salué le dévouement des équipes du CHU.



## Prise en charge de la légionellose

Le centre hospitalier universitaire a fait face, à partir du 28 août 2003, à des hospitalisations de personnes présentant des symptômes évoquant une légionellose.

Au total, 26 personnes ont présenté un résultat positif à au moins un des trois tests pratiqués, ce qui ne signifie pas pour autant, selon les critères définis par l'Institut national de veille sanitaire, qu'elles présentaient toutes une légionellose. Le CHU de Poitiers a été directement concerné par les examens ou la prise en charge de 24 de ces personnes. Il convient d'y ajouter les tests pratiqués pour d'autres personnes pour lesquelles tous les résultats ont été négatifs.

Cet événement a nécessité une implication forte du personnel médical et non médical, notamment dans le laboratoire de microbiologie A, mais aussi dans les services de réanimation médicale, de médecine interne et maladies infectieuses, de pneumologie, de cardiologie et des urgences. Une organisation adaptée à la prise en charge des patients potentiellement concernés a été mise en place pour garantir la disponibilité de lits dédiés et permettre la réalisation des tests nécessaires.

Les enquêtes diligentées par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ont mis en évidence l'origine de cette contamination, qui est extérieure à l'établissement. Une tour aérorefrigérante a notamment été identifiée comme étant la source certaine de cette épidémie.

### ■ Création d'un département médico-chirurgical de pédiatrie

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, les actuels services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique seront regroupés en une structure médicale unique : un département médico-chirurgical de pédiatrie.

Ce département comprendra quatre unités fonctionnelles :

réanimation et néonatalogie, pédiatrie générale, urgences pédiatriques, chirurgie pédiatrique. Cette réorganisation médicale doit permettre une prise en charge mieux adaptée des enfants accueillis en consultation ou en hospitalisation.

■ **Garde de médecine générale au SAMU :**  
le 05 49 38 50 50

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003, l'Association pour la permanence des soins de la Vienne (APPS 86) assure un service de garde de médecine générale au sein de la salle de régulation du SAMU-SMUR-Centre 15. Un numéro de téléphone a été dédié au centre de régulation des médecins de garde :

le 05 49 38 50 50.

En service la nuit de 20 h à 8 h, le samedi à partir de 12 h et le dimanche et jours fériés à partir de 8 h, ce numéro permet de centraliser les appels concernant la médecine générale pendant la garde. L'objectif est d'assurer une meilleure réponse de la permanence des soins : un médecin libéral

répond à ce numéro, rassure, conseille et, le cas échéant, transfère l'appelant vers les médecins de garde du secteur, qui peuvent être joints seulement de cette façon. Il s'agit aussi d'éviter d'emboliser le 15 qui doit rester le numéro des urgences vitales.



## Pôles : signature des premiers contrats

Le projet d'établissement 2001-2005 met l'accent sur l'organisation et la recherche de complémentarité grâce à la structuration de 15 pôles d'activité médicale et médico-technique. C'est le vendredi 16 mai qu'a eu lieu la signature des deux premiers contrats de pôle du CHU, par Jean-Pierre Dewitte, directeur général, le professeur Michel Morichau-Beauchant, coordonnateur du pôle médico-chirurgical de l'appareil digestif, et le professeur Jean-Louis Fauchère, coordonnateur du pôle biologie. Ces contrats portaient sur l'exercice 2003. Pour le premier, l'objectif est, entre autres points, de mettre en place une unité digestive aiguë pour la prise en charge des urgences, de développer l'activité ambulatoire par la création d'une structure d'hospitalisation commune à la médecine et à la chirurgie digestive, de développer le réseau Hépatite C, de soutenir les activités de recherche ainsi que de développer la formation, en l'occurrence sur la prise en charge des cancers digestifs.

Le contrat du pôle biologie, pour sa part, évoque notamment le développement des consultations et le renforcement de la notoriété de l'activité en génétique, l'évolution de la Fédération de biologie clinique spécialisée, l'étude pour la création d'une entité «biologie des agents transmissibles» (microbiologie A, microbiologie B, parasitologie), la mise en place d'un atelier de biologie moléculaire du pôle biologie. Le pôle biologie s'engage également à réaliser un audit interne sur les procédures et à travailler à la création d'un dossier unique de biologie.



## Hélicoptère : bilan d'un an de service

Mis en service le 1<sup>er</sup> juillet 2002, l'hélicoptère sanitaire régional basé au CHU de Poitiers a effectué 624 vols au cours de sa première année de fonctionnement, totalisant 564,50 heures de vol au 30 juin 2003, le temps de vol moyen s'élevant à 54 minutes.

Les vols sont répartis en interventions secondaires pour 84,8 % et en interventions primaires ou urgences pour 15,2 %. L'hélicoptère a donc bien rempli sa mission principale de transport secondaire, à savoir le transfert de patients d'un établissement de soins à un autre, pour le compte des départements de la Vienne, des Deux-Sèvres et de la Charente.

La Vienne a bénéficié de 119,20 heures de vol, les Deux-Sèvres de 231,25 heures, et la Charente de 101,35 heures. L'hélicoptère a toutefois assuré des missions pour d'autres départements, à leur demande, tels que la Charente-Maritime (38,25 heures), l'Indre (33,50 heures), la Vendée (24,15 heures), l'Île-de-France (2,50 heures)...

■ **Pôle régional de cancérologie**

Dans le cadre du projet de construction d'un bâtiment fédérant les activités et les services de cancérologie de l'établissement, la phase de programmation est engagée avec la parution de publicités pour choisir un programmiste assistant le CHU, maître d'ouvrage.

■ **L'IRM par le toit**

Le 7 octobre, le deuxième appareil d'IRM, acquis par le CHU, a été livré au service de radiologie.



## «Urgences - Biologie médicale» : les travaux ont commencé

Un nouvel édifice, d'une surface totale de 17 500 m<sup>2</sup>, regroupera les activités d'urgence et de biologie médicale sur le site de l'hôpital de la Milétrie. Ce bâtiment de 5 niveaux sera livré en 2005. Les travaux de construction ont débuté le 15 septembre. Ils se matérialisent principalement, à ce jour, par les travaux de voiries et les travaux de raccordement des réseaux (électricité, informatique, alimentation en eau, eaux usées).

Les travaux de terrassement ont débuté le 15 novembre pour s'achever à la mi-décembre.

Dans le cadre de la redistribution des locaux liée à ces travaux, les secteurs de consultation et d'hospitalisation de jour du service d'oncologie médicale ont été réaménagés dans d'autres locaux (René Le Blaye). Plusieurs bureaux ont également été déplacés depuis le service d'oncologie radiothérapique vers le service d'oncologie médicale.

S'agissant des capacités de stationnement sur le site de l'hôpital de la Milétrie, le bilan global fait apparaître une réduction de 180 places sur le site de construction proprement dit. Cependant, un nouveau parking, situé à droite de la voie d'accès principale de l'hôpital de la Milétrie, est ouvert depuis le 16 octobre. Ce parking de 515 places est destiné au personnel et aux usagers.



### ■ Registre des réclamations

En 2002, le CHU de Poitiers a assuré plus de 68 000 hospitalisations et 183 000 consultations. 345 réclamations de patients ont été enregistrées par la direction des usagers ; 103 déclarations d'incidents ont été adressées par les services et 32 contentieux ont été traités. Les réclamations concernent principalement la

demande de dossiers médicaux, la prise en charge et la qualité des soins, l'organisation du séjour, l'attente aux urgences, les examens ou consultations, les problèmes relationnels, l'information du patient ou de sa famille. Les déclarations d'incidents faites par les services ont trait aux chutes, blessures et pertes ou détériorations d'objets.



## Enquêtes de satisfaction des usagers

Dans le souci d'une démarche qualité, le CHU de Poitiers s'est doté de deux outils permettant de mesurer la satisfaction des usagers.

D'une part, l'observatoire intégré de la clientèle réalise une enquête, tous les trois mois sur un jour, auprès de 50 % des patients hospitalisés dans l'ensemble des services du CHU à l'exception des unités de longs séjours et des maisons de retraite. L'étude est conduite par des cadres soignants, administratifs ou médico-techniques dans des unités autres que celles où ils sont affectés. 674 patients ont été interrogés en 2002.

D'autre part, le questionnaire de sortie est remis dans le livret d'accueil du CHU par les équipes soignantes à chaque patient hospitalisé. En 2002, 2 225 questionnaires ont été reçus sur 62 000 hospitalisations en court séjour. 3,6 % des patients hospitalisés se sont donc prononcés.

Ces deux enquêtes portent sur quatre domaines : l'accueil, l'information, le confort et les soins.

En rapprochant les données du questionnaire de sortie et de l'observatoire intégré de la clientèle, deux domaines sont fortement plébiscités : le confort et les soins. Les patients restent également satisfaits de la qualité de l'accueil et de l'information.

Certains items montrent une nette progression : la facilité pour s'orienter, qui correspond vraisemblablement à la mise en place d'une nouvelle signalétique, et les prestations repas.

La qualité de la relation et de l'attention portée aux patients est également largement appréciée. Une diminution de la satisfaction relative à la prestation télévision et téléphone est à signaler. Ceci s'explique probablement par le changement du logiciel et par les nouvelles modalités de paiement intervenues courant 2002.

### ■ Le CHU accueille des Libanaises

Du 2 au 25 septembre, deux cadres infirmiers de l'hôpital Saint-Georges de Beyrouth ont effectué un stage d'observation des pratiques françaises au sein du pôle urgences-réanimation.

Il s'agit d'Isabelle Assaf-Alam, responsable du service de soins intensifs, et d'Adèle Jean Jalkh, responsable du département des urgences.





## Visite du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation

Le mercredi 30 juillet dernier, Jean-Louis Bonnet, à droite sur la photo, directeur de l'ARH Poitou-Charentes, est venu visiter le CHU de Poitiers en présence des représentants de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Jean-Pierre Dewitte, directeur général de l'établissement, à gauche sur la photo, a guidé cette délégation qui a visité notamment le département médico-chirurgical de cardiologie, les locaux dédiés à la recherche fondamentale, la stérilisation centrale, les services de réanimation chirurgicale, des urgences et de pédiatrie.

Jean-Louis Bonnet dirigeait auparavant l'ARH d'Alsace. Directeur de l'ARH Poitou-Charentes depuis le 14 avril 2003, il succède à Jacques Métais, devenu directeur de l'ARH Rhône-Alpes.

### ■ Effectifs des écoles du CHU

Par arrêté ministériel du 7 mai 2003, le nombre d'étudiants admis en 1<sup>re</sup> année d'études pour le diplôme d'infirmier d'Etat a été augmenté. L'institut de formation en soins infirmiers du CHU bénéficie désormais d'un quota de 173 places, soit une augmentation de 20

étudiants pour la rentrée 2003. Par ailleurs, l'établissement a sollicité les autorités de tutelle pour augmenter, à la rentrée 2004, la capacité d'accueil de l'école de sages-femmes et de l'institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale (IFMEM).

## Cancéropôle Grand Ouest

Le «plan cancer» comporte un volet recherche proposant la constitution de 5 à 6 cancéropôles sur le territoire national. Les équipes médicales et universitaires, celles des centres de lutte contre le cancer et de la Ligue contre le cancer de plusieurs régions, pourraient alors s'associer pour développer des thématiques de recherche. Pour le cancéropôle Grand Ouest, regroupant les régions Centre, Pays-de-Loire, Bretagne et Poitou-Charentes, quatre thèmes ont été ciblés : pharmacogénomique et pharmacogénétique, thérapie cellulaire et biothérapies, molécules nouvelles et molécules issues de la mer, vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques.

### ■ Restructuration de l'Etablissement français du sang Centre Atlantique

Dans le cadre des modifications du schéma territorial de la transfusion sanguine en Poitou-Charentes, la préparation des produits sanguins labiles, exercée sur les sites de Poitiers et Orléans, sera regroupée sur le seul site de Poitiers.

Cette création d'un plateau unique entraîne une réhabilitation complète des locaux du site de Poitiers. La première phase des travaux, phase de démolition, a été engagée en juillet et comporte la mise en conformité du service de thérapie cellulaire. La mise en service du plateau technique est prévue pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2004.



### ■ Rentrée au CHU



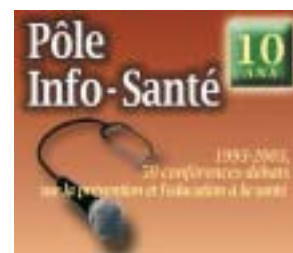
Le 2 septembre, ce fut la rentrée pour Amandine comme pour les autres enfants hospitalisés. Chantal Le Masne (*ci-dessus avec Amandine*), professeur des écoles et responsable de l'école hospitalière, est maintenant secondée par Fabienne Sicard.

## Fédération interhospitalière en ophtalmologie

Le conseil d'administration du CHU de Poitiers a accepté le 27 juin dernier le principe de la création d'une Fédération médicale interhospitalière en ophtalmologie avec le centre hospitalier de Saintes et le centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély.

L'objectif est d'organiser une filière de prise en charge des patients qui permettra de leur assurer dans de bonnes conditions une réponse médicale et chirurgicale ophtalmologique de proximité pour les actes courants ainsi que des réponses spécialisées en termes de compétences et de plateau technique sur le pôle régional.

# Pôle Info-Santé : 10 ans de rencontres médicales



**Le pôle Info-Santé, créé à l'initiative du CHU et de l'Espace Mendès-France, a fêté en mai dernier ses 10 ans d'existence. Véritable lieu de rencontre entre le public et le monde médical, ce pôle est unique en France.**

**Les prochaines conférences du pôle Info-Santé organisées à l'Espace Mendès-France :**

Le 22 janvier : «Les maladies du nourrisson» avec Denis Oriot, du service de pédiatrie du CHU de Poitiers

Le 25 mars : «Les TOC»

Le 6 mai : «Le cancer de la prostate»

En créant, il y a dix ans, un pôle Info-Santé, Poitiers a été un précurseur en termes de prévention et d'éducation à la santé : «*Ce pôle est né d'une double volonté, rappelle Didier Moreau, directeur de l'Espace Mendès-France. De notre côté, nous souhaitons étendre la mission de l'Espace Mendès-France, qui est la diffusion de la connaissance scientifique, à la santé. Le CHU, quant à lui, et plus particulièrement son directeur de l'époque Daniel Moinard, voulait concrétiser sa mission de prévention et d'éducation à la santé, et l'insérer dans la cité en instaurant une collaboration avec la médecine de ville.*» Cette initiative, unique en France, est singulière car elle privilégie une approche simple et de proximité des connaissances médicales. «*Le but n'est pas qu'un professeur ou un médecin vienne faire un cours magistral, mais au contraire de favoriser au maximum l'échange et le dialogue avec le public, souligne Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU. C'est aussi l'occasion d'aller vers une nouvelle approche des rapports entre le malade et le médecin. Un concept qui semble faire des émules car d'autres vil-*

*les, dont Nice, souhaitent créer la même structure.*» Rapidement, les conférences du pôle Info-Santé ont rencontré une audience importante, avec une moyenne de 200 personnes par soirée. Mises en œuvre les six premières années par Monique Huteau et Jean-Yves Nicoleau, c'est aujourd'hui la direction déléguée à la communication, toujours en collaboration avec Hervé Brèque pour l'animation des soirées, qui a la charge de leur organisation. En dix ans, avec une fréquence de cinq à six rencontres par an, on a ainsi compté quelque 10 000 entrées aux 50 conférences organisées sur des thèmes aussi variés que le sommeil, la douleur ou le vieillissement cérébral.

Un succès qui ne se dément pas puisque, pour son anniversaire, le pôle Info-Santé a proposé trois conférences. La première, qui a eu lieu le 13 mai dernier, sur le thème «Prévention et éducation à la santé», était réservée aux professionnels de santé. Les deux autres, organisées les 14 et 15 mai sur le thème «Profession médecin» et «Patient : le droit de savoir», étaient destinées au grand public. Près de 300 personnes avaient fait le déplacement de toute la région. ■

*De gauche à droite, de haut en bas :* Stéphane Maret (directeur délégué de la communication du CHU), Didier Moreau (directeur de l'Espace Mendès-France), Hervé Brèque (journaliste, animateur des conférences), Jean-Luc Terradillos (rédacteur en chef de L'Actualité Poitou-Charentes), Ariane Becker (assistante de communication du CHU), Jean-Yves Nicoleau (co-initiateur du pôle Info-Santé), Christine Guittou (Espace Mendès-France), Monique Huteau (co-initiatrice du pôle Info-Santé), Jean-Pierre Dewitte (directeur général du CHU) et Henri Guimaron (Espace Mendès-France).







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

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



### 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



INEO

INEO ATLANTIQUE

### SNC INEO ATLANTIQUE

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

### EQUIPEMENTS ELECTRIQUES

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

Une équipe de professionnels  
à votre service



### Actuellement

Terrains sur Savigny-l'Évescault,  
Neuville-de-Poitou, Iteuil,  
Beaumont, Fontaine-le-Comte.

### Très bientôt

Terrains sur Bignoux, Marçay,  
Migné-Auxances...



*Il suffit de nous dire où, on s'occupe de tout.*



42, avenue Jacques Cœur - 86000 Poitiers  
**Tél. 05 49 00 48 05**



# Quand l'hospitalisation n'est plus une obligation

Depuis 2001, le service d'ophtalmologie offre la possibilité aux patients souffrant d'une cataracte de bénéficier de la chirurgie ambulatoire. Ce mode de prise en charge à la journée, qui offre un confort de traitement moins traumatisant pour le patient, répond aussi à une demande croissante de soins.



Les progrès scientifiques et technologiques réalisés dans le domaine des sciences du vivant et de la biotechnologie ont permis ces vingt dernières années d'assister à l'explosion de la chirurgie ambulatoire dans plusieurs pays comme les Etats-Unis ou la Grande-Bretagne. En France, ce n'est que depuis sept à huit ans que cette pratique connaît une réelle expansion. L'absence de cadre réglementaire jusqu'au début des années 90 explique le retard enregistré pour le développement de ce mode de prise en charge. Depuis 1992 seulement, la chirurgie ambulatoire est reconnue comme une véritable alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Aujourd'hui, elle gagne de plus en plus de domaines de la chirurgie et le nombre d'interventions évoluant vers l'ambulatoire est croissant. Certaines disciplines chirurgicales se prêtent mieux que d'autres à cette évolution, notamment la chirurgie orthopédique, l'ORL, l'urologie ou encore l'ophtalmologie.

Au CHU de Poitiers, seule l'urologie est labélisée

pour la chirurgie ambulatoire. A l'instar du service d'urologie qui possède une structure d'ambulatoire indépendante, l'ophtalmologie devrait évoluer vers ce mode de fonctionnement. En effet, la chirurgie de jour représente 35 % de son activité. Si, pour l'hôpital une telle pratique nécessite des changements organisationnels et culturels importants, elle présente pour le patient des avantages considérables : dédramatisation de l'acte opératoire, réduction des risques d'infections nosocomiales, raccourcissement de l'incapacité postopératoire, réinsertion familiale, scolaire ou professionnelle plus rapide.

## Une attente de la population

*«La chirurgie ambulatoire répond à une réelle demande des patients. L'évolution des technologies a permis de répondre à leurs attentes dans ce domaine. Les interventions d'ophtalmologie sont de plus en plus rapides, de plus en plus codifiées et avec de moins en moins de risques pour l'œil, explique le professeur Dighiero, chef du service d'ophtalmologie. Par exemple, pour une opération de la cataracte, une des opérations les plus courantes en ambulatoire, il y a quelques années de cela, l'intervention nécessitait de faire une anesthésie par une piqûre dans l'œil pour ensuite faire une incision de 11 millimètres afin d'extraire*

## Les modalités de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire ou chirurgie de jour correspond à la réalisation d'actes chirurgicaux ou d'investigations sans hospitalisation. Ces actes sont programmés et réalisés dans des conditions techniques et de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie, et selon des dispositions qui permettent la sortie du patient le jour même de son admission, sans risque pour sa santé.

Concrètement, le patient arrive au service d'ophtalmologie tôt le matin. L'infirmière lui fait tous les soins nécessaires à l'intervention puis, il descend au bloc. L'opération terminée, le patient remonte en salle de réveil, si nécessaire, ou en salle de repos et il reçoit une collation. Une fois que le chirurgien a fait la visite de contrôle et que l'infirmière lui a donné les différentes consignes de soins et de précautions, le patient rentre chez lui en fin de journée.

## Echanges possibles entre services

La chirurgie ambulatoire a permis de mettre au point, depuis septembre, un protocole de prise en charge tout à fait innovant entre le service d'ophtalmologie et celui de gériatrie : tous les patients qui entrent en gériatrie pour des problèmes consécutifs à une chute passent une consultation en ophtalmologie. « Dans un cas sur trois, si la personne tombe, c'est qu'elle ne voit pas, précise le professeur Dighiero. De ce fait, nous profitons de son hospitalisation pour lui régler son problème de vision. Ce qui lui évite de revenir une seconde fois à l'hôpital et lui permet une meilleure rééducation de la perception visuelle. »

*manuellement la cataracte. Aujourd'hui, l'anesthésie se fait par une instillation de gouttes dans la conjonctive et l'incision n'est plus que de 2,5 millimètres, de façon à laisser passer une sonde qui détruit par ultrasons le cristallin malade. A la fin de l'intervention, l'œil est quasiment renfermé et nous n'avons plus besoin de suturer. Le patient ressort de cette opération, qui dure environ un quart d'heure, quasiment dans le même état au point de vue oculaire que celui dans lequel il était arrivé, avec bien sûr l'opacité en moins. Dès le lendemain, il a récupéré 5 à 8 dixièmes. »*

L'an dernier, environ 250 patients souffrant de cataracte ont eu recours à la chirurgie ambulatoire. Mais cette pratique, qui demande le consentement du patient, est également appliquée pour toutes les maladies inflammatoires de la surface de l'œil et des paupières, ce qui représente environ 150 interventions. « En théorie, toutes les maladies sauf la cancérologie pourraient être soignées en ambulatoire. Mais, nous avons souhaité développer dans un premier temps les maladies auxquelles le patient est le plus confronté. » Si la chirurgie de jour offre un confort de soin pour le patient, elle lui impose toutefois quelques contraintes : il doit être accompagné pour le retour à la maison et il ne doit pas passer la nuit seul. « Si la personne ressent le besoin de demander de l'aide, il faut que quelqu'un puisse être là pour appeler les secours,

poursuit le professeur. Autre obligation, le patient doit revenir le lendemain au CHU, toujours accompagné, pour faire une visite de contrôle et recevoir les premiers soins. » Autant d'obligations qui ne permettent pas à tous les patients, notamment ceux qui sont totalement seuls ou qui habitent loin, de bénéficier de cette pratique. Cependant, dans le cas de l'éloignement, des partenariats sont envisageables avec des ophtalmologues libéraux afin qu'ils assurent la visite de contrôle. « C'est quelque chose que nous avons mis en place avec l'ophtalmologue du Blanc, dans l'Indre, dont les patients réclamaient l'ambulatoire. Malheureusement, c'est une organisation qui ne peut pas être systématique car le nombre de médecins reste insuffisant. »

## Une réponse au nombre croissant des interventions

Avec le vieillissement de la population et un accès aux soins beaucoup plus important, le service d'ophtalmologie est confronté à une augmentation du nombre de ses interventions. « La chirurgie ambulatoire est actuellement la seule soupape pour pouvoir augmenter l'offre de soins. Sur un même fauteuil ambulatoire, il est possible de faire deux patients par jour. Alors qu'avec une hospitalisation traditionnelle, seul un patient peut être traité. » Pour faire face au nombre croissant des demandes, la configuration actuelle du service, une aile réservée pour l'ambulatoire et une seconde pour l'hospitalisation, préfigure ce que pourrait devenir le service ophtalmologie, c'est-à-dire une structure totalement indépendante, où tous les patients ne viendraient que pour la journée. « Toutefois, cela nécessiterait d'avoir un bloc opératoire spécialement prévu à cet effet et du personnel spécifique plus nombreux rattaché au service, ce qui d'un point de vue budgétaire n'est pas encore envisageable », conclut le professeur Dighiero. ■

Le professeur Dighiero, chef du service d'ophtalmologie.



# L'évolution de la biologie

Les progrès techniques réalisés dans le domaine de la biologie font des disciplines biologiques des composantes essentielles dans la prise en charge d'un patient. L'automatisation des actes, l'informatisation et l'évolution de la biologie moléculaire et de la génétique sont les domaines où l'évolution a été la plus nette.

A l'instar de certaines disciplines, comme l'imagerie, la biologie est devenue essentielle dans le diagnostic d'une maladie et pour le suivi d'un traitement. «Le microscope n'a pas encore remplacé le stéthoscope, sourit le professeur Jean-Louis Fauchère, chef du service de Microbiologie A et coordonnateur du pôle de biologie médicale, mais le biologiste est devenu un partenaire indispensable du clinicien. En effet, nous sortons de plus en plus de notre rôle de prestataire de service. Autrefois, les examens de biologie, qualifiés d'examens complémentaires, venaient compléter, renforcer les données cliniques. Aujourd'hui, nos résultats sont déterminants ; certaines maladies ainsi que leurs traitements sont diagnostiqués essentiellement sur des critères biologiques.» Cette part grandissante de la biologie dans la prise en charge d'un patient est la conséquence d'une évolution majeure aussi bien technique que structurelle des disciplines biologiques.

## Vers une médecine prospective

La première de ces évolutions porte sur l'automatisation des actes. «Dorénavant, nous pouvons faire de grandes séries de déterminations paramétriques, ce qui

permet de réaliser beaucoup plus d'analyses en moins de temps, indique Michel Sorel, directeur technique des laboratoires. Autre avantage, les actes n'étant plus effectués manuellement, les risques d'erreurs ont été réduits considérablement. Il en découle une meilleure prise en charge du patient.» A l'automatisation s'est ajoutée l'informatique. «La gestion informatisée des laboratoires et l'utilisation de systèmes experts nous aide à interpréter les résultats d'analyses de façon rigoureuse. Cela permet aux biologistes de consacrer plus de temps aux cas difficiles et au développement de nouvelles techniques.»

Mais ce sont surtout les progrès de la génétique et de la biologie moléculaire qui vont bouleverser le monde médical. Dans les années qui viennent, la biologie ne décrira plus des phénotypes, c'est-à-dire l'ensemble des caractères somatiques apparents d'un individu, mais s'intéressera au génotype qui représente le patrimoine génétique héréditaire d'un être vivant. «Plutôt que les signes ou les marqueurs phénotypiques d'une maladie, nous rechercherons les anomalies génétiques acquises ou constitutionnelles qui permettent d'expliquer ou de prévoir l'apparition ou l'évolution de cette ma-



Le professeur Jean-Louis Fauchère, Michel Sorel et Jacques Bertrand.

ladié, poursuit le professeur Fauchère. Dans le cas où c'est un agent microbien (bactérie, virus ou champignon) qui est responsable d'une maladie, nous recherchons chez ce micro-organisme les marqueurs génétiques qui sont responsables de sa virulence ou de sa résistance aux médicaments anti-infectieux. Déjà, dans bon nombre de cas, ce n'est plus le micro-organisme pathogène qui est recherché chez le malade mais l'ADN de ce pathogène. Cette approche a abouti à des méthodes plus sensibles, plus spécifiques et plus rapides.»

Ces nouvelles méthodes vont offrir de formidables perspectives pour le diagnostic et le traitement des maladies. Les traitements seront mis en œuvre plus tôt et pourront être adaptés au terrain. « En fonction du patrimoine génétique du patient, nous connaissons ses prédispositions à réagir ou non à certains médicaments. Nous choisirons donc plus rapidement et avec certitude un traitement plutôt qu'un autre. Cette approche ouvrira le champ d'une médecine prospective. En dépistant les marqueurs de prédisposition aux maladies.»

Cette mutation des disciplines biologiques a déjà commencé et va continuer de se mettre en place au cours des cinq à dix prochaines années.

### Une nécessaire concentration

L'évolution de la biologie passe aussi par la concentration des plateaux technologiques qui s'accompagne d'une mutualisation des moyens techniques et humains. Cette concentration vise une meilleure coordination dans la prise en charge du patient par une plus grande concertation entre les techniciens et les biologistes des différentes disciplines. C'est aussi la possibilité de prendre des décisions plus proches du terrain et dans un délai encore plus court.

Plusieurs CHU, comme Lille, Rouen, Nantes ont déjà regroupé sur un même site l'ensemble de leurs activités de biologie. Au CHU de Poitiers, pour le moment, les dix laboratoires sont structurés, d'un point de vue organisationnel, en pôle de biologie médicale. Il faudra attendre 2005, avec la construction du nouvel édifice Urgences-Biologie médicale, pour que se concrétise le rappro-

## Une mutualisation des moyens techniques et humains

Le projet d'établissement 2001-2005 du CHU met l'accent sur l'organisation et la recherche de complémentarités avec la structuration en pôles d'activités médicales et médico-techniques. Le regroupement des dix laboratoires de biologie sur un même site, avec la construction du nouveau bâtiment Urgences-Biologie médicale, s'inscrit dans ce cadre. Fruit d'une réflexion menée collectivement depuis trois ans par les biologistes, les cadres et les techniciens des différents laboratoires, ce rapprochement géographique va permettre une mutualisation des moyens et une plus grande communication entre les biologistes. « Nous n'avons pas les mêmes disciplines mais nous avons les mêmes patients ; il est important de pouvoir confronter les résultats, souligne le professeur Fauchère. Seul un rapprochement physique permet cette transversalité et ce partenariat entre les laboratoires créera, je pense, une certaine dynamique.»

Concrètement chaque discipline aura ses propres locaux mais plusieurs «ateliers» seront mis en commun. Il y aura par exemple : un atelier de sérologie qui fera tous les sérodiagnostics, qu'ils soient bactériens, viraux ou parasitaires ; un laboratoire de biologie moléculaire qui analysera l'ADN humain, bactérien, viral ou parasitaire. « L'idée est d'avoir des outils plus performants mais aussi des compétences intellectuelles plus pointues dans certains domaines. Car le temps et l'argent dégagés par cette mise en commun des moyens pourront être utilisés pour développer de nouveaux procédés », précise Michel Sorel.

Autres exemples de cette mutualisation : tous les prélèvements collectés dans l'établissement arriveront en un lieu unique avant d'être dirigés vers les laboratoires. « En outre, le système informatique va être totalement modifié de façon à rendre possible la téléprescription et à terme la télétransmission des résultats, ajoute le professeur Fauchère. Le but final de cette nouvelle organisation est de réduire les délais de réponses tout en accédant et en maintenant un niveau d'excellence de nos activités.»

Le bâtiment, en cours de construction, devrait être opérationnel pour 2005.



chement physique des laboratoires (voir encadré). « Ce regroupement géographique sera l'occasion de réorganiser le fonctionnement des laboratoires et de mener une réflexion commune sur les actions stratégiques de la biologie pour offrir un service de qualité », conclut Jean-Louis Fauchère. ■



## La filière gériatrique du CHU

**De l'unité de gériatrie aiguë à la maison de retraite, la filière gériatrique du CHU décline l'ensemble des services indispensables à une bonne prise en charge des personnes âgées.**

Jeudi 16 octobre, il est 10 h au pavillon Maurice Salles dans l'unité de gériatrie aiguë et de soins de suite.

M. B. a déjà fait ses valises. Son insuffisance cardiaque est traitée et son épouse est là pour le reconduire chez eux où une infirmière ainsi qu'une aide à domicile viendront quotidiennement l'assister. Dans la chambre d'à côté, M<sup>me</sup> G., une femme alerte de 84 ans, pourrait rentrer chez elle. Mais son bras dans le plâtre exige qu'elle aille trois semaines chez un de ses enfants. «*Ils ne voudront pas m'accueillir.*» Si c'est le cas, elle restera à l'hôpital pour une facture de 275 € par jour. «*Nous ne savons pas encore si les enfants ne veulent vraiment pas l'héberger, mais d'une manière générale la famille se repose de plus en plus souvent sur l'hôpital. Dans certains cas, c'est un peu abusif,*», s'indigne Jean-Yves Poupet, médecin gériatre et responsable du département de gériatrie.

M. F., lui, est aphasique. Un accident

vasculaire cérébral l'a rendu provisoirement hémiparétique et l'a privé des fonctions du langage et parfois même de la compréhension. Que se passera-t-il pour lui et sa femme s'il ne se remet pas ? En effet, jusqu'à son accident, c'est lui qui, à 92 ans, s'occupait de son épouse, elle aussi malade. Quant à M. D., aucun signe clinique ne justifie son hospitalisation. Dépressif, il supporte mal son isolement malgré la présence de sa fille dans la maison mitoyenne. «*Dans son cas, la maison de retraite serait très appropriée. Il aurait de la compagnie.*» Mais le vieux monsieur refuse, de même que M<sup>me</sup> T. Cette charmante centenaire s'est luxée l'épaule après une chute et ne souhaite pas quitter son domicile.

Jean-Yves Poupet verra 18 patients ce matin relevant de l'unité de gériatrie aiguë (UGA) c'est-à-dire du court séjour, et de l'unité de soins de suite, des moyens séjours. Au-delà des pathologies, ce sont autant d'histoires passées

et futures qu'il s'agit de cerner rapidement. «*Ces exemples illustrent la spécificité et la variété des patients de gériatrie.*»

### Une prise en charge globale

En effet, toutes les personnes âgées ne relèvent pas de la spécialité. «*Si le patient est en bonne santé intellectuelle et physique et ne présente qu'une pathologie, par exemple un infarctus, il relève de la cardiologie et non de notre filière*», explique-t-il. A l'inverse, s'il présente de multiples pathologies sans qu'aucune ne domine, s'il est fragile, s'il est dépendant ou risque de l'être, alors il doit être suivi par un gériatre.

Et la spécificité du patient de gériatrie induit une démarche particulière de prise en charge. «*La gériatrie n'est pas une discipline d'organe*, note Marie-Dominique Lussier, gériatre et coordonnatrice du pôle, *mais une spécialité qui s'intéresse au patient dans sa globalité.*» «*L'approche gériatrique appréhende avant tout une intrication du médical, du social et du psychologique, et cherche à rétablir l'équilibre de ces trois pôles*», ajoute Jean-Yves Poupet.

Cette approche exige notamment d'établir des stratégies de soins individuelles donnant la priorité au problème médical, social ou psychologique. «*Etablir ces priorités demande un apprentissage spécial. Tous les soignants ne savent pas forcément soigner des personnes âgées. Nous seuls savons prendre en compte toutes ces dimensions*», ajoute la gériatre. Une capacité, passée en deux ans après la soutenance de thèse, était la seule formation obligatoire pour le gériatre. Mais, depuis peu, le diplôme d'études supérieures complémentaires est venu ouvrir la gériatrie aux médecins spécialistes. Il permet désormais d'être rhumato-gériatre, cardio-gériatre ou autre... «*Notre spécialité s'inscrit désormais mieux dans une démarche d'enseignement.*»

### Une filière quasi complète

Avec un dossier consacré à la prise en charge des seniors à l'hôpital, le numéro d'avril de *Science et Avenir* classait le CHU de Poitiers à la première place et titrait «*Poitiers tutoie les anges*». Que

lui vaut ce palmarès ? «*Si nous avons été bien notés, c'est que nous disposons de toutes les structures nécessaires à une bonne filière*», analyse Jean-Yves Poupet. «*En fait*, ajoute Renaud Bègue, directeur de l'hôpital Pasteur, *nous sommes un des établissements qui optimisent au mieux les moyens alloués. En revanche, il faut tenir compte du fait que la filière a été notée à un moment donné, particulièrement favorable.*»

Si pendant l'enquête, basée essentiellement sur la qualité de l'accueil et de l'orientation aux urgences des seniors, les temps d'attente n'ont jamais excédé deux heures et les patients ont pu être accueillis immédiatement en UGA, ce n'est pas le cas tous les jours. «*Pour l'instant, les 37 lits de l'unité de courts séjours ne sont pas suffisants et ne peuvent héberger tous les arrivants des urgences*», note Jean-Yves Poupet. De fait, nombre de patients attendent aux urgences pendant «*6, 7 ou 8 h traumatisantes*» avant d'être orientés dans d'autres services jusqu'à ce qu'une place se libère en gériatrie<sup>1</sup>. «*Conscients des effets désastreux d'une telle attente, certains médecins généralistes appellent le service directement*, note Jean-Yves Poupet. *Si nous sommes complets et que*

(suite page 17)



<sup>1</sup> A Niort, Jean-Albert Chaumier a mis en place en 1998 une unité gériatrique de liaison intra-hospitalière. Le gériatre se déplace alors aux urgences pour y apporter son expertise et assure les soins spécifiques dus aux personnes âgées placées en attente dans les autres services.

## Restaurer les gestes du quotidien

Grâce à la médiation des objets et à leur manipulation, Gwenaëlle Sévère aide les personnes âgées handicapées à retrouver le plein usage de leurs gestes ou à vivre avec leurs capacités résiduelles. «*Les personnes âgées ont des facultés d'adaptation amoindries. Je dois donc leur donner de petits objectifs réalisables et beaucoup les valoriser.*» La confiance en soi est primordiale. Ainsi, Gwenaëlle cite l'exemple d'une vieille dame dont l'ophtalmologiste avait exclu toute chance d'utiliser sa vue. «*En perte totale de confiance en soi, la dame a arrêté toutes ses activités.*» L'ergothérapeute, elle, l'amènera à utiliser sa vue résiduelle, aussi minime soit-elle. «*La vieille dame a retrouvé immédiatement le goût de reprendre ses activités, y compris faire ses comptes.*» Gwenaëlle Sévère exerce au pavillon gériatrique Maurice Salles dans les unités de court séjour et de soins de suite. Elle dispose d'une salle dans laquelle elle réunit parfois les patients en petits groupes. «*Dans le cas des déments, par exemple, j'essaie de recréer un lien social.*» L'ergothérapeute se déplace également au domicile pour évaluer l'adéquation de l'environnement avec le handicap et proposer de nouveaux aménagements. En effet, pour un vieux monsieur marchant avec une canne, le lit peut se révéler totalement inadapté ou le bac de douche trop haut. Si 5 ergothérapeutes exercent au CHU, aucun n'est affecté aux soins de longue durée «*où ils seraient pourtant très utiles.*»



## Alzheimer : mettre l'accent sur le dépistage précoce

Aujourd'hui, 600 000 personnes sont diagnostiquées atteintes de maladies neuro-dégénératives de la mémoire. Il faudra en compter 100 000 de plus chaque année. Pour Marie-Dominique Lussier, médecin gériatre, la principale lacune se situe au niveau du dépistage précoce : «*Il n'est pas assez développé en France car les troubles de la mémoire sont encore considérés comme normaux et les moyens ne suivent pas.*» Or, une prise en charge précoce permet d'anticiper, de stabiliser et de ralentir la dégénérescence. Outre la filière sanitaire et la filière médico-sociale, le pôle de gériatrie s'articule autour d'un troisième axe : la filière Alzheimer. L'hôpital de jour et le service de neurologie assurent les consultations mémoire. Les services de gériatrie assurent le diagnostic et la prise en charge des maladies démentielles simples. Une unité psychogériatrique de dix lits accueille des patients âgés encore valides porteurs d'une maladie démentielle. «*Si le diagnostic est difficile, nous faisons appel au centre mémoire.*»

Labellisé en 2002, le centre mémoire de ressource et de recherche du CHU de Poitiers est installé au service de neurologie sous la direction du professeur Roger Gil. Basé sur la collaboration de neurologues, de gériatres et de psychiatres, le centre assure des activités de consultation comme tout autre centre de proximité mais également de centre expert pour les cas difficiles. En outre, le centre développe des recherches sur les maladies neuro-dégénératives telles qu'une enquête épidémiologique sur les troubles de l'identité, Alzheimer et conduite automobile, les marqueurs biologiques de la maladie. Le centre doit aussi assurer la formation universitaire et structurer les partenariats entre les centres mémoires. Seuls douze centres mémoire sont à ce jour labellisés en France.

## «Donner l'envie d'être en vie»

«*La finalité de mon activité est que le lieu de soins devienne un lieu de vie*», explique Philippe Cogny, animateur au CHU depuis 13 ans. En favorisant l'expression et la préservation des acquis, l'ouverture aux autres et l'estime de soi, son but est de maintenir le dynamisme des résidents, leur donner des centres d'intérêt et les amener à une autonomie individuelle et sociale, «*pour que les résidents et l'institution se fassent l'un à l'autre*». Pour parvenir à ses fins, l'animateur partage les activités en deux volets distincts : l'animation et l'art-thérapie. «*L'animation doit donner envie d'être en vie*» et se décline en ateliers animations motrices, cuisine, animations musicales, lecture du journal, échanges avec les jeunes du centre socioculturel des Trois Cités, organisation de fêtes comme celle qui s'est tenue le 20 septembre avec les résidents, les familles et le personnel. «*Dans ce cadre, nous travaillons avec une équipe de dix bénévoles d'accompagnement et nous développons un partenariat avec les associations existantes*», note Philippe Cogny.

L'art-thérapie s'adresse à des groupes de sept à huit personnes par séances hebdomadaires. «*C'est une thérapie de support, les thérapies de rééducation et de reconstruction restent du ressort de thérapeutes plus confirmés*», précise l'animateur. L'atelier d'art-thérapie (peinture) est dirigé par Laurence Fort tandis que Philippe Cogny anime des ateliers de musicothérapie. Structurée en plusieurs étapes, la séance débute par l'écoute de deux ou trois morceaux. «*Les résidents communiquent ainsi autour de leurs affinités musicales et structurent leur image d'eux-mêmes et des autres.*» Il s'agit ensuite de mettre la personne en mouvement, doucement puis plus rapidement. Grâce aux exercices qui allient la musique, le corps et les objets tels que des ballons ou des élastiques, le corps s'ouvre et, finalement, «*les patients ne sont plus repliés sur eux-mêmes et leurs visages sont visiblement détendus*». Après deux ans d'expérience, il s'est avéré que le public Alzheimer avait modifié son rapport à beaucoup de choses : à l'autre, au temps, aux émotions, au corps, au cadre, aux angoisses...

«*Depuis que j'exerce à Pasteur, les résidents ont changé. Ils entrent plus tard et sont plus dépendants. De fait, j'ai dû ajuster mes approches à ces changements. En développant l'art-thérapie par exemple.*» A noter cependant que l'animateur est seul pour 388 résidents et que les ateliers sont encore en nombre insuffisant pour satisfaire tous les besoins.



(suite de la page 15)

*le patient peut encore attendre quelques jours, nous programmons ensemble son entrée.»*

L'UGA devrait disposer de quinze lits supplémentaires en 2005. Cette unité de courts séjours (11 jours en moyenne) est destinée à la prise en charge rapide des pathologies.

L'unité de soins de suite est destinée à la réadaptation par la rééducation, la stabilisation des maladies chroniques ou la convalescence des pathologies graves. Au CHU, le service comprend 103 lits dont 35 sont actuellement sur le site de l'hôpital Pasteur mais iront bientôt rejoindre les autres à la Milétrie. La durée moyenne de séjour y est de 35 jours.

Toujours dans la filière sanitaire, l'hôpital de jour s'affirme comme une passerelle entre l'hôpital et le domicile. Cette unité assume l'évaluation complète des ressources de la personne âgée et la mise en place ou la poursuite de traitements ou de soins de réadaptation. Cette prise en charge permet notamment à l'entourage de la personne âgée de «souffler un peu». *«Mais, précise Marie-Dominique Lussier, l'hôpital de jour reste tourné vers le patient. Sa fonction est de prendre en charge et non de soulager les aidants. S'il leur donne du répit, ce n'est qu'une conséquence et pas un but final.»*

Pour la gériatre, qui est aussi vice-présidente du syndicat de gérontologie, le développement de l'aide aux aidants est un enjeu majeur pour l'avenir. *«Assurer les soins au quotidien aux personnes âgées est très douloureux pour l'entourage.»* Dans le cas des malades Alzheimer, la perte d'identité, les troubles du comportement et la non-reconnaissance des proches sont terribles pour la famille. Les lacunes en aide psychologique se font cruellement ressentir de même que les manques en structures de répit comme les accueils de jour ou l'hébergement temporaire. Les familles s'épuisent. *«Nous avons besoin d'alternatives à l'hébergement définitif.»*

Le réseau gérontologique Ville-Hôpital vient compléter le tableau de la filière sanitaire. Coordonné par Danielle Métais, il rassemble le CHU, le CH Henri Laborit, l'association des professionnels de santé libéraux et la ville de

## Protéger les personnes âgées

Une vieille dame trop généreuse avec ses petits-enfants provoque sa propre ruine. Des enfants peu scrupuleux souscrivent un emprunt au nom de leur mère qui doit rembourser 13 000 F (2 000 €) par mois en ne percevant que 10 000 F (1 500 €) de pension. Un invalide de 60 ans ne fait aucune démarche pour obtenir les aides auxquelles il a droit et se retrouve de fait totalement démuné. Autant de raisons de placer une personne âgée sous tutelle. *«C'est le médecin qui établit que la personne n'est plus en mesure de gérer ses biens compte tenu de son état de santé physique ou mental»,* explique Sabine François, responsable de l'association tutélaire de gérontologie (ATG). Ensuite, le juge des tutelles nomme un tuteur qui gère les finances, assure les encaissements et les revenus, règle les dépenses et effectue les démarches pour obtenir les aides aux personnes dépendantes. De fait, la mise sous tutelle les protège d'elles-mêmes ou de leurs proches. L'ATG, créée en 1980, assure ce rôle. *«Inscrits sur la liste du procureur de la République, nous traitons environ 280 dossiers par an»,* note Sabine François.

Outre la gérance de tutelle, l'ATG gère les prestations de service assurées dans l'hôpital Pasteur : coiffure à prix modérés, soins simples d'esthétique, pédicure. *«Ces soins du corps et de l'apparence sont primordiaux pour maintenir le moral et l'image positive de soi chez les personnes âgées.»* ATG s'occupe également du salon de thé, d'un service de prêt de magnétophones et de lecteurs CD, de CD et de cassettes. Deux fois par an, des magasins spécialisés de vente de vêtements se réunissent sur place pour un petit marché. L'association propose aussi un compte Gerialex qui permet à la personne de régler elle-même ces prestations. *«En effet, explique Sabine François, si l'argent n'est pas autorisé dans le milieu hospitalier, ce système préserve cependant un acte social important : payer.»* ATG fournit également une assurance responsabilité civile à prix avantageux et dégage l'enveloppe budgétaire des animations.



Poitiers et son CCAS. Son but premier est de mobiliser les intervenants nécessaires au maintien à domicile ou au transfert entre le domicile et l'hôpital. *«Sans*

*(suite page 18)*

(suite de la page 17)

*se substituer aux référents naturels*, précise Danielle Métais, coordinatrice du réseau. *En effet, nous ne prenons le relais que dans les situations complexes ou conflictuelles pour lesquelles le référent a du mal à apporter une prise en charge globale.* De fait, le réseau a traité 190 dossiers en 2002. Il doit s'enrichir prochainement d'une cellule ressource en insuffisance cardiaque menée par le professeur Joseph Allal, chef du département médico-chirurgical de cardiologie, et propose d'élargir son influence géographique aux communes de la communauté d'agglomération de Poitiers qui le souhaitent.

Si la filière sanitaire est quasiment complète, l'organisation doit désormais tendre vers une prise en charge encore plus adaptée aux spécificités du vieillissement. *«En effet, note Marie-Dominique Lussier, le vieillissement n'est pas linéaire et le parcours de la personne âgée ne doit pas être perçu comme allant en droite ligne des urgences aux soins de longue durée. Au contraire, les patients âgés font constamment des allers et retours entre les différents services de gériatrie et le domicile.»* Pour elle, une meilleure prise en charge repose sur la création d'un maillage géographique serré des structures d'aides au maintien à domicile et des structures hospitalières. Les problèmes étant imbriqués, les deux sont indispensables : *«Ça ne sert à rien de faire du saupoudrage avec un gériatre ou un réseau isolé.»*

<sup>2</sup> Ces trois derniers n'exercent pas en unité de soins de longue durée.



Dans la région, deux autres réseaux Ville-Hôpital se sont mis en place à Lusignan et à Jonzac. A Niort, une unité mobile de gériatrie sert d'interface entre l'hôpital et la médecine de ville et sécurise la vie à domicile des consultants de l'hôpital de jour. En outre, en Poitou-Charentes, une seconde présence locale est assurée par les neuf centres locaux d'information et de coordination (CLIC). De fait, le maillage dont parle Marie-Dominique Lussier existe mais reste manifestement trop relâché pour répondre à tous les besoins du territoire de la région.

### Respect et dignité

Le pôle de gériatrie du CHU de Poitiers est également constitué d'une filière sanitaire et médicosociale comprenant les soins de longue durée (303 lits), la maison de retraite médicalisée (85 lits) et le secteur d'adultes handicapés (41 lits). Alors qu'en filière sanitaire, l'acte technique reste prédominant et les solutions doivent être trouvées rapidement, en filière médicosociale, l'enjeu est tout autre. *«Dans la première filière, nous parlons de patients, dans la seconde, nous hébergeons des résidents»*, précise Renaud Bègue. *«Il s'agit alors, outre le projet de soin, de définir un projet de vie»*, note Brigitte Sury, cadre supérieur de santé. En effet, la personne qui arrive dans un service de soins de longue durée ou en maison de retraite doit, d'une part, faire le deuil de son domicile, d'autre part, envisager qu'elle entre dans son dernier lieu de vie, un substitut du domicile. *«La première étape consiste alors à s'approprier ce nouvel espace.»* De plus, son image de soi se modifie, son rôle social se réduit comme peau de chagrin. La mission du soignant est de lui redonner un rôle et de le mettre en valeur.

Outre le gériatre, et plus que dans toute autre spécialité, l'ensemble de l'équipe de professionnels gravite autour des patients âgés : infirmières, aides-soignantes, assistante sociale et kinésithérapeutes, diététicienne, conseillère hôtelière, animateur, ergothérapeutes, psychologues et orthophonistes<sup>2</sup>. Tous contribuent au maintien de ce fameux équilibre entre le soin, le lien social et le mental.

Pour Brigitte Sury, *«travailler en gériatrie*

trie est une discipline noble car la personne âgée, fragilisée, mérite respect et dignité. Pour s'en occuper nous avons besoin de professionnels dotés d'une éthique et en réflexion constante.» Pour illustrer son credo, elle cite volontiers une lettre émouvante retrouvée auprès d'une vieille dame irlandaise après son décès. Le texte est affiché dans son bureau et raconte, derrière le masque de la vieillesse, l'histoire d'une vie. La vieille dame termine ainsi : «Alors ouvre les yeux, toi qui me soignes. Et regarde non la vieille femme grincheuse, regarde mieux, tu me verras !» Par les soins du corps, par l'écoute, par une attention aiguë aux menus détails comme placer le téléphone à portée de la main valide, par l'empathie et le respect, les personnels de gériatrie essaient de compenser les deuils.

«Mais, précise Renaud Bègue, eux-mêmes doivent aussi être valorisés car les soins en gériatrie sont difficiles.» Cela passe non seulement par une politique de recrutement et de suivi des ressources humaines

mais aussi par une revalorisation dès la formation dans les écoles. En outre, pense Renaud Bègue, «les solutions ne reposent pas seulement sur les épaules des décideurs, la société doit évoluer aussi. Nous sommes tous concernés.»

### L'avenir en question

L'avenir des soins de longue durée est actuellement en question. En effet, l'ensemble des structures d'hébergement accueillant des personnes âgées se sont engagées dans la signature d'ici 2005 d'une convention tripartite entre l'Etat, le département et le centre hospitalier, qui équivaut à un contrat d'objectifs et de moyens. «Nous ne souhaitons pas exclure les unités de soins de longue durée de toute démarche sanitaire et les assimiler à un ensemble uniforme d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui iraient du foyer logement à la résidence des aînés en passant par la maison de retraite et les longs séjours, notamment en terme de ratios de personnels», ex-

plique Renaud Bègue. De fait, l'hôpital Pasteur envisage de signer deux conventions séparées pour les soins de longue durée et la maison de retraite, et quantifie les soins techniques pour éventuellement proposer la création d'une unité intermédiaire de prise en charge sanitaire, entre les soins de suite et les soins de longue durée.

S'agissant des lits de maison de retraite, «ce n'est pas la vocation du CHU de les gérer», précise Renaud Bègue en citant le projet d'établissement.

Aujourd'hui, en France, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 21 % de la population. En 2035, elles en constitueront un tiers. En Poitou-Charentes, en 2030, l'Insee évalue à 38 % la population de personnes âgées. Si les structures sont aujourd'hui correctes sans être idéales, elles vont être rapidement débordées si un phénoménal effort n'est pas fourni. «La société voudra-t-elle payer aussi cher pour deux ou trois fois plus de personnes âgées ?», s'interroge Jean-Yves Poupet. ■

## Un métier peu connu

«Cet établissement fait partie de moi-même.» Conseillère en économie sociale et familiale, dite «conseillère hôtelière», Josiane Guillé travaille au CHU depuis plus de 25 ans. «Au départ, ma mission consistait essentiellement à former les agents de services hospitaliers au domaine de l'hôtellerie, c'est-à-dire l'entretien des locaux avec son matériel, ses produits, ses techniques adaptées.» En 1979, elle choisit le secteur gériatrique car «tout était à faire dans le domaine de l'hôtellerie». Son domaine d'intervention s'élargit alors à la restauration, à la distribution du linge, la coordination des équipements hôteliers et la coordination de la maintenance des locaux. «Sous l'autorité du directeur d'établissement, je travaille avec les soignants afin de répondre aux impératifs de confort et d'esthétique pour les résidents et d'ergonomie pour le personnel.»



# Rhumatologie : une thérapeutique très ciblée

**Le professeur Michel Alcalay est chef du service de rhumatologie du CHU de Poitiers. Dans ce cadre, il témoigne des récentes avancées thérapeutiques concernant le traitement de deux pathologies inflammatoires : la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante. Depuis 2001, 117 traitements par ces nouveaux médicaments ont été initiés dans le service.**



Le professeur Michel Alcalay, chef du service de rhumatologie.

**CHU Magazine – Quels sont les symptômes de ces deux maladies ?**

**Michel Alcalay** – La polyarthrite rhumatoïde touche essentiellement les femmes (8 cas sur 10), débutant le plus souvent entre 20 et 50 ans et évoluant selon des degrés de sévérité variables. C'est une maladie chronique qui induit l'inflammation puis la détérioration de la plupart des articulations des membres et parfois du cou. Sa cause est inconnue, c'est une maladie auto-immune. La spondylarthrite ankylosante a, quant à elle, une prédominance masculine ; elle débute le plus souvent entre 18 et 25 ans. Elle atteint essentiellement l'axe du corps, c'est-à-dire la colonne vertébrale et les articulations sacro-iliaques. C'est aussi une maladie inflammatoire chronique d'étiologie inconnue, pour laquelle il existe une prédisposition génétique beaucoup plus forte, apparemment, que pour la polyarthrite. Ces pathologies inflammatoires et destructrices ont des manifestations communes qui sont des douleurs puis des tuméfactions et des déformations ou un enraidissement progressif des articulations.

**Quels sont les moyens thérapeutiques dont dispose aujourd'hui le médecin face à ces pathologies ?**

Il existe deux grands types de traitements médicamenteux, qui ne doivent pas occulter l'importance de l'hygiène de vie, du ménagement des articulations, des traitements locaux et de la chirurgie : d'une part les anti-inflammatoires (cortisoniques ou non stéroïdiens), qui permettent une diminution des symptômes, d'autre part les traitements de fond, qui ralentissent l'évolution de la maladie. La grande originalité des thérapeutiques innovantes est qu'elles ont été conçues rationnellement avec l'objectif de neutraliser le TNF-a (le *tumor necrosis factor*), l'une des molécules majeures de l'inflammation.

**Quels sont ces médicaments et quel est leur mode d'action ?**

Il en existe deux types distincts. Le premier type est constitué par les anticorps anti-TNF-a qui neutralisent l'action de cette cytokine. Il s'agit de l'Infliximab (administré par voie intraveineuse toutes les six à huit semaines, nécessitant une hospitalisation) et de l'Adalimumab (administré en injection sous-cutanée toutes les deux semaines, ne nécessitant pas d'hospitalisation mais dont la rétrocession est uniquement hospitalière). L'Infliximab a une autorisation de mise sur le marché dans le traitement des deux pathologies, l'Adalimumab uniquement dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Le second type de médicament, correspondant à l'Etanercept, est constitué par un analogue synthétique de la molécule physiologique capable de neutraliser partiellement le TNF-a. Cette molécule est le récepteur du TNF-a. Ce médicament d'exception (ordonnance spécifique) est administré par voie sous-cutanée toutes les deux semaines. Il ne nécessite pas d'hospitalisation mais l'ordonnance doit être établie tous les six mois à l'hôpital puis est relayée par le médecin traitant. L'Etanercept est indiqué dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, soit résistante au Méthotrexate, soit sévère, active et évolutive, et dans le traitement de l'arthrite chronique juvénile.

**Quels sont les résultats obtenus avec ces traitements ?**

Ils sont bénéfiques chez sept à huit personnes atteintes sur dix, de façon rapide sur les symptômes. On observe un ralentissement des détériorations articulaires ainsi qu'une amélioration de l'état général des malades. Lorsqu'un traitement s'avère ou devient inefficace chez un patient, il est possible de le remplacer par un autre. Le changement est alors souvent bénéfique.

### **Et quels en sont les principaux inconvénients ?**

Bloquer l'action d'une molécule majeure de l'inflammation, qui a par ailleurs des effets bénéfiques dans l'organisme, particulièrement dans la lutte contre les infections et dans la prévention des cancers, n'est pas anodin. Ainsi, ces médicaments favorisent les infections de tous types, particulièrement la tuberculose et les infections opportunistes (listériose, herpès, mycoses par exemple). Les allergies sont rares, généralement peu sévères, mais nécessitent l'arrêt du traitement. Plus rarement encore, des mala-

dies de type sclérose en plaques, c'est-à-dire des affections démyélinisantes, voire l'aggravation d'une insuffisance cardiaque préalable, peuvent apparaître. Par contre, la crainte que l'on nourrissait initialement de favoriser l'éclosion de cancers a, fort heureusement, été démentie par l'expérience que l'on a actuellement de plusieurs centaines de milliers de cas, avec néanmoins une réserve sur un faible surplus de lymphomes.

Tous ces effets indésirables potentiels expliquent que ces traitements soient réservés aux cas les plus sévères et/ou résistants au traitement classique. Ajoutons que depuis la mise sur le marché de ces thérapeutiques innovantes, le coût annuel du traitement d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde a été multiplié par 350 ! Ce qui représente un enjeu de santé publique important auquel une étude médico-économique, initiée fin 2001 à la demande du ministère de la Santé, est consacrée et dont les résultats nous seront communiqués dans quelques jours. ■



## LA MAISON DES FAMILLES

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

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

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

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



Association  
«La Maison des familles»  
Hôpital de la Milétrie  
BP 577 - 86021 Poitiers cedex

Les traitements par voie veineuse à domicile

# Un confort sous haute surveillance

**Les patients atteints d'un cancer ont depuis plus d'une dizaine d'années la possibilité de suivre une partie de leurs traitements par voie veineuse à domicile<sup>1</sup>. Une avancée non négligeable pour le confort du patient mais qui est soumise à de nombreuses contraintes et mobilise toute une équipe autour de lui.**

Aujourd'hui, au lieu d'être hospitalisés pour recevoir par voie veineuse non seulement leur chimiothérapie mais également l'antibiothérapie, les antiviraux ou les antalgiques, nombre de patients restent chez eux. En fonction de la pathologie, de la nature du traitement et de sa durée, le médecin choisit de l'administrer soit par voie périphérique soit en utilisant un cathéter conduisant les produits directement au ventricule et dont l'accès est placé dans la veine sous-clavière ou dans la jugulaire interne. Dans ce cas, deux grands types de cathéters centraux sont utilisés : le cathéter à émergence cutanée dont la ou les sorties sont extérieures à la peau et le cathéter à site d'injection implantable qui est entièrement sous-cutané. Ils sont implantés sous anesthésie locale ou générale et choisis notamment pour préserver les veines de l'agressivité de cer-

tains produits. L'infirmière libérale utilise ensuite ces voies pour administrer quotidiennement le traitement au patient à domicile.

Depuis 1992, à Poitiers, les traitements en ambulatoire se sont développés sous la pression conjuguée de plusieurs facteurs. «*L'activité a alors connu une augmentation phénoménale et nous avons dû trouver des alternatives au traitement en hôpital de jour. Cela nous a poussés à promouvoir les solutions adaptables au domicile*», explique Chantal Montagne, cadre de santé, qui a participé à leur mise en place à l'hôpital de jour d'oncologie médicale et hématologie du CHU de Poitiers. En outre, les patients émettent de manière accrue le souhait d'être maintenus le plus possible dans leur environnement habituel. Enfin, l'augmentation des soins à domicile a été rendue possible par un ajustement des traitements, devenus moins toxiques, et une meilleure maîtrise des techniques et des risques pour les patients.

Aujourd'hui, environ 90 % des patients d'oncologie médicale sont traités par voie intraveineuse à domicile. Une solution qui ne peut s'appliquer que si le traitement et l'environnement du patient répondent à de nombreuses contraintes. «*Faire une intraveineuse au patient à domicile n'est pas un acte qui doit être pris à la légère.*»

Tout d'abord, «*le traitement doit pouvoir être reconstitué ou administré en ambulatoire*», précisent Chantal Montagne et Catherine Allegrini, cadre de santé. Une analyse préalable de faisabilité est réalisée par les médecins et les cadres de santé. En outre, les produits doivent bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou faire l'ob-



jet d'une rétrocession par la pharmacie de l'hôpital.

Autre condition : par le décret d'octobre 1989, l'infirmière libérale qui assure l'administration quotidienne du traitement à domicile doit avoir reçu une formation obligatoire de trois jours à la chimiothérapie anticancéreuse. Elle reçoit dans ce cadre le même enseignement que les infirmières de milieu hospitalier sur les données théoriques et pratiques concernant la chimiothérapie anticancéreuse, l'utilisation et l'entretien des accès veineux, les techniques de manipulation des cytotoxiques et les précautions à prendre. Elle dispose en outre d'un matériel adapté par le biais des prestataires de service.

«*Mais avant toute chose, il faut que le patient soit d'accord et que son environnement réponde aux conditions de salubrité et de non-vétusté exigées*», remarque Catherine Allegrini. Le patient, par exemple, ne doit pas être seul à la maison et doit avoir un téléphone. Et l'infirmier libéral doit être disponible ou d'accord.

### Au domicile

Une fois toutes ces conditions réunies, le patient peut sortir de l'hôpital. «*Mais, précisent les cadres de santé, les relations entre l'hôpital, le patient et l'infirmière resteront toujours soutenues.*» Un autre processus s'enclenche alors : une infirmière de l'hôpital de jour contacte l'in-

firmière libérale pour l'informer du protocole et des besoins du patient. Elle s'assure que le pharmacien de ville dispose du traitement, comme par exemple de grosses doses de morphine, et prévient le médecin traitant ainsi que la pharmacie de l'hôpital en cas de rétrocession de médicaments. Viennent ensuite les prestataires de service auprès desquels il faut s'assurer de la livraison du matériel nécessaire aux soins infirmiers. Et, bien sûr, la famille, qui constitue un appui primordial, et les ambulanciers, garants d'une bonne locomotion du patient, sont informés et mobilisés pour l'entourer.

Une fois à domicile, le principal interlocuteur du patient sera l'infirmière libérale, «*mais celle-ci est en lien constant avec l'hôpital et les autres intervenants.*» En effet, tous consignent dans un livret de liaison – dont le patient est le dépositaire – l'ensemble des incidents survenus lors du traitement. «*Ce livret constitue l'indispensable lien physique entre tous les intervenants.*» Le patient y trouvera en outre de nombreux conseils et informations sur son traitement, son alimentation et d'éventuels effets secondaires comme la fatigue. En cas de souci, l'hôpital de jour est à la disposition des infirmières libérales. Et, «*au moindre problème nous pouvons être contraints à faire revenir le patient à l'hôpital. Il vient de toute façon régulièrement en visite à l'hôpital pour être réévalué et, si besoin, réajusté.*» ■

<sup>1</sup> A noter que les traitements par voie veineuse en ambulatoire ne sont pas seulement circonscrits à l'oncologie. Ils sont effectués dans d'autres pathologies, souvent graves, aiguës ou chroniques, en gastro-entérologie ou en pneumologie par exemple.





# La génétique clinique

**Du dépistage prénatal au diagnostic post-natal, le service de génétique clinique du CHU de Poitiers effectue chaque année environ 500 consultations et réalise, dans son laboratoire de cytogénétique, près de mille caryotypes.**

Depuis la découverte il y a cinquante ans de la molécule d'ADN, les progrès de la génétique fondamentale ouvrent sans cesse de nouvelles voies d'application. L'exploration de tous les gènes portés par les chromosomes de l'être humain est encore loin d'être terminée mais, déjà, il est possible de diagnostiquer certaines maladies avant même leur apparition ou avant la naissance d'un enfant. Au CHU de Poitiers, il existe un service de génétique médicale depuis un peu moins de dix ans. Le nombre de consultations y est en constante progression, signe du développement de cette spécialité. «Le service regroupe deux unités fonctionnelles, précise le profes-

seur Brigitte Gilbert, chef de service : la génétique clinique, centrée autour d'une activité de consultation (environ 500 par an), et le laboratoire de cytogénétique.»

Si la spécialité est née de l'intérêt d'anciens pédiatres pour les maladies les plus rares et les plus graves touchant les enfants, elle s'intéresse de plus en plus aux pathologies de l'adulte. «Les consultations que nous réalisons concernent plusieurs types de demandes, explique Brigitte Gilbert, qui dispose d'un interne pour l'aider. Cela va du diagnostic prénatal au diagnostic pré-symptomatique chez l'adulte. Les entretiens sont longs, parfois difficiles, avec un interrogatoire minutieux concernant l'entourage familial. Une équipe multidisciplinaire, comportant en particulier un psychologue, encadre les familles.»

Lorsqu'il s'agit d'une visite prénatale, un couple souhaite connaître le risque potentiel pour lui de transmettre à un enfant une maladie génétique héréditaire déjà présente dans la famille. Les pathologies les plus concernées par ce type de demande sont la mucoviscidose, l'hémophilie et certaines myopathies. Dans



ce cadre, le service accueille aussi des personnes ayant connu une récente interruption médicale de grossesse ou rencontrant une hypo-fertilité d'origine génétique. Toutes les décisions découlant du diagnostic d'une maladie génétique et concernant une grossesse en cours sont prises dans le cadre du Centre régional multidisciplinaire de diagnostic prénatal, dont l'activité est soumise à un agrément national. Le diagnostic pré-implantatoire n'est pas pratiqué dans la région.

Dans le cas du diagnostic pré-symptomatique, l'intérêt pour la personne est de connaître le risque encouru par elle de développer une pathologie grave dans l'avenir. Des recherches fréquentes concernent par exemple des formes familiales de cancer du sein ou du colon ou la chorée de Huntington. Au travers de ce dépistage, l'objectif du sujet qui consulte est d'être rassuré, de «savoir», d'avoir une information à donner aux enfants et le cas échéant de disposer d'une surveillance adaptée.

*«Le médecin du service de génétique clinique, expérimenté, a un rôle centralisateur d'informations dans une prise en charge pluridisciplinaire, témoigne le professeur Brigitte Gilbert. Dans tous les cas, nous insistons sur la motivation des personnes qui consultent. La consultation est fondée sur leur volonté.»*

Beaucoup de pathologies très rares sont difficiles à diagnostiquer. Dans cette optique, des enfants ayant des retards mentaux peuvent être adressés par des parents ou des professionnels (dès la naissance) afin de déterminer une possible cause génétique au retard mental et/ou à la malformation. Cela n'a pas toujours d'implication directe pour l'enfant lui-même mais peut permettre aux parents de se préparer à l'avenir et/ou de connaître le risque de récurrence en cas de nouvelle grossesse. Dans cette population d'enfants, la cause de la pathologie n'est retrouvée que dans un tiers des cas. En plus du caryotype, réalisé systématiquement mais rarement suffisant en lui-même, des recherches bibliographiques ainsi que l'utilisation de logiciels spécialisés de dysmorphologie sont souvent nécessaires au médecin pour établir son diagnostic. Pour les deux tiers restant

sans réponse, il s'agit, entre autres, de très petites anomalies des chromosomes ne pouvant être mises en évidence par les techniques actuelles ou de gènes encore inconnus.

Le laboratoire de cytogénétique, le seul hospitalier de la région, a un rôle prépondérant au sein du service. Il accueille une pharmacienne, Dominique Couet (responsable de l'unité), et un médecin, Olivier Ingster, ainsi que quatre techniciens spécialisés. Son activité principale est l'établissement de caryotypes (une photo de l'ensemble des chromosomes d'un individu). Un caryotype est réalisé à partir d'une culture cellulaire. Pour un diagnostic post-natal (environ 500/an), des cellules sanguines constitutionnelles ou des cellules provenant de biopsies cutanées sont utilisées. Lors d'un diagnostic prénatal (environ 500/an), il s'agit de cellules issues de liquide amniotique, voire de villosités chorales ou de sang du cordon. L'anomalie chromosomique responsable de la maladie peut être recherchée par la technique d'hybridation *in situ*, c'est-à-dire par application d'une sonde fluorescente directement sur le chromosome. Le résultat du caryotype est un élément important pour le couple, le médecin et l'équipe quant à la conduite à tenir concernant la grossesse en cours.

Quelles qu'elles soient, les prescriptions d'examen génétique sont toujours encadrées par la loi bioéthique de 1994. Un consentement doit être signé avant chaque prise de sang destinée à l'établissement d'un caryotype ou à la recherche d'un gène. Dans ce cadre, aucun examen n'est réalisé chez des enfants mineurs et asymptomatiques, sauf si ceux-ci peuvent en espérer un bénéfice direct. Ainsi, on ne recherchera pas le gène responsable d'une forme non polyposique de cancer du colon chez un enfant. Par contre, la recherche d'une polyposose rectocolique familiale sera acceptée (l'infirmité de la présence du gène de la maladie pourra permettre de ne pas réaliser la coloscopie annuelle de dépistage chez ces enfants). ■

Le professeur Brigitte Gilbert.



# La stérilisation centralisée pour optimiser la qualité



**Dans des locaux plus grands, plus fonctionnels, la nouvelle stérilisation centrale offre une organisation et une activité totalement repensées pour répondre aux conditions optimales de sécurité.**

La stérilisation joue un rôle très important dans la lutte contre les infections nosocomiales. Aussi la réglementation a imposé, ces dernières années, un cadre très strict. Pour répondre à l'évolution des nouvelles normes, le CHU a restructuré complètement son activité de stérilisation. Beaucoup plus spacieuse, 1 300 m<sup>2</sup> au lieu de 400 m<sup>2</sup>, la nouvelle stérilisation, inaugurée en octobre 2001, assure dorénavant une activité centralisée. En effet, elle traite l'instrumentation de l'ensemble des services ainsi que celle des blocs opératoires qui, auparavant, était prise en charge au niveau de chaque bloc. *« Cette centralisation permet la mise en place d'une démarche qualité (voir encadré), une optimisation des moyens et une meilleure rationalisation du travail, souligne Isabelle Princet, pharmacienne, responsable de la stérilisation. Le fonctionnement a été totalement repensé. Il repose sur le principe de la marche en avant. Le circuit d'opération va du matériel le plus sale au plus propre avec, pour les différentes phases de traitement, des zones techniques cloisonnées. »* Chaque zone correspond à une activité bien précise.

La première : le lavage. Cette étape est réalisée dans un tunnel de lavage. *« C'est un laveur désinfecteur composé de 3 modules : un prélavage-lavage, un rinçage et un séchage. Lors du rinçage, la température atteint les 90 °C, ce qui assure, en plus des effets des*

*produits détergents, une désinfection thermique. »*

Deuxième activité : le conditionnement. C'est ici que tout le matériel et le linge sont mis sous emballage, poche ou conteneur, avant d'être stérilisés. Le conditionnement des plateaux et du matériel divers est assuré par le personnel de la stérilisation. Quant à la reconstitution des conteneurs des blocs opératoires, ce sont les infirmières des blocs qui en assurent le conditionnement. Ces opérations sont réalisées dans une pièce à atmosphère contrôlée ce qui impose au personnel des règles d'hygiène strictes. Des contrôles de l'air et du sol sont effectués régulièrement de façon à vérifier que le taux de bactéries et particules ne dépasse pas les normes autorisées.

Troisième et dernière activité : la stérilisation. Elle est réalisée par des autoclaves, appareils à vapeur d'eau qui permettent sous l'action combinée de la chaleur et de la vapeur d'eau saturée sous pression la destruction des germes. Le plateau de stérilisation est maintenu à 134 °C pendant 18 minutes avec une pression de 2 bars. Pour vérifier le bon déroulement de cette étape, plusieurs paramètres sont contrôlés par les agents et le pharmacien : conformité des graphiques des cycles, virage des indicateurs, vérification de l'intégrité des emballages. En cas de non conformité d'un paramètre, la charge est refusée et refaite. Et, dans un souci de traçabilité, tous les conditionnements sont étiquetés de façon à faire apparaître la date de stérilisation et de péremption, le numéro du cycle, le numéro de l'autoclave... Cette démarche va d'ailleurs prochainement concerner l'ensemble des étapes de la stérilisation avec la mise en place d'une traçabilité par code barre. L'an dernier, les 26,5 agents du service, dont Isabelle Princet qui partage son temps entre la stérilisation et la pharmacie, ont traité plus de 4 000 m<sup>3</sup> de matériel. ■

## Une démarche qualité

La stérilisation, qui fait partie des missions de la pharmacie, offre aujourd'hui un service de qualité dont l'organisation fait référence pour d'autres établissements de santé. Pour améliorer encore ses prestations, la stérilisation a entamé une démarche d'assurance qualité. *« L'objectif est de tendre aux conditions optimales de sécurité par la réalisation de référentiels qualité qui nous aideront dans l'organisation des différentes activités, précise Isabelle Princet. Ils assureront également la conformité réglementaire des actes. Ces référentiels, documents écrits regroupant toutes les procédures, n'ont de valeur que s'ils sont rédigés par le personnel concerné, lors de réunions régulières avec les différentes équipes. Nous sommes aidés dans ce travail par une qualitiennne, Gaëlle Sabouraud, détachée de la Direction Qualité. »*



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.**



**ACEF Direct**

**0810 633 637**

(Prix d'une communication locale)

Association  
pour le Crédit  
et l'Épargne  
des Fonctionnaires



## Sport et collection : 13 000 spectateurs et 101 000 € contre le cancer

Sport et collection a tenu sa 9<sup>e</sup> édition les 17 et 18 mai sur le circuit automobile du Vigeant (Vienne).

Cette manifestation, rassemblant 800 voitures de prestige, dont 200 Ferrari, est organisée chaque année par le Rotary Club Civray Sud Vienne et l'association Sport et collection au bénéfice de la Fédération de cancérologie du CHU. Celle-ci, représentée par Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU, et les professeurs François Guilhot, Alain Daban et Jean-Marc Tourani, s'est vue remettre la somme de 101 000 €, le 24 juin, dans les locaux du Conseil général de la Vienne. Ainsi, depuis 1995, 536 000 € ont été recueillis pour la lutte contre le cancer. Une belle initiative au succès confirmé !



### ■ Association tutélaire de gérontologie

Président de l'Association tutélaire de gérontologie (ATG) depuis plus de 10 ans, Pierre Baranger a démissionné de cette fonction pour des raisons familiales. Jean-Michel Dupont, déjà membre du conseil d'administration, lui succède et poursuivra le travail accompli au profit des personnes âgées hébergées en institution.

Pierre Baranger était également président du conseil de la vie sociale de l'hôpital gériatrique Louis Pasteur et membre du conseil d'administration du CHU.

### ■ Des fauteuils gériatriques pour Louis Pasteur et Maurice Salles

Jeudi 19 juin dernier, à l'Élysée, a eu lieu une cérémonie de remise de prix de l'opération «+ de vie» destinée à améliorer les conditions de vie des personnes âgées hospitalisées.

L'hôpital gériatrique Louis Pasteur a reçu 5 500 € des mains de M<sup>me</sup> Bernadette Chirac, présidente de la Fondation des hôpitaux de Paris-hôpitaux de France et des représentants de la caisse



de retraite AG2R. Cette somme permettra l'acquisition de quatre fauteuils gériatriques. L'opération «+ de vie» est organisée chaque année, en octobre, par la Fondation des hôpitaux de Paris-hôpitaux de France.

## Chefs de service : les nominations

Sont nommés dans les fonctions de chef de service/département pour une durée de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> mars 2003 :

- le professeur Joseph Allal, département médico-chirurgical de cardiologie
- le professeur Paul Dighiero, service d'ophtalmologie
- le professeur Gérard Guillet, service de dermatologie et dermato-allergologie
- le professeur Joël Paquereau, service de neurophysiologie clinique
- le professeur Marie-Christine Perault, service de pharmacologie clinique
- le professeur Rémy Perdrisot, service de médecine nucléaire et biophysique
- le professeur Olivier Pourrat, service de réanimation médicale et médecine interne
- le professeur Pierre Pries, service d'orthopédie-traumatologie
- le docteur Jean Rouffineau, service des urgences, SAMU-SMUR-Centre 15

A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003 :

- le docteur Jean-Yves Poupet, département de gériatrie
- Joëlle Faucher-Grassin, service de la pharmacie

A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003 :

- le professeur Pierre Levillain, service d'anatomie et cytologie pathologiques à titre provisoire. Il succède au professeur Philippe Babin, qui continue à exercer aujourd'hui en qualité de consultant.
- le professeur Marie-Hélène Rodier, service de parasitologie et mycologie médicale, à titre provisoire. Elle succède au professeur Jean-Louis Jacquemin qui poursuit son activité en qualité de consultant.

## Au 1<sup>er</sup> septembre 2003, sont nommés :

- le docteur Louis-Etienne Gayet, en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier en orthopédie-traumatologie
- Jean-Marc Gombert, en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier en immunologie et biochimie des protéines
- le docteur Jean-Michel Goujon, en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier en anatomie et cytologie pathologiques
- le docteur Olivier Mimoz, en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier en anesthésie-réanimation
- le docteur Marie-Hélène Rodier, en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier en parasitologie et mycologie médicale
- le docteur Jean-Pierre Tasu, en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier en radiologie
- le docteur Jean-Luc Houeto, en qualité de maître de conférences des universités-praticien hospitalier en neurologie
- le docteur Lucie Karayan-Tapon, en qualité de maître de conférences des universités-praticien hospitalier en immunologie et biochimie des protéines

### ■ Don à la Maison des familles

Pour la troisième année consécutive, le groupe Géant Casino a remis un chèque de 15 244 € à l'association la Maison des familles pour la poursuite du projet de réaménagement de la partie ancienne du bâtiment ainsi que l'installation du contrôle d'accès. Le chèque a été remis le 23 mai dernier

aux bénévoles de la Maison des familles qui œuvrent depuis 10 ans à l'accueil des accompagnants des personnes hospitalisées. En 2002, plus de 1 100 familles ont pu bénéficier de cette maison composée de 28 chambres et studios et ce, pour des durées de 8 à 10 jours en moyenne.

## «Un hôpital pour les enfants» : 10 ans et 17 966 € en 2003

Le 25 mai dernier se déroulait la 11<sup>e</sup> édition de la fête de Saint-Cyr, au profit des enfants hospitalisés au CHU de Poitiers. Cette année, plus de 17 966 € ont été récoltés. Merci à tous les bénévoles, partenaires et collectivités qui se sont mobilisés pour cette manifestation qui marquait les 10 ans de l'association Un hôpital pour les enfants. Les fonds récoltés serviront à l'achat de matériel pour les ateliers, de jeux, de jouets, et à la formation des bénévoles.



### ■ Départ à la retraite

Le 1<sup>er</sup> septembre 2003, le professeur Michel Morin, du service de radiologie, a fait valoir ses droits à la retraite. Le professeur Morin exerçait dans l'établissement depuis le 10 janvier 1963, date à laquelle il avait été nommé interne en médecine. La direction lui souhaite une heureuse et longue retraite.

### ■ Le professeur Roger Gil décoré

Le professeur Roger Gil, chef du service de neurologie du CHU depuis 1989 et doyen de la faculté de médecine et de pharmacie depuis 1999, s'est vu remettre les insignes de chevalier de la Légion d'honneur. La direction lui adresse ses félicitations.

### ■ Blocs de gynécologie-obstétrique

Les blocs du service de gynécologie-obstétrique sont en cours de reconstruction. Leur surface passera ainsi de 550 m<sup>2</sup> à 1 200 m<sup>2</sup>. Les travaux, d'une durée d'un an, ont débuté en juillet dernier.

## Nouvel organigramme de direction

Un nouvel organigramme de direction a pris effet à compter du 1<sup>er</sup> septembre. Cette évolution répond à plusieurs nécessités : d'une part, l'adaptation aux enjeux de santé publique, notamment le plan cancer, et l'évolution rapide de l'environnement législatif et réglementaire. D'autre part, la poursuite de la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet social du CHU, comme la construction du pôle urgences-biologie. Enfin, cette organisation vise à optimiser et à valoriser les compétences des directeurs alliant formation généraliste et spécialisations, comme la gestion de trésorerie ou le e-commerce.

### *Direction générale*

Jean-Pierre Dewitte, directeur général  
Michel Vergès, directeur général adjoint

### *Direction des affaires générales et internationales*

Gaëlle de Surgy, directeur adjoint

### *Direction de la qualité*

Jean-Pierre Leroy, directeur adjoint

### *Direction déléguée à la communication*

Stéphane Maret, directeur délégué

### *Direction de l'hôpital de la Milétrie*

#### *et de la filière cancérologique*

Louis-Marie Challet, directeur adjoint

### *Direction de l'hôpital Louis Pasteur*

#### *et de la filière gériatrique*

Renaud Bègue, directeur adjoint

### *Direction des usagers et des réseaux de soins*

Jean Autexier, directeur adjoint

### *Direction du personnel médical et de la recherche*

Jean-Pierre Leroy, directeur adjoint

### *Direction du personnel, des relations sociales et des conditions de travail*

Séverine Masson, directeur adjoint

Fabrice Prigneau, directeur adjoint

### *Direction des activités de soins*

Jean-René Martin, directeur de soins

Martine Imbert, directeur de soins

Brigitte Duran, cadre supérieur de santé

### *Direction des finances, de la contractualisation interne et du système d'information*

Thierry Lefèbre, directeur adjoint

Contrôle de gestion et audit interne

Claude Cotterlaz-Rennaz, directeur adjoint

Tarifification et déconcentration de gestion

Emilie Bérard, directeur adjoint

Activités, autorisation, statistiques

Véronique Navarri, directeur adjoint

### *Direction des constructions et du patrimoine*

Jacques François, directeur adjoint

Philippe Samson, ingénieur en chef

### *Direction des équipements et de la logistique*

Eric Dupeyron, directeur adjoint

Robert Le Coley, directeur adjoint

### *Bureau sécurité*

Jean-Paul Sarafinof, responsable

# Trésor de notre patrimoine

Le grand mortier de l'hospice général de Poitiers



Cette pièce est intéressante parce qu'elle porte une inscription, comme les cloches.

Ce mortier en bronze, d'un diamètre de 31 cm et d'une hauteur de 21 cm, possède des filets aux bords supérieurs et inférieurs, deux balustiers droits, deux mascarons à tête humaine et deux marques de fondeurs de forme ronde, avec une cloche au milieu,

surmontée d'une couronne de comte. Il y a deux poignées à tête de chiens.

Entre les filets des bords supérieurs, on peut lire : «IAPPARTIEN A L'HOPITAL GENERAL DE POITIERS AN. 1771. ML MOYNE MA FAIT A POITIERS».

Réf. : P. Rambaud, *la Pharmacie de Poitiers jusqu'à l'an XI. Poitiers 1907*





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

# Centre d'Étude des Langues

## PAS DE COMMUNICATION SANS EXPRESSION...

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

- >> **Formations intra entreprises**  
anglais, allemand, espagnol...  
en groupe ou en individuel
- >> **Formations tous publics**
- >> **Traduction**  
toutes langues, tous secteurs  
d'activités
- >> **Interprétation**  
consécutif ou simultanée
- >> **Centre agréé TOEIC**

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

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



force in (e)motion

Les Bureaux  
du Lac

Téléport 2  
Av. René Cassin  
BP 10204  
85962  
FUTUROSCOPE  
CHASSENEUIL  
CEDEX

VIMATO 05 49 48 48

Situé dans un cadre  
exceptionnel entre forêts  
et lac

## Golf du Haut-Poitou

- Practice
- Parcours de 9 et 18 trous

- Club house
- Restaurant  
"Club 19"

## Parc de Saint-Cyr

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

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



Ouvert toute l'année.  
Informations Parc : 05 49 62 57 22  
Informations Golf : 05 49 62 53 62

86130 Saint-Cyr e-mail : contact@parcdesaintcyr.com  
Accès : entre Poitiers et Châtelleraut, par la Nationale 10

# DÉCOLLEZ DE POITIERS

## 11 DESTINATIONS VERS LE SUD POUR UNE SEMAINE DE VACANCES EN 2004

### ANDALOUSIE - MALAGA

- > du 16 au 23 avril
- > du 23 au 30 avril
- > du 30 avril au 7 mai

### BALÉARES - MALLORCA

- > du 8 au 15 mai
- > du 15 au 22 mai
- > du 22 au 29 mai

### CHYPRE - LARNACA

- > du 20 au 27 avril
- > du 14 au 21 septembre

### CORSE - AJACCIO

- > tous les samedis
- > du 15 mai au 25 septembre

### CROATIE - DUBROVNIK

- > du 25 mars au 1er avril
- > du 29 avril au 6 mai
- > du 6 au 13 mai
- > du 9 au 16 septembre

### EGYPTE - LOUXOR

- > du 27 mars au 3 avril

### MADERE

- > du 6 au 13 avril
- > du 5 au 12 octobre

### MALTE

- > du 16 au 23 avril
- > du 17 au 24 septembre

### MAROC - MARRAKECH

- > du 23 au 30 avril

### TUNISIE - DJERBA

- > du 1er au 8 mars

### TURQUIE - ANTALYA

- > du 1er au 8 mars



Renseignements et réservations auprès de votre agence de voyages.

\* liste non exhaustive et susceptible d'être modifiée par les voyageurs



CHAMBRE DE COMMERCE  
ET D'INDUSTRIE  
DE LA VIENNE

**Aéroport international  
Poitiers-Biard**



# 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**