



- > **SSPI, la salle de surveillance post-interventionnelle**
- > **La chirurgie de la maladie de Parkinson**
- > **La consommation de cannabis  
et ses conséquences**

*Dossier*

**La cancérologie, aujourd'hui et demain**

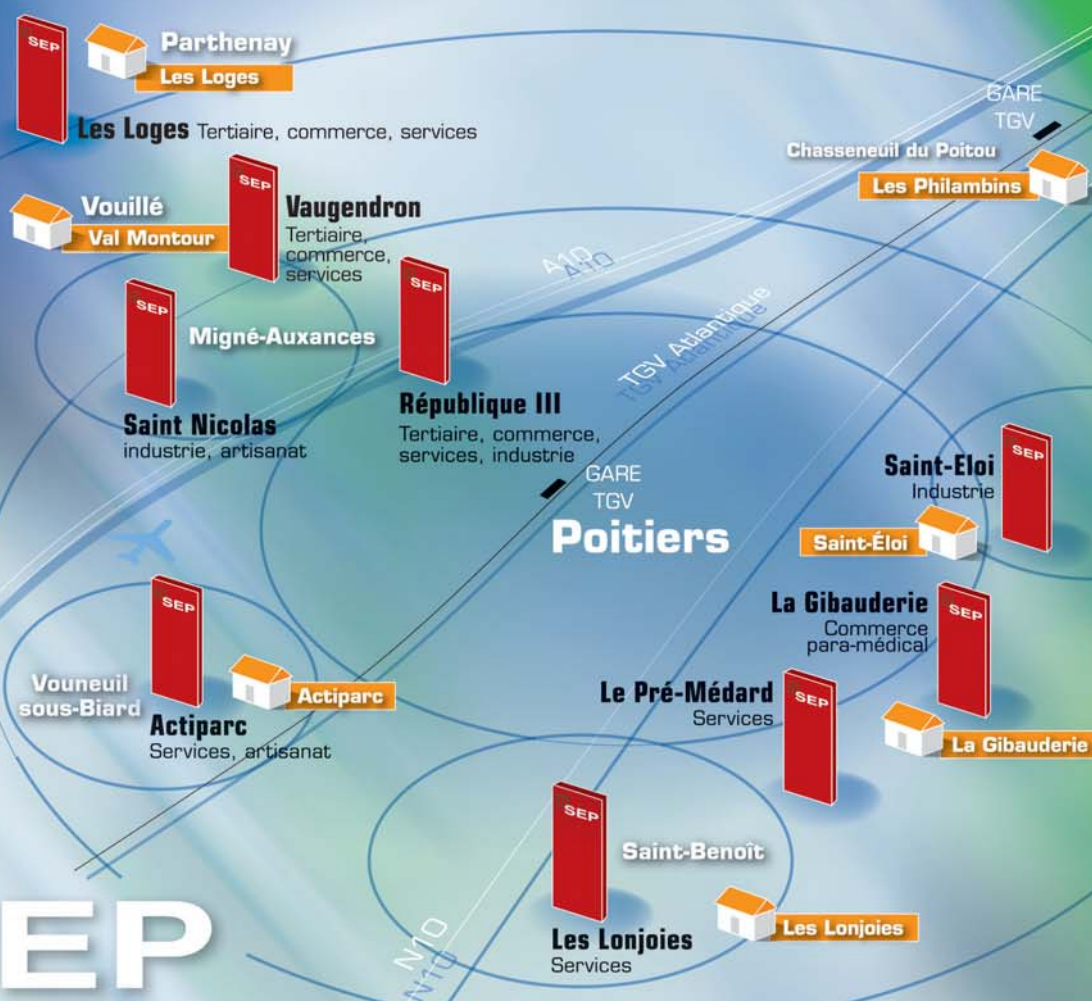
# DES TERRAINS POUR LES ENTREPRISES ET LES PARTICULIERS

## Pour les particuliers

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

## Pour les entreprises

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



En bref...	4
<b>Les alertes sanitaires</b>	<b>8</b>
<i>Elles ont été créées pour détecter au plus vite un risque sanitaire pour la santé publique.</i>	
<b>Chirurgie de la maladie de Parkinson</b>	<b>10</b>
<i>La chirurgie de la maladie de Parkinson par stimulation cérébrale profonde est un exemple d'interdisciplinarité.</i>	
<b>La SSPI : pour un réveil en toute sécurité et moins douloureux</b>	<b>12</b>
<i>Le passage en SSPI est obligatoire. Celle du CHU a ouvert ses portes en 1998.</i>	
<i>Dossier</i>	
<b>La cancérologie, aujourd'hui et demain</b>	<b>14</b>
<i>La création d'un pôle régional de cancérologie optimisera la coordination des soins et des moyens pour une meilleure prise en charge.</i>	
<b>Un relais pour des soins à domicile adaptés</b>	<b>20</b>
<i>Entretien avec Rose-Marie Saumonneau et Christiane Troubat.</i>	
<b>Le consentement éclairé et l'expérimentation</b>	<b>22</b>
<i>La loi Huriet encadre la recherche biomédicale et protège les volontaires aux expérimentations.</i>	
<b>Mieux répondre aux demandes d'hospitalisation et de consultation</b>	<b>23</b>
<i>L'unité digestive aiguë offre une prise en charge plus efficace des patients.</i>	
<b>Ne pas sous-estimer les effets du cannabis</b>	<b>25</b>
<i>La consommation du cannabis engendre des risques non négligeables.</i>	
En bref...	27
<b>La Milléterie, la Miléterie, la Milétrie...</b>	<b>30</b>
<i>A l'origine de la Milétrie : le Logis.</i>	

## éditorial

**Le cancer tue encore trop souvent, il cause de terribles ravages, près de 300 000 nouveaux cas sont recensés chaque année. Directement ou à travers un proche, chacun de nous est ou sera confronté au cancer à un moment de son existence.**

**Le traitement du cancer met aussi à l'épreuve les médecins, les infirmières, les personnels, ils combattent la maladie mais aussi l'angoisse, le malheur ; soigner un cancer est une école d'humilité, une lutte quotidienne. La science, la médecine, la recherche, la prévention, l'éducation, peuvent beaucoup, font beaucoup mais jamais assez : il nous faut donc redoubler d'efforts.**

**Le Centre hospitalier universitaire s'engage avec détermination et confiance pour faire reculer la maladie ; déjà le taux de guérison atteint près de 50 %, il est même très élevé pour certains organes, le sein par exemple. Cet engagement a pour but d'offrir à chacun un traitement adapté et innovant et à tous une aide, un soutien, un accompagnement. Dès 2007, nous disposerons d'un pôle régional nouveau de lutte contre le cancer de plus de 17 000 m<sup>2</sup>.**

**Mais le Centre hospitalier universitaire, c'est aussi la recherche que nous avons à cœur de développer à Poitiers et dans le cadre du cancéropôle du Grand Ouest, là encore nos équipes grandissent et contribuent à des progrès toujours trop minces mais qui sont de réelles victoires.**

**Tous ensemble, nous ferons reculer le cancer.**



**Jean-Pierre Dewitte, directeur général**

### CHU le magazine

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

**Ont collaboré à la rédaction** Jacques Ariès, Laetitia Becq-Giraudon

Agence de presse AV Communication, Philippe Quintard, Anh-Gaëlle Truong, Isabelle Hingand

**Photographies** Thierry Aimé - **Photogravure et impression** Médiagraphie (Poitiers)

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

Dépôt légal 2<sup>e</sup> trimestre 2004 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 11 000 ex.



Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU, et Philippe Chartier, radiologue et président du Centre d'imagerie du Poitou, devant le TEP.

## Le TEP est arrivé...

Le tomographe à émission de positons est entré en service le 6 janvier dernier, à proximité du service de médecine nucléaire, sur le site de l'hôpital de la Milétrie du CHU de Poitiers. Le TEP permet de pratiquer des scintigraphies par émission de positons. Il délivre une image des structures métaboliques et un repérage anatomique permettant ainsi un diagnostic précoce et plus précis de certains cancers ainsi que leur surveillance. En effet, les résultats de cet examen entraînent une bien meilleure prise en charge des patients car, bénéficiant d'un diagnostic plus juste, les médecins peuvent choisir et prescrire des traitements naturellement plus adaptés. Enfin, outre le diagnostic initial, le TEP est aussi utilisé pour le suivi et l'évaluation de l'efficacité des traitements ainsi que pour la détection des récurrences.

Cet équipement a été financé, et est exploité, par le groupement d'intérêt économique « GIE Positon Poitou-Charentes » constitué par le Centre hospitalier universitaire de Poitiers et la société Scintigraphie du centre d'imagerie du Poitou représentant les professionnels de santé libéraux. Le 29 novembre, une journée spéciale de présentation du TEP a été organisée à l'attention des personnels des établissements de soins, des médecins hospitaliers et libéraux, ainsi qu'à la presse.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au TEP « GIE Positon Poitou-Charentes »  
2, rue de la Milétrie – BP 577 - 86021 Poitiers Cedex  
Tél. 05 49 44 48 84 – Fax 05 49 44 48 85  
Courriel : secretariat.tep@chu-poitiers.fr

## ... une 2<sup>e</sup> IRM aussi !

Un deuxième appareil d'IRM a été mis en service au CHU de Poitiers, le 12 novembre dernier. Cet équipement de dernière génération permet, outre les explorations traditionnelles du cerveau, des articulations, de la colonne vertébrale, de réaliser des examens des vaisseaux, y compris pour les coronaires, sans avoir recours à un produit de contraste. Il permet également de réaliser des explorations fonctionnelles du cerveau, du cœur, ainsi que des explorations des organes abdomino-pelviens beaucoup plus fines. L'accès à cet appareil a été autorisé pour le centre hospitalier de Châtellerauld et les radiologues du secteur privé.

La première acquisition par le CHU d'un appareil d'IRM remonte à 1990. Il fut remplacé en 1997 par un appareil trois fois plus puissant (1,5 tesla), toujours en activité aujourd'hui.

### ■ Création d'un réseau pour les insuffisants cardiaques

L'insuffisance cardiaque est une maladie fréquente qui s'intensifie d'autant plus que la population vieillit. En France, 1 million de personnes sont aujourd'hui concernées. Cette pathologie, qui induit 3,5 millions de consultations et environ 150 000 hospitalisations par an, représente 1 à 2 % des coûts de la santé. Pour améliorer la qualité de vie des patients en les maintenant à domicile, le département médico-chirurgical de cardiologie a ouvert, depuis le 15 mars, un réseau ville-hôpital pour les insuffisants cardiaques. L'objectif est d'éviter les hospitalisations en développant la coordination entre les médecins hospitaliers, les médecins de ville (généralistes et cardiologues), les infirmiers et les kinésithérapeutes libéraux. Au sein de la cellule clinique d'insuffisance cardiaque, basée à l'hôpital de la Milétrie, les patients hospitalisés ou orientés par les médecins de ville bénéficieront d'une éducation

thérapeutique. Sous la responsabilité d'un médecin spécialiste, une infirmière aura en charge cette éducation ainsi que le suivi téléphonique des patients. Elle préviendra le cardiologue si elle détecte des signes d'alerte.

Outre la coordination avec les professionnels de santé libéraux, la prise en charge des patients sera assurée en partenariat avec le réseau gérontologique ville-hôpital, pour le volet médico-social.

Mis en place avec le soutien de l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie (URCAM) et de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), le réseau d'aide à domicile pour les insuffisants cardiaques fait partie des premières organisations de ce type créées en France.

Contact : réseau d'aide à la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque chronique à domicile (RADIC) - hôpital de la Milétrie.

Infirmière coordinatrice : 05 49 44 48 96.

### ■ Soutien exceptionnel à la stimulation cérébrale profonde

Au titre de l'aide au progrès médical, le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins a notifié au Centre hospitalier universitaire un crédit de 150 000 € dans le cadre du soutien exceptionnel à la stimulation cérébrale profonde.

## Centre d'éducation des asthmatiques

Chaque année, en France, 2 500 personnes meurent de l'asthme. De nombreuses vies pourraient être sauvées si les patients concernés par un asthme persistant suivaient correctement leur traitement quotidien.

Fort de ce constat, le service de pneumologie du CHU de Poitiers a lancé un projet régional de Centre d'éducation des asthmatiques pour développer la pédagogie auprès des patients, en associant les principaux centres hospitaliers du Poitou-Charentes (Niort, Angoulême, La Rochelle, Saintes, Cognac).

Le Centre d'éducation des asthmatiques est destiné aux patients asthmatiques, enfants et adultes, ainsi qu'à leur famille. L'objectif est de favoriser leur connaissance de la maladie et d'améliorer la qualité de leur traitement.

L'enseignement sera dispensé de manière ludique, à l'occasion de séances ou d'entretiens, par des professionnels spécialisés : kinésithérapeute, infirmière pédiatre, psychologue.

Les rendez-vous se feront sur recommandation du médecin généraliste ou à l'initiative des patients. Le centre d'éducation des asthmatiques se veut avant tout un lien entre le médecin généraliste et le malade.

Pour tout renseignement complémentaire, prendre contact avec le Centre d'éducation des asthmatiques, service de pneumologie - hôpital de la Milétrie. Tél. 05 49 44 99 48



### ■ Aménagements et déménagements en orthopédie traumatologie

Dans le but d'adapter la configuration des locaux à l'activité, l'unité d'orthopédie traumatologie dédiée aux patients « septiques » (infectés) fera l'objet d'une réfection complète en 2004 avec des travaux qui s'étaleront sur 10 mois.

Par ailleurs, dans le cadre du programme de réfection des blocs, le bloc d'orthopédie traumatologie a été en travaux de février à mai dernier. Ce bloc a été entièrement reconstruit et équipé pour un montant de 240 000 €.

## Création de 15 places d'hospitalisation à domicile à vocation cancérologique

Le conseil d'administration a autorisé en décembre le Centre hospitalier universitaire à demander la création de 15 places d'hospitalisation à domicile à vocation cancérologique. En effet, le CHU de Poitiers s'est fixé comme objectif, pour les personnes atteintes de cancer, de développer des alternatives à l'hospitalisation.

Le fort taux d'occupation constaté dans les secteurs d'oncologie ainsi que les perspectives d'évolution de l'incidence des pathologies cancéreuses incitent au développement des activités ambulatoires.

Les objectifs sont d'offrir une prise en charge adaptée aux besoins des patients, en améliorant l'accueil et le suivi au-delà des séjours hospitaliers, de développer la chimiothérapie à domicile pour répondre aux attentes des patients, et d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de cancers chaque fois que les conditions thérapeutiques et sociales sont réunies pour ce type de prise en charge.

L'équipe paramédicale qui assurera la coordination de cette activité dépendra du pôle régional de cancérologie.

## Autorisation d'extension de 35 à 51 places d'hospitalisation de jour de médecine

En octobre 2003, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) Poitou-Charentes a autorisé le CHU à étendre de 35 à 51 places la capacité des structures d'hospitalisation de jour de médecine.

Cette extension correspond à la création de 11 places d'hospitalisation de jour de médecine en oncologie, et la création de 5 places d'hospitalisation de jour de médecine en gériatrie.

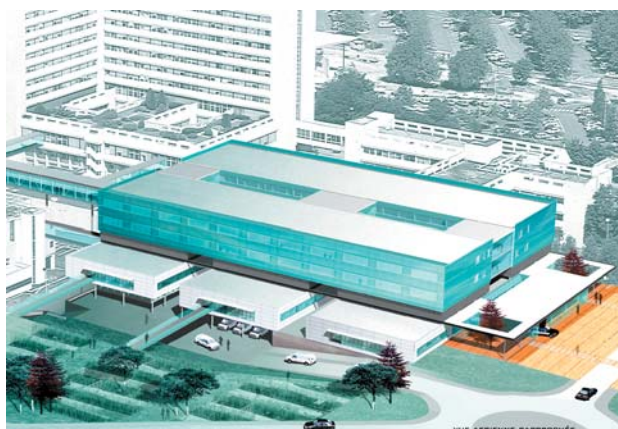
Ainsi, les capacités autorisées de l'établissement, y compris les places en structures de soins alternatives à l'hospitalisation, sont fixées à :

- 612 lits et places en médecine ;
- 288 lits et places en chirurgie ;
- 68 lits et places en gynécologie obstétrique.

Soit un total de 968 lits et places dont 909 lits et 59 places.

■ **Visite du secrétaire général de la Conférence des CHU de la province du Québec**

Du 26 au 31 janvier derniers, Robert Busilacchi, secrétaire général de la Conférence des CHU de la province du Québec, a séjourné au CHU de Poitiers. Au cours de son séminaire, Robert Busilacchi a pu découvrir nos établissements et nos organisations, et partager son expérience dans la gestion des pôles, dans les domaines de la qualité, de la recherche, et de la gouvernance. Accueilli par l'équipe de direction de l'établissement, il a assisté à la commission médicale de l'établissement, au comité technique d'établissement et au conseil d'administration. Il a également visité les urgences pédiatriques, le centre de ressources mémoire, le SAMU et la régulation médicale libérale, et a rencontré différents praticiens et responsables de l'établissement.



## Urgences - Biologie médicale

Les travaux de terrassement du futur bâtiment des urgences et de la biologie médicale sont achevés.

Du fait de la nature argileuse du terrain, des fondations spéciales ont été enterrées à - 20 et - 30 mètres.

Les travaux de maçonnerie, d'une durée d'un an, ont débuté en janvier.

Le bâtiment sera clos et couvert à la fin 2004 et la livraison reste programmée pour l'été 2005.



## Bilan de la vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe n'était pas une obligation pour le personnel hospitalier. Elle a donc été pratiquée à la demande des agents. En 2003, 421 personnes ont été vaccinées contre la grippe au CHU de Poitiers.

## Plateau d'imagerie

Les travaux d'extension et de restructuration du plateau d'imagerie, sur le site de l'hôpital de la Milétrie, ont débuté en mai après la phase d'appel d'offres et le choix des entreprises. Le chantier d'une durée de 20 mois coûtera plus de 3 millions d'euros.

■ **Réorganisation de la recherche clinique**

Depuis mars 2002, époque de son lancement, le Centre de recherche clinique (CRC) a mené 36 études pour le compte des spécialités de dermatologie, oncologie médicale, médecine interne, pharmacologie et physiologie. Courant 2004, le CRC sera réorganisé pour prendre un nouvel élan et viser à terme sa transformation en centre « d'investigation » clinique labellisé par l'INSERM.

Les objectifs de cette restructuration sont de favoriser la collaboration entre les cliniciens et les biologistes, de développer les essais thérapeutiques ainsi que les études épidémiologiques et de santé publique, et d'en évaluer plus précisément l'aspect médico-économique.

Il est par ailleurs nécessaire de faciliter l'accès aux essais cliniques en informant les professionnels de santé sur les outils existants et en allégeant les procédures.

Le professeur Jean-Marc Tourani est le nouveau délégué régional à la recherche clinique.

Pour sa part, le professeur François Guilhot, délégué général à la recherche clinique, a pour mission de conduire et coordonner la politique de la recherche clinique au CHU de Poitiers en liaison avec la délégation régionale à la recherche clinique (DRRC) et le comité des essais cliniques qu'il supervise. Il assure également le rôle de médecin coordonnateur du centre de recherche clinique (CRC) du Centre hospitalier universitaire de Poitiers.

### ■ Bilan de la fête à Pasteur

Le 20 septembre 2003, près de 500 personnes ont participé à la manifestation « jour de fête » à l'hôpital gériatrique Louis Pasteur. Un bénéfice de 1 605 € a été dégagé, somme qui permettra de développer de nouveaux ateliers d'arts plastiques et de musique, et de former de nouveaux bénévoles aux ateliers cuisine et lecture de journal. Un grand merci aux bénévoles et familles qui se sont associés à cet événement et qui, déjà, préparent l'édition « jour de fête » 2004, le samedi 18 septembre.

### ■ Georges Heuyer : court et moyen séjours gériatriques

La restructuration du bâtiment Georges Heuyer, sur le site de l'hôpital de la Milétrie, est lancée. L'avant-projet définitif (APD) et le plan de financement ont été approuvés par le conseil d'administration. Ce projet vise à installer les activités de court et moyen séjours gériatriques avec une unité de consultation, 15 places d'hôpital de jour, ainsi que 13 chambres à 2 lits et 30 chambres individuelles pour l'hospitalisation complète dont 3 lits pourraient être consacrés à l'hébergement d'urgence ou temporaire. Ce projet d'une surface de 2 422 m<sup>2</sup> s'élève à 4 620 000 €. Les travaux qui ont débuté dans le courant du 1<sup>er</sup> trimestre, s'achèveront mi-2005.



## Equipements de l'hôpital gériatrique Louis Pasteur

En 2003, ont été acquis pour un montant de 280 000 € : 47 lits électriques dans les unités de soins de longue durée, 10 fauteuils roulants d'extérieur, 6 fauteuils gériatriques à hauteur variable, 96 tables de lit, 3 lits douche ainsi que divers mobiliers (chariots roulants, lève malade, système pesée...)

A Maurice Salles (hôpital de la Milétrie), en soins de suite et réadaptation, l'équipement a été concentré principalement sur l'achat de 34 lits électriques. Au titre de l'année 2004, le programme d'équipement en lits électriques s'achèvera sur les unités de soins de longue durée (+ 33) et de soins de suite (+ 74).

## Bilan des travaux réalisés en 2003 à l'hôpital gériatrique Louis Pasteur

Au cours de l'année écoulée, ont été peints et réaménagés : 27 chambres, 5 salles à manger, 10 offices alimentaires et offices sales, 4 douches dont 2 pour des personnes à mobilité réduite. La démolition de la serre a permis l'aménagement d'un oratoire et d'une salle d'animation.

A Maurice Salles (hôpital de la Milétrie), en soins de suite et réadaptation, la peinture a été refaite dans 6 chambres ainsi que sur toutes les têtes de lits, et dans 6 salles de repos et offices alimentaires.

## 200 Ferrari contre le cancer

Les 8 et 9 mai derniers au circuit du Vigeant (Vienne), la 10<sup>e</sup> édition de la manifestation « Sport et collection » a rassemblé plus de 200 Ferrari et attiré plus de 12 000 visiteurs.

« Sport et collection », organisé par l'association du même nom et le Rotary club Civray sud Vienne, a permis de recueillir à ce jour plus de 530 000 € au profit du CHU pour la recherche contre le cancer.



# Les alertes sanitaires

**La canicule de l'été dernier ou l'épidémie de légionellose ont mis en évidence la nécessité pour l'hôpital de promouvoir un système d'alerte performant.**

Les exigences de la population concernant la santé sont de plus en plus grandes. Lorsqu'un grand nombre d'individus sont exposés à un risque, qu'il soit toxique, biologique (épidémie) ou climatique (canicule), il existe alors une situation critique en terme de santé publique, qu'il convient de détecter au plus vite. C'est dans cet objectif que les alertes sanitaires ont été mises en place. *« L'identification du risque, par le biais des vigilances (matéριο-vigilance, hémato-vigilance ou infectio-vigilance par exemple), permet la mise en œuvre rapide de mesures appropriées mais à la condition que des procédures aient été auparavant définies par l'institution et soient connues de tous »*, précise le professeur Bertrand Becq-Giraudon, chef

du service de médecine interne, maladies infectieuses et tropicales.

L'hôpital, à la fois lieu de risque et élément d'une chaîne extérieure, occupe une position importante dans la gestion de ces situations et doit être prêt à les assumer. Le personnel – médical, infirmier, administratif – doit pouvoir sans délai répondre aux sollicitations exigées. Le risque d'infection nosocomiale, par exemple, implique un système de surveillance avec des indicateurs de niveaux d'alerte. Si un événement potentiellement critique est constaté, une cellule de crise se met en place. *« Son rôle est d'identifier la nature et les causes du problème, note le médecin. En relation avec le secteur dans lequel il survient, la cellule définit des solutions qui peuvent aller, en cas d'épidémie, jusqu'à fermer un secteur hospitalier pour décontamination. »*

L'hôpital est aussi susceptible d'être impliqué dans le traitement des crises sanitaires extérieures. Cela a par exemple été le cas de l'épidémie de légionellose survenue en août dernier à Poitiers ou de la canicule de l'été 2003. Son rôle est alors de recevoir et d'identifier les malades. Cependant, le problème étant externe à l'hôpital lui-même, la situation est gérée par la DDASS et la préfecture.

Dans tous les cas, il est primordial d'avoir un système d'alerte très performant. Pour cela, il faut que la cellule de crise ait déjà envisagé et analysé les situations critiques potentielles. *« Toute prise en charge doit être faite dans la plus grande transparence vis-à-vis des médias et de l'extérieur, insiste le professeur Bertrand Becq-Giraudon. Aujourd'hui, personne, nulle part, n'est à l'abri du bioterrorisme, dont l'exemple pourrait être la dissémination du virus de la variole. Il faudrait une coordination qui réfléchisse au problème avant même qu'il existe, un système de veille performant avec par exemple un livre blanc du risque sanitaire. »* ■





**LA PALMYRE**

Une maison adaptée aux contraintes des petits terrains.



**VINCENNES**

Une maison de plain-pied évolutive et facile à vivre.



**CAGNES**

Une maison spacieuse à pigeonnier.



**RAMBOUILLET**

Une maison familiale avec un séjour à double orientation.



**LA BAULE**

Une maison originale à l'architecture typée.



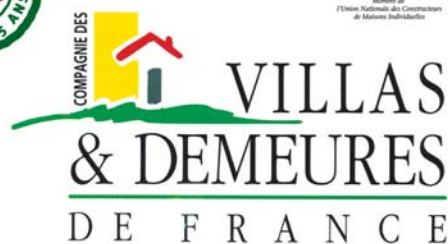
**EVRY**

Une maison de caractère sur double niveau.

# Collection de bonheurs

## LES NOUVELLES CRÉATIONS DE VILLAS & DEMEURES DE FRANCE

Nos créations répondent à la plupart de vos désirs mais nos concepteurs peuvent dessiner votre propre projet si vous souhaitez une maison absolument unique. Villas & Demeures de France, c'est le bonheur tout compris avec la cuisine et la salle de bains équipées, l'aspiration intégrée et les portes de placards comprises dans le prix.



POITIERS > 9, av. Robert Schumann . 05 49 47 67 11 — MAISON EXPO . CHATELLERAULT > 86, rue Charles Plessart . 05 49 85 92 06



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



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



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

Ouvert du Lundi au Samedi  
9h00 - 12h00 et 14h00 - 18h45  
Centre de Gros - BP 1016  
ZI République  
86060 POITIERS Cedex 9  
Tél : 05 49 41 75 76



# Chirurgie de la maladie de Parkinson

**Intervention de pointe à la convergence de plusieurs spécialités, la chirurgie de la maladie de Parkinson par stimulation cérébrale profonde est un exemple d'interdisciplinarité.**

Si « *les médicaments restent centraux dans le traitement de la maladie de Parkinson* », comme le précise le professeur Roger Gil, chef du service de neurologie, la chirurgie offre une alternative efficace aux patients répondant aux critères – stricts – d'éligibilité.

## **Quand les médicaments ne suffisent plus**

La maladie de Parkinson est due à la perte, d'origine inconnue, des neurones libérant la dopamine, neurotransmetteur impliqué dans le contrôle des mouvements. Le traitement de référence est la lévodopa (L-Dopa), une molécule stimulant la fabrication de la dopamine dans le cerveau. « *Mais ses effets s'épuisent au fur et à mesure que la dégénérescence augmente* », expliquent le professeur Roger Gil et le docteur Jean-Luc Houeto, également neurologue. Autre inconvénient : quand le malade vieillit, la L-Dopa peut provoquer des mouvements

anormaux, appelés « dyskinésies ». Pour ces raisons, d'autres traitements sont utilisés avant la L-Dopa, conjointement ou en relais. Les agonistes dopaminergiques miment l'action de la dopamine. D'autres médicaments en ralentissent la destruction. Mais quand les traitements ne suffisent plus ou provoquent des complications et que la qualité de vie est sérieusement compromise, les neurologues proposent la chirurgie. En prenant en compte d'autres critères : « *Le premier étant qu'il s'agit bien d'une vraie maladie de Parkinson et non de ses symptômes seuls* », précise Jean-Luc Houeto. En outre, l'opération est très impressionnante. Elle est en effet pratiquée à crâne ouvert et le patient, en éveil pendant un moment, doit être psychiquement solide. Pour cette raison, les patients pressentis ont le plus souvent moins de 70 ans. L'insertion sociale est également prise en compte. En effet, l'entourage aide « *autant à supporter le poids de l'opé-*

ration qu'à accompagner la sortie brutale de 10 ou 15 ans de handicap », souligne Jean-Luc Houeto.

### Une opération pluridisciplinaire

Une fois le patient reconnu éligible pour l'opération, le processus est lancé. L'intervention consiste à introduire des électrodes dans le noyau sous-thalamique pour le stimuler électriquement. Il s'agit ainsi d'inhiber cette région dont l'hyperactivité est étroitement impliquée dans la plupart des symptômes moteurs de la maladie de Parkinson. La première opération a eu lieu en 1993 à Grenoble. Depuis, elle a essaimé dans 16 centres en France. Au CHU de Poitiers, elle se pratique depuis trois ans au rythme moyen d'une vingtaine par an.

Complexe, l'intervention mobilise plusieurs spécialités. « Cette pluridisciplinarité, tout à fait propre à la neurochirurgie fonctionnelle, est exemplaire. C'est la condition sine qua non de sa réussite », précise le professeur Roger Gil. D'ailleurs, outre le coût<sup>1</sup>, la raison pour laquelle cette opération n'est pas pratiquée partout est qu'il faut rassembler toutes ces compétences. Interviennent en effet un neurologue, un neuroradiologue, un neurophysiologiste et un neurochirurgien. L'opération nécessite également un environnement anesthésique particulier. En outre, une équipe de neuropsychologie évalue très précisément les fonctions affectives et cognitives telles que la mémoire et la vie émotionnelle avant et après l'intervention.

### Pas à pas

La veille de l'opération, le chirurgien et le radiologue réalisent une IRM stéréotaxique pour obtenir l'atlas du cerveau du patient et donc visualiser le noyau sous-thalamique. Ils calculent ensuite ses coordonnées et les angles des trajectoires que le chirurgien imprimera aux électrodes à partir de la région frontale antérieure. Toujours la veille de l'opération, le traitement antiparkinsonien du patient est interrompu afin de contrôler l'efficacité des stimulations électriques pendant l'intervention. Le lendemain, l'opération commence. Elle durera environ 8 heures. L'implantation des électrodes s'effectue sous

anesthésie générale avec un réveil pendant l'opération. Deux trous de trépan de 15 mm sont effectués de chaque côté du crâne, sur la partie frontale antérieure. Dans le premier côté, le chirurgien met alors en place cinq électrodes, d'un diamètre à la pointe de l'ordre de quelques microns et espacées de 2 mm chacune. Pendant que le chirurgien pousse les électrodes jusqu'au noyau sous-thalamique, le neurophysiologiste contrôle l'enregistrement électrique de l'activité des neurones. « Cela nous permet de confirmer la localisation effectuée grâce à l'IRM puis de l'affiner en déterminant la région la plus active du périmètre ciblé », souligne le professeur Joël Paquereau, chef du service de neurophysiologie clinique. Une fois la cible détectée puis atteinte, des tests électriques permettent de déterminer l'électrode la plus efficace.

Le patient est alors réveillé pour que le neurologue effectue les tests cliniques pendant que le noyau sous-thalamique est stimulé à des hauteurs différentes. La souplesse du patient doit alors revenir, les tremblements et raideurs disparaître. L'ensemble de ces tests, électriques et techniques, conduisent à l'identification de la meilleure position d'électrode. Le patient est rendormi tandis que le chirurgien dispose et tunnelise l'électrode finale vers une pile stimulant en continu<sup>2</sup>. L'ensemble du processus est ensuite réitéré de l'autre côté. Lors des consultations de suivi, le neurologue pourra ensuite jouer sur les fréquences, la durée et les différents points de stimulation des électrodes.

### Une libération pour le patient

« L'opération en elle-même est un moment difficile pour le patient mais le résultat est vécu comme une libération », note Jean-Luc Houeto. D'ailleurs, pour exprimer leurs sentiments, ils emploient souvent la métaphore de la sortie de prison. » En général le handicap est amélioré de 70 %, l'équivalent de ce que peuvent produire les médicaments mais sans les effets secondaires. En outre, grâce à l'efficacité de la sélection, les résultats sont toujours au rendez-vous. « Aucun des opérés ne regrette. » ■



La veille de l'opération, le patient est placé sous un casque avant l'IRM.

### Intervenants au CHU de Poitiers de la chirurgie de Parkinson :

#### Neurologues

Pr Roger Gil,  
Dr Jean-Luc Houeto

#### Chirurgiens

Pr Françoise Lapiere  
Pr Benoît Bataille

#### Radiologue

Pr Pierre Vandermarcq

#### Neurophysiologistes

Pr Joël Paquereau,  
Dr Stéphane Besnard

#### Anesthésie

L'équipe du Dr Bertrand Debaene

Unité de neuropsychologie

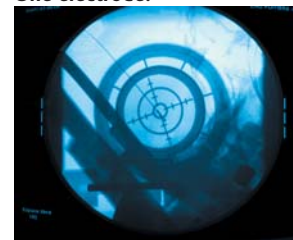
#### Infirmières spécialisées

M<sup>mes</sup> Proust et Perrin.

<sup>1</sup> Le matériel seul coûte plus de 20 000 €, une somme prise en charge par le CHU qui reçoit néanmoins une aide au titre de l'innovation technologique.

<sup>2</sup> Le boîtier est implanté 48 heures après l'opération en région sous-claviculaire.

### Une électrode.



# La SSPI : pour un réveil en toute sécurité et moins douloureux

**Le législateur a souhaité assurer la sûreté médicale des patients soumis à un acte thérapeutique sous anesthésie, en rendant obligatoire le passage dans une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Objectif : répondre aux complications liées aux effets résiduels des médicaments administrés et à l'acte chirurgical. Anciennement éclatée au sein des blocs opératoires, la SSPI centralisée du CHU a ouvert ses portes en 1998.**

A la suite d'un acte thérapeutique ou d'un diagnostic effectué sous anesthésie générale, loco-régionale ou de sédation, le patient est exposé à des risques de complications liées aux effets résiduels des médicaments administrés et aux conséquences de l'acte pratiqué. Pour éviter ces problèmes qui peuvent être d'ordre respiratoire, circulatoire ou neuropsychique, les hôpitaux disposent de lieux dans lesquels les patients sont surveillés jusqu'au transfert dans leur chambre. Longtemps appelées salles de réveil, ces unités ont changé de dénomination pour salles de surveillance post-interventionnelle (SPPI). Au-delà du nom, c'est toute l'organisation générale qui a été revue. « Avant, chaque bloc opératoire avait sa propre zone de réveil, explique le professeur Bertrand Debaene, chef du département d'anesthésie-réanimation chirurgicale. Le législateur a souhaité, dans le cadre d'un décret de 1994 intitulé "Sécurité en anesthésie", préciser l'exercice anesthésique dans la phase préopératoire et peropératoire, ainsi que celle postopératoire en rendant obligatoire le passage de tous les patients anesthésiés dans une structure adaptée. » L'objectif étant de réduire toutes les complications durant

la période du réveil postanesthésique. « Pour répondre aux nouvelles normes légales, le CHU a choisi de centraliser dans un même lieu l'ensemble de ces unités de réveil de façon à mutualiser les moyens, à mettre en œuvre des protocoles homogènes et à assurer une ouverture 24 heures/24 heures. »

## **Exigences de sécurité et objectifs de confort médical**

Si la sécurité des patients reste la première préoccupation, la nature de ces risques a changé. Les tâches de la SSPI se sont donc élargies. « En effet, de par l'évolution des médicaments, le développement de l'anesthésie loco-régionale et des traitements et techniques chirurgicales, le patient sort aujourd'hui de la salle d'opération réveillé et conscient. Il ne s'agit donc plus, pour nous, de gérer leur réveil mais d'apporter une prise en charge des différents symptômes liés au réveil. La SSPI apporte donc une action médicale supplémentaire qui, jusqu'à présent, n'était pas assurée. Trois symptômes font l'objet d'une attention particulière. Le premier et le plus important est la douleur. La SSPI a mis en place tout un protocole de traitement de la douleur postopératoire. Dès la sortie du bloc, le patient est mis sous analgésie et ne quitte la salle de réveil que lorsque la douleur est traitée. En ce qui concerne les deux autres symptômes qui sont les nausées et les hypothermies, les patients ne quittent la SSPI que lorsqu'ils ont été traités. » La nature des patients a également évolué. En effet, l'activité anesthésique s'étant étendue à des spécialités telles que la radiologie ou la gastro-entérologie, la SSPI est amenée à recevoir des personnes qui avant ne passaient pas en salle de réveil. De plus, elle peut être sollicitée pour l'accueil de malades venant des urgences. Autre prérogative, elle assure tous les

## **Plan blanc, plan rouge : la SSPI en première ligne**

Dans le cadre des nouvelles prérogatives attribuées à la salle de surveillance post-interventionnelle, la SSPI assure, lors du déclenchement d'un plan blanc ou d'un plan rouge, l'accueil des blessés et des malades les plus lourds. De par ses moyens techniques et sa configuration, elle permet d'effectuer en même temps la réanimation de 20 personnes et de recueillir les différents avis médicaux ou chirurgicaux.

De ce fait, lorsque la salle de surveillance post-interventionnelle est réquisitionnée, tous les programmes opératoires sont arrêtés au niveau de chaque bloc de façon à laisser libre l'ensemble des postes de la SSPI.

actes d'électrothérapie prescrits par les psychiatres. « *La SSPI est une zone tampon à la charnière et en lien avec plusieurs organisations : les urgences, la maternité, la réanimation, les services d'hospitalisation... L'activité y est donc très dense, le moindre dérèglement dans son fonctionnement peut bloquer l'ensemble des postes chirurgicaux* », ajoute le professeur. Ce qui demande au personnel une attention particulière. « *Aussi, nous mettons en place, chaque année, un plan de formation propre à l'activité en salle de réveil. Pour beaucoup d'infirmières, l'exercice au sein de la SSPI constitue d'ailleurs une période probatoire pour intégrer l'école d'infirmière anesthésiste.* »

### Un passage non systématique

« *Parce que les médicaments et les techniques chirurgicales évoluent, on s'interroge sur la nécessité du passage à la SSPI de tous les patients*, poursuit-il. Nous avons mené une étude avec le service d'ophtalmologie pour évaluer quelles étaient réellement les personnes qui durant leur passage en SSPI bénéficiaient d'actes médicaux. On s'est rendu compte que pour celles venues au détour d'une opération de la cataracte, la majorité repartaient au bout de 45 minutes sans avoir reçu aucun acte infirmier particulier. Ainsi, suite à cette étude, nous avons mis en place un protocole pour que ces patients soignés sans adjonction de médicaments intraveineux ne passent pas par la salle de réveil, sauf bien sûr, sur avis médical contraire. » Ce qui d'un point de vue organisationnel offre pour le CHU plusieurs avantages : désengorgement de la salle de réveil, réduction du nombre de transmissions par brancard et mise en place de l'ambulatorio plus aisée car le patient gagne une heure à une heure et demie sur le temps passé à l'hôpital. A terme, d'autres spécialités pourraient être concernées. « *Une étude a d'ailleurs été menée au niveau national pour évaluer la mortalité en anesthésie. En 20 ans, celle-ci a été divisée par 10. D'une mortalité de 1 pour 10 000, nous sommes passés à 1 pour 100 000. Ce qui, sur une année, sachant que 8 millions de personnes sont anesthésiées, représente un chiffre très*

## Un fonctionnement 24 h/24

La SSPI a été dimensionnée suivant le critère d'un poste par bloc opératoire. Ce sont en tout 20 postes qui accueillent chaque jour des patients venant de tous les services. La surveillance exercée dans cette unité est très semblable à celle effectuée pendant l'anesthésie. Comme au bloc opératoire, les paramètres vitaux du patient (pouls, tension artérielle, saturation de l'hémoglobine en oxygène, fréquence respiratoire) sont surveillés grâce à des appareils de monitoring. Une infirmière prodigue les soins nécessaires pour calmer les douleurs relatives à l'acte chirurgical. Le médecin anesthésiste-réanimateur supervise cette période et donne son accord pour un transfert dans la chambre, si toutes les conditions sont réunies : le patient doit être conscient, il respire correctement, il n'a pas mal, ni froid, il ne vomit pas. En moyenne, les personnes restent en salle de réveil 90 minutes. Pour ceux qui doivent rester plus longtemps, entre 24 heures et 48 heures, suite à des opérations plus lourdes, le CHU n'ayant pas d'unité de surveillance continue, la SSPI remplit également cette fonction. Toutefois la nuit, sur les 20 postes, seuls 6 sont ouverts dont un qui est réservé en cas d'opération.

*faible, qui sera d'ailleurs difficile à réduire encore. Notre activité a été largement sécurisée et cela ouvre de nouvelles opportunités sur le rôle que la SSPI devra jouer dans les années à venir* », conclut le professeur Debaene. ■

**La SSPI ne gère plus le seul réveil après l'opération mais apporte une action médicale supplémentaire.**





En chambre stérile, une mère près de son enfant.

## La cancérologie, aujourd'hui et demain

L'incidence et la prévalence des cancers augmentent en Poitou-Charentes. « Une augmentation équivalente au reste du territoire français, estimée à 4 ou 5 % par an », précise d'ailleurs Louis-Marie Challet, directeur du site de la Milétrie et de la filière cancérologique. Ceci sans que les projections laissent entrevoir un fléchissement. Si cette croissance peut être attribuée au vieillissement de la population, elle est aussi la conséquence de maux évitables comme le tabac, l'alcool et le manque d'équilibre alimentaire. Ces causes comportementales sont responsables d'une mortalité prématurée par cancer 20 % plus élevée en France que dans le reste de l'Europe.

Au CHU, 5 381 patients – dont 1 913 nouveaux patients – ont été pris en charge pour un cancer en 2002. Cette pathologie représente plus de 40 % des séjours ou séances dans l'établissement et « un pa-

tient sur cinq est hospitalisé dans le cadre d'une prise en charge cancérologique », remarque Louis-Marie Challet. Entre 1998 et 2000, l'activité cancérologique y a progressé de 7,73 %, une évolution supérieure à l'activité générale.

Ces données, ajoutées d'une part au plan de mobilisation nationale contre le cancer initié par le président de la République, d'autre part à l'absence en Poitou-Charentes de centre de lutte contre le cancer et surtout à la dispersion des services de cancérologie sur le site du CHU, sont autant de raisons légitimant la réorganisation de la prise en charge du cancer. De fait, la création d'un pôle régional de cancérologie (PRC) a été décidée et a fait l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens (COM) du CHU, signé le 14 janvier 2004.

En effet, l'organisation actuelle de la cancérologie au CHU imposait une analyse

## Le tomographe à émission de positons, ou le TEP

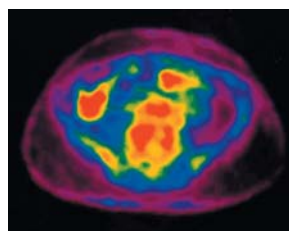
Le parc d'équipements d'imagerie médicale s'est récemment enrichi d'un tomographe à émission de positons (TEP). Proche de l'aspect d'un scanner, l'engin détecte des rayons gamma issus de radioéléments, émetteurs de positons, intégrés dans une molécule comme le fluorodéoxyglucose (FDG). Captée par les cellules tumorales ou inflammatoires, cette molécule, dite « traceur », est injectée dans le sang du patient. En mettant en évidence les cellules malignes sur lesquelles s'est fixé le FDG,

le TEP permet ainsi de dépister les maladies qui se manifestent d'abord métaboliquement. Cette technique vient en complément des autres méthodes d'imagerie purement anatomiques. A Poitiers, afin d'établir un diagnostic encore plus précis, ces images sont superposées à celles d'un scanner. Un groupement d'intérêt économique (GIE) à part égale entre le public et le privé, c'est-à-dire le CHU et la SARL Scintigraphie du centre d'imagerie du Poitou, a été créé pour supporter la dépense de 2,6 M€ que repré-

sentent l'équipement et son environnement. Le personnel provient des deux structures à parité. Le TEP est situé au niveau - 3 du CHU, en prolongement du service de médecine nucléaire, tandis que le GIE bénéficie de l'autorisation d'installation et d'exploitation. Il bénéficie d'une extension de l'agrément DGSNR<sup>1</sup> du service de médecine nucléaire avec qui il partage son laboratoire chaud, lieu où sont préparées les seringues de FDG.

<sup>1</sup> Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection

d'ensemble. Alors que le cancer mobilise des intervenants issus des trois services que sont l'oncologie médicale, l'oncologie hématologique et l'oncologie radiothérapique. Ces derniers sont géographiquement séparés. « *Si la cohérence et la communication existent entre ces trois services, la lisibilité est faible et l'organisation plus difficile* », souligne Louis-Marie Challet. Un patient opéré par exemple en chirurgie viscérale pour un cancer du rectum doit ensuite faire des rayons en radiothérapie au deuxième sous-sol d'un bâtiment, puis une chimiothérapie dans un autre bâtiment. S'il est hospitalisé pour une chute des globules blancs,



Une tomographie d'une coupe de l'abdomen.

il séjournera ensuite au 5<sup>e</sup> étage dans le service d'oncologie hématologique. Ce qui représente au final une perte de temps et d'argent et surtout beaucoup d'inconfort pour le patient. « *Avec le PRC, l'objectif est d'une part d'identifier clairement l'activité de cancérologie et donc de rassembler les services pour une meilleure prise en charge, d'autre part de se mettre en conformité avec le plan cancer.* » Et comme le souligne le professeur Alain Daban, chef du service d'oncologie radiothérapique : « *Non seulement ce regroupement facilitera le travail mais il contribuera à créer une dynamique.* »

### Un nouveau bâtiment

Ce pôle se concrétise d'abord sous la forme d'un nouveau bâtiment de 12 000 m<sup>2</sup> dont l'ouverture est prévue fin 2007. Facilitant les liaisons avec la tour Jean Bernard, la construction s'installera entre l'entrée actuelle des urgences et le bâtiment du Samu-Smur. Exclusivement réservé à la cancérologie, le centre embrassera les activités de soins, les consultations, la pharmacie, la recherche, l'enseignement et la formation. Seule l'unité d'oncologie pédiatrique n'en fera pas partie pour rejoindre le service de pédiatrie (voir encadré).

« *Mais le PRC n'est pas voué à être une simple addition des services existants. Si la structure est nécessaire, c'est son mode de fonctionnement qui importe* », note le professeur Jean-Marc Tourani, chef du service d'oncologie médicale et membre du groupe permanent du PRC. Pour ce dernier, le PRC est une opportunité à saisir pour faire évoluer les méthodes de travail vers les objectifs pointés par le plan

## Oncologie pédiatrique

Aujourd'hui, l'unité d'oncologie hématologique pédiatrique compte 7 lits, précise le docteur Frédéric Millot, médecin référent. Située dans le service d'oncologie hématologique, au 6<sup>e</sup> étage de la tour Jean Bernard, cette unité assure la prise en charge des enfants et des adolescents atteints d'une tumeur ou d'une leucémie. L'unité a accueilli 32 nouveaux cas en 2003, dont 19 tumeurs solides et 13 hémopathies malignes. Mais des consignes ministérielles – bientôt effectives – stipulent que les enfants atteints de cancers sont accueillis dans un environnement pédiatrique. De fait, l'avenant au contrat d'objectifs et de moyens (COM) prévoit que l'unité rejoigne le service de pédiatrie au 9<sup>e</sup> étage. « *Nous allons perdre l'environnement cancérologique* », regrette Frédéric Millot. « *En revanche, les enfants vont gagner un environnement pédiatrique avec des infirmières puéricultrices, des pédiatres... tout en restant en lien avec le futur pôle régional de cancérologie* », avance le chef du département médico-chirurgical de pédiatrie, Guillaume Levard.

Quoi qu'il en soit, ce redéploiement permettra de mettre à plat les besoins de l'unité : c'est-à-dire de la place et du personnel. En effet, « *il s'agit de pouvoir, enfin, respecter les droits fondamentaux des jeunes patients comme l'intimité et la confidentialité en leur attribuant des chambres uniques* », comme le souligne F. Millot. « *Actuellement, les acteurs réfléchissent à l'organisation de l'espace dont l'oncologie pédiatrique va bientôt bénéficier.* » Le renforcement de la présence médicale en 2004 est également prévu.

## Pharmacie

Une circulaire de la Direction générale de la santé de mars 1998 préconise la centralisation de la reconstitution des médicaments anticancéreux pour les centres de référence en cancérologie. De fait, le PRC disposera d'une antenne pharmaceutique dédiée non seulement à la reconstitution des cytotoxiques mais également à la dispensation des médicaments en rétrocession et en essais cliniques. En effet, reconnu pour sa toxicité, l'usage des cytotoxiques impose la plus grande rigueur aussi bien dans leur prescription que dans leur fabrication ou dans leur administration. Une unité de reconstitution garantit la qualité des produits et la sécurité du personnel soignant. La centralisation des reconstitutions permet en outre une diminution des dépenses en médicaments anticancéreux de l'ordre de 10 %. « Il est actuellement réalisé plus de 33 000 reconstitutions par an. L'activité de cancérologie devrait logiquement progresser de 20 à 25 % avec la création du bâtiment. Il est donc tout à fait réaliste de prévoir une activité de plus de 40 000 reconstitutions par an », est-il précisé dans le contrat d'objectifs et de moyens (COM). Un service de rétrocession – c'est-à-dire la vente par des pharmacies hospitalières de médicaments qui ne sont pas disponibles en ville à des patients non hospitalisés – ainsi qu'une unité des essais cliniques viendront compléter cette antenne.



cancer. Il s'agit véritablement de développer une « culture du patient », tant dans les traitements que les soins de support. Et de créer un centre régional de référence pour la recherche et la formation.

### Développer une culture du patient

En plaçant le patient au centre des soins, la future organisation « devra se traduire par des modifications profondes des méthodes de travail et des cultures développées jusqu'alors », prévient-il. Au premier rang des tournants à amorcer : une large ouverture sur les horizons multiples que sont celui des spécialistes d'organes, celui des généralistes et des intervenants extérieurs à l'hôpital, celui des associations et des familles. Ainsi, pour mettre fin au nomadisme du patient

entre les services, ce sont les spécialistes d'organes et les oncologues qui se réuniront autour du malade, au sein du nouveau centre. Médecins et chirurgiens spécialistes d'organes pourront également y disposer du plateau de consultations. « Ces mesures visent à renforcer la pluridisciplinarité dans la mise en place des stratégies thérapeutiques, à favoriser une meilleure prise en charge des problèmes propres à chaque discipline tandis que les patients conserveront leurs médecins ou chirurgiens référents », pointe le professeur Jean-Marc Tourani.

Le centre doit également traduire une ouverture du CHU vers l'extérieur. Cette ouverture s'opère notamment par le biais du réseau de cancérologie créé en 1998 « pour favoriser l'accès à des soins coordonnés, gra-

dués, qui s'appuient sur les données les plus récentes et favorisent l'approche pluridisciplinaire, tout en facilitant les traitements proches du domicile », explique le professeur Alain Daban, également responsable du réseau de cancérologie. Aussi, à l'échelle d'un secteur sanitaire, une unité de concertation pluridisciplinaire d'oncologie (UCPO) réunit régulièrement, physiquement ou par le biais de la visioconférence, les intervenants hospitaliers et non-hospitaliers autour des dossiers médicaux. Ce qui permet à un patient de Loudun ou de Châtellerauld de bénéficier de l'expertise des oncologues du CHU tout en suivant sa chimiothérapie près de chez lui. Un espace au sein du futur centre sera consacré à la visioconférence ainsi qu'à l'UCPO de la Vienne. « Nous souhaitons que le pôle s'ouvre aussi aux soins à domicile », ajoute le professeur Jean-Marc Tourani. L'ouverture de lits d'hospitalisation à domicile (HAD) est en effet évoquée par le contrat d'objectifs. Aujourd'hui, la HAD repose sur le volontariat des infirmières libérales, des prestataires et des médecins. D'autres organisations reposent sur des structures "virtuelles" où les lits sont ceux des patients mais où le cadre et les infirmières sont de l'hôpital. Au PRC, la solution pourrait reposer sur une solution intermédiaire où une équipe médicale ou paramédicale travaillerait en réseau avec les intervenants libéraux. Outre ces profondes modifications de l'organisation des soins, la création du PRC implique l'élargissement du champ d'action de la prise en charge. Directeur des soins, Martine Imbert est chargée de donner corps à cette fameuse "culture du patient". « En parallèle aux mesures médico-techniques, le plan cancer définit les moyens d'une meilleure prise en compte des conséquences physiques, sociales et psychologiques du cancer. » En effet, le cancer nécessite une prise en charge globale qui le différencie des autres pathologies. Aujourd'hui, cette approche n'est pas suffisamment prise en compte. Or,

« mieux le patient se sent dans sa tête et dans son corps, plus le traitement sera efficace ». S'il s'agit en premier lieu de coordonner l'existant pour remédier au fractionnement des interventions des psychologues, kinésithérapeutes, esthéticiennes, diététiciennes, etc., l'objectif est aussi d'apporter de nouvelles idées. Martine Imbert n'en manque pas pour développer un accompagnement plus humain et mieux adapté aux individus. « Nous pourrions développer des séances en groupe d'initiation à des techniques à appliquer soi-même comme la sophrologie ou la relaxation. » Ceci en complément d'un suivi psychologique, individuel, en fonction des besoins. Elle évoque aussi la création de bains pour la balnéothérapie. Une solution mobilisant beaucoup de personnel et imposant des contraintes d'hygiène mais dont « le bénéfice après coup serait immédiat : moins de coups de sonnette, moins d'agressivité... », assure la directrice des soins qui souhaite avant

tout dépasser les habitudes et casser les a priori. En s'affranchissant parfois de certaines contraintes, comme l'équilibre alimentaire par exemple, pour obtenir de l'autre côté un bénéfice majeur. « L'important est de manger avant de manger équilibré. Dans certains cas, nous pouvons donc baisser la garde sur la diététique pour redonner au patient le goût des aliments. » L'environnement social du patient ne doit pas non plus passer à la trappe. « L'annonce du cancer peut engendrer des conséquences sociales catastrophiques » comme la perte du métier ou l'arrêt de l'accès aux assurances. « La présence d'une assistante sociale est indispensable. » Enfin, la bulle de prise en charge doit aussi englober l'entourage : enfants comme conjoints. « Nous devons trouver le moyen de parler et d'expliquer le cancer aux enfants. » Quant au conjoint, « s'il n'est pas malade, il supporte néanmoins tout le reste ». Martine Imbert insiste sur l'importance de l'accès à

l'information (voir encadré page suivante). Cette dernière pourrait être disponible dans un Espace rencontre information (ERI). Le contrat d'objectifs prévoit également de laisser une place au sein du futur centre aux associations d'usagers qui se proposent de soutenir autant les patients que les familles.

Petites et grandes mesures sont ainsi envisagées pour composer un environnement mieux adapté, plus accueillant. Aussi le centre ne proposera-t-il que des chambres individuelles équipées de lits d'appoint pour les accompagnants. « J'aimerais aussi que le hall soit calme et reposant pour l'entourage ou les patients. On pourrait y installer une fontaine... »

### Un pôle d'excellence et de référence pour la recherche et la formation

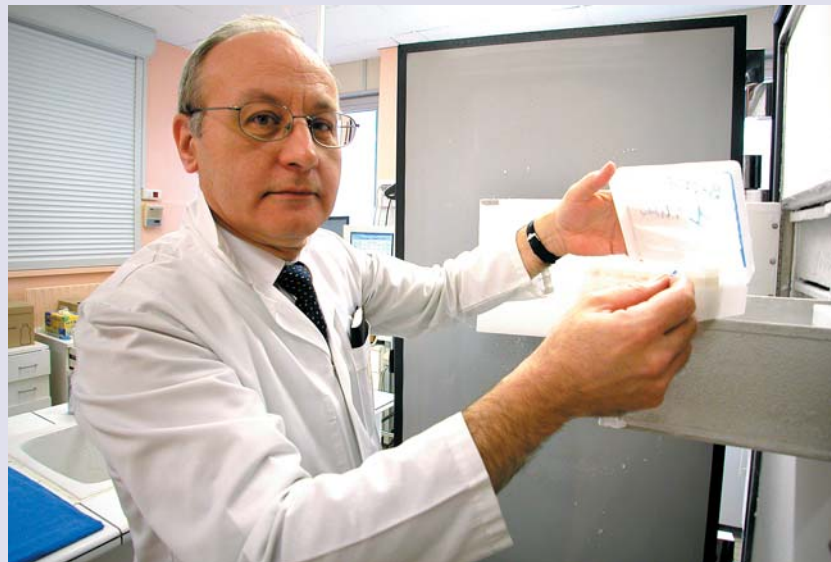
Le CHU étant un acteur important du développement de la recherche dans le domaine de la lutte contre le

## Tumorothèque

L'avenant au contrat d'objectif et de moyen prévoit la création d'une tumorothèque dans le service d'anatomie et cytologie pathologiques, c'est-à-dire une banque de tissus tumoraux conservés par congélation. En effet, nombre d'analyses moléculaires – concernant les protéines, les ARN messagers, l'ADN –, utiles pour affiner les diagnostics et établir des facteurs pronostiques et de réponse aux traitements, se font à partir de cellules et de tissus congelés. « Ces échantillons sont prélevés sous le contrôle des pathologistes qui vérifient leur représentativité et leur pertinence. Ils seront conservés selon des procédures validées », note le chef de service, le professeur Pierre Levillain. En effet, le rôle de l'anatomie pathologique consiste à établir des diagnostics à partir des modifications des tissus et à définir le type de cancer selon sa présentation histo-pathologique à partir de biopsies ou de pièces opératoires. Or, ces examens sont nécessaires à la réalisation d'un bon échantillonnage pour la tumorothèque. Cette dernière se présente sous la forme de congélateurs dans lesquels les tubes sont repérés

« par le numéro de l'examen anatomopathologie auquel correspondent une codification des lésions et l'identité du patient qui reste confidentielle », précise P. Levillain en ajoutant que « un conseil médico-scientifique veille à la conformité des procédures avec les règles de bioéthique ». Ces « archives » ne seront pas créées à partir de zéro puisque le service dispose déjà d'une banque de tissus congelés. Mais,

Le professeur Pierre Levillain coordonne la tumorothèque du CHU.



dans le cadre d'une labellisation, les échantillonnages et les congélations deviendront systématiques. En outre, afin d'assurer la sécurité de la conservation, chaque congélateur à  $-80^{\circ}\text{C}$  sera doublé par un congélateur de secours vide pour y transférer les prélèvements en cas de panne. Tandis qu'une technicienne sera spécialement affectée à la tumorothèque.

## L'information, nerf de la guerre

Radiologue, Philippe Chartier est président du comité départemental de la Vienne de la Ligue contre le cancer. Il s'exprime sur les leviers possibles d'amélioration de la prise en charge du cancer. Du point de vue des usagers. « Outre l'amélioration du suivi psychologique du patient et de son entourage, le deuxième axe de perfectionnement de la cancérologie se situe aujourd'hui sur l'amélioration de la communication et de l'information. En effet, le cancer n'est pas le fait des seuls oncologues, il mobilise de très nombreux acteurs géographiquement dispersés. Le manque de communication entre eux provoque des lacunes de prise en charge et, en favorisant les doublons, joue sur les dépenses de santé. A Laval, au Québec, ils ont mis en place un dossier partagé depuis 18 mois : les dépenses de santé ont diminué de 27 %. De fait, il faudrait accélérer les projets de e-santé. » Grâce aux unités de consultations pluridisciplinaires en oncologie (UCPO), cette communication entre les différents acteurs de la prise en charge du cancer existe et se développe mais seul le dossier unique informatisé s'affirme comme la base d'une information efficacement partagée entre tous les intervenants de l'hôpital mais également entre ces derniers et toutes les équipes extra-hospitalières. Ce projet est actuellement à l'étude.

De plus, l'information gagnerait à être mieux communiquée aux patients eux-mêmes et à leur entourage. « Les patients revendiquent un meilleur accès à l'information. Ce n'est pas pour en faire un livre de chevet, c'est une manière de reprendre le contrôle de ce qui leur échappe », note Martine Imbert. Outre la quantité, la qualité de délivrance des informations prime aussi : « L'annonce de la maladie ne se fait pas n'importe comment. Elle nécessite du temps et plusieurs consultations. Pour expliquer, préciser, suivre les contrecoups. Cela permet également de personnaliser le projet thérapeutique. » En réponse à ces constats, le PRC ménagera du temps et de l'espace dédiés aux consultations d'annonce.

cancer, le PRC est de fait voué à s'inscrire dans une logique de développement. Elle devra se traduire par une augmentation du nombre de projets de recherche clinique mais aussi clinico-biologique et fondamentale, le renforcement des liens avec le centre de recherche clinique chargé de structurer et stimuler les recherches menées au CHU et la participation aux programmes du Cancéropôle Grand Ouest réunissant le potentiel de recherche des régions Bretagne, Centre, Pays-de-la-Loire et Poitou-Charentes. Ces activités disposeront d'un espace spécialement dédié au sein du futur centre. « En

**L'équipe du groupe permanent sur le site du futur PRC (de gauche à droite) : Jacques François, Chantal Brunet, Louis-Marie Challet, Martine Imbert et le professeur Jean-Marc Tourani.**



revanche, précise le professeur J.-M. Tourani qui est aussi délégué régional à la recherche clinique, *les axes prioritaires de recherche ne sont pas encore définis* ». Ils sont en effet encore à construire en cohérence avec ceux définis par le Cancéropôle. Au titre de centre de référence, le PRC sera aussi un lieu d'enseignement et de formation en cancérologie pour les autres disciplines médicales et chirurgicales impliquées dans la prise en charge du cancer. En outre, la formation des généralistes et la rédaction de référentiels sont assurées par le réseau de cancérologie. Des groupes de travail représentant les professionnels concernés par le futur centre ont planché sur un modèle d'organisation combinant leurs besoins aux vœux du plan cancer. « Un exercice difficile, reconnaît Martine Imbert, puisqu'il faut se projeter dans quatre ans tout en se gardant de limiter ses réflexions à un simple ajustement des problèmes d'aujourd'hui. Il faut tout imaginer. » Décrites dans le programme technique détaillé, cahier des charges du PRC validé le 30 avril 2004 par le conseil d'administration du CHU, ces organisations devront être traduites dans le bâtiment par les architectes. Le choix définitif du maître d'œuvre s'effectuera en octobre 2004. L'appel d'offres et le choix des entreprises pour la réalisation aura lieu au deuxième semestre 2005. Le début du chantier est prévu en 2006 avec une ouverture du PRC en 2007.

### Le coût et les moyens

Le PRC représente un investissement total de 46,7 M€ (32,08 M€ pour le bâtiment, 8,62 M€ pour les équipements d'imagerie et de radiothérapie, et 6 M€ pour l'équipement de la structure) dont le financement sera accompagné dans le cadre du plan Hôpital 2007. En outre, le projet permet d'allouer des moyens humains et matériels supplémentaires aux services actuels. Ainsi le pôle disposera-t-il de 64 lits d'hospitalisation conventionnelle, de 26 lits d'hospitalisation de semaine et 30 places d'hospitalisation de jour. « Soit une augmentation de 50 % des capacités d'accueil en hospitalisation traditionnelle et la multiplication par deux en hospitalisation de jour », résume Louis-Marie Challet. En augmentant sen-

siblement la capacité d'accueil en hôpital de jour, le projet vise au développement des prises en charge ambulatoires répondant à une demande des usagers et permis par de nouveaux traitements anticancéreux. « Néanmoins, la conception architecturale du bâtiment devra intégrer, par des surfaces réservées, un développement potentiel de ce secteur », précise le préambule au programme technique détaillé. De plus, le plateau technique disposera d'un scanographe dédié et de quatre accélérateurs. Le personnel non médical sera renforcé de 84 emplois à temps plein et le personnel médical de 5 postes de praticiens hospitaliers. De fait, l'ensemble des moyens humains passera d'environ 200 personnes (médecins compris) à près de 300. ■

## Curiethérapie de prostate

« Aujourd'hui, la curiethérapie de prostate est une des techniques de curiethérapie qui a le plus bénéficié des progrès technologiques en général, informatiques et d'imagerie en particulier », explique Stéphane Guérif, radiothérapeute. L'opération consiste à implanter des sources radioactives sous anesthésie générale – à Poitiers ce sont des grains d'iode 125 – directement dans le tissu prostatique. Des doses élevées peuvent ainsi être délivrées tout en évitant une irradiation excessive de la vessie ou du rectum. L'implantation est réalisée grâce à de simples aiguilles traversant le périnée. La sonde endorectale permet de contrôler la position des aiguilles par rapport à la prostate tandis qu'un logiciel de dosimétrie en 3D calcule la dose de rayonnements et sa répartition en temps réel. Avec 205 patients traités jusqu'à présent, Poitiers est le deuxième centre à la pratiquer après l'Institut Marie Curie à Paris. « Avec Brest, Lyon et Madrid, le CHU de Poitiers est aussi formateur de cette technique d'implantation interactive en 3D », précise le docteur Stéphane Guérif. Le temps d'hospitalisation est de 36 heures et les effets secondaires comme le syndrome irritatif urinaire ou l'impuissance disparaissent au bout de quelques mois. Ardent promoteur de la mesure de la qualité de vie des patients, Stéphane Guérif témoigne de l'efficacité de la technique : « La baisse de 25 points enregistrée sur une échelle de qualité de vie juste à la sortie de l'hôpital et due aux effets secondaires est vite comblée dans les semaines suivantes. »

## Et demain, quels traitements contre le cancer ?

**Professeur Jean-Marc Tourani, chef du service d'oncologie médicale**

« Si les biothérapies se développent, elles restent encore une arme complémentaire. Et la chimiothérapie et l'immunothérapie ont encore de nombreuses années devant elles. Une autre approche de la prise en charge émerge aujourd'hui : celle du traitement chronique des cancers. En outre, cette approche chronique et l'absence de toxicité des biothérapies favorise l'externalisation des malades. L'hôpital de demain gèrera moins d'hospitalisations liées au cancer. Mais il y a encore du chemin à faire. En effet, on guérit plus de cancers parce qu'ils sont dépistés plus tôt mais nous n'arrivons toujours pas à bout des cancers métastatiques. »

**Professeur Alain Daban, chef du service d'oncologie radiothérapique**

« La radiothérapie est la seconde technique la plus utilisée après la chirurgie dans le traitement du cancer. Se déroulant à 95 % en ambulatoire, elle est impliquée dans les deux tiers des traitements qui combinent de plus en plus les différents apports. Le service de radiothérapie du CHU de Poitiers maîtrise toutes les techniques modernes : radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, radiothérapie stéréotaxique (qui pourrait être ouverte à d'autres maladies), irradiations corporelles totales pour les greffes de moelle, la curiethérapie. Nous allons développer toutes ces techniques pour rester dans le peloton de tête. Si le PRC nous apporte un accélérateur de plus ainsi qu'une enveloppe pour moderniser la structure, il va surtout représenter quelque chose d'homogène, à la fonctionnalité bien supérieure, plus vaste et plus accueillant. »

**Professeur François Guilhot-Gaudeffroy, chef du service d'oncologie hématologique et de thérapie cellulaire**

« La nouvelle dénomination du service souligne son implication dans le développement de la thérapie cellulaire dont le champ est susceptible de s'élargir du fait des nouvelles potentialités des cellules souches hématopoïétiques. En effectuant entre 70 et 90 autogreffes et allogreffes par an, nous nous plaçons dans le peloton de tête dans ce domaine. Les greffes allogéniques sont proposées essentiellement aux patients atteints de leucémies aiguës myéloblastiques et lymphoblastiques et de leucémie myéloïde chronique. Pour cette dernière indication, la fréquence de la transplantation allogénique baisse régulièrement depuis trois ans grâce à l'introduction d'un traitement par Imatinib (Glivec) très remarquablement efficace et modifiant radicalement la prise en charge de ces patients en améliorant le pronostic. Les autogreffes sont proposées principalement aux myélomes multiples (40 %), lymphomes malins non Hodgkinien et tumeurs solides. La fréquence de l'autogreffe pour le myélome est liée aux essais thérapeutiques menés par le Groupe français du myélome qui ont démontré l'intérêt des chimiothérapies à haute dose avec injection de cellules souches périphériques. »

Les professeurs Alain Daban – qui indique sur la carte du CHU l'emplacement du futur pôle –, Jean-Marc Tourani et François Guilhot-Gaudeffroy.



# Un relais pour des soins à domicile

**Tous les patients sortant du CHU qui nécessitent des soins à domicile repartent avec une fiche présentant leur état et les soins à prodiguer de retour chez eux. Ils peuvent ainsi bénéficier d'une prise en charge adaptée par les professionnels de santé libéraux. Entretien avec Rose-Marie Saumonneau et Christiane Troubat, cadres supérieurs de santé, qui ont participé à la réalisation et à la mise en œuvre de la fiche de liaison intra et extra-hospitalière.**

*Rose-Marie Saumonneau et Christiane Troubat.*



*CHU Magazine – Dans quel cadre la fiche de liaison intra et extra hospitalière a-t-elle été créée ?*

**Rose-Marie Saumonneau** – Elle a été initiée au début des années 1990 suite à la demande des professionnels de santé extra-hospitaliers. Ceux-ci se trouvaient confrontés, lorsque les malades sortaient du CHU, à une carence d'informations concernant les traitements et les soins à poursuivre à la sortie. Ils nous ont demandé d'établir, avec leur collaboration, une fiche de liaison de façon qu'il y ait un relais dans la prise en charge. Il va de soi que cette fiche n'est pas établie pour tous les patients qui sortent du CHU mais pour ceux qui nécessitent des soins à domicile.

*Quel est son objectif ?*

**Christiane Troubat** – Cette fiche, appelée aujourd'hui macrocible de sortie, fait suite à la mise en place d'une nouvelle méthodologie de l'utilisation du dossier de soins infirmiers. Elle est une photographie de l'état de santé du patient au moment où il quitte l'hôpital. Elle permet, par des éléments fiables et exhaustifs, d'assurer une prise en charge des soins à domicile adaptée et personnalisée. Cette fiche se compose en plusieurs grands items : renseignements médicaux, traitements, actes prescrits, suivi médical, autonomie, aides demandées à la sortie du patient...

*Elle est donc un outil de travail pour les professionnels de santé indépendants.*

**Rose-Marie Saumonneau** – C'est incontestable, si elle est bien remplie, la fiche donne tous les renseignements dont les professionnels de santé libéraux ont besoin pour effectuer leurs soins sans se poser une multitude de questions. Pour nous comme pour eux, elle offre un gain de temps important. Même si en interne, lors de sa mise en œuvre, elle était considérée comme une charge de travail supplémentaire, nous constatons aujourd'hui que du fait de la précision des informations qui y sont inscrites, les professionnels libéraux nous appellent beaucoup moins pour nous demander des compléments d'informations. Autre point très important, lorsque toutes les aides possibles à domicile sont envisagées, les retours des malades au CHU sont moins fréquents. Avant, il n'était pas rare que les professionnels de santé libéraux, confrontés à un patient sans protocole de traitement clair, et soucieux de répondre au désarroi des familles, renvoyaient le malade aux urgences.

*Est-ce que cette fiche va évoluer ?*

**Christiane Troubat** – Nous avons bien recensé les renseignements dont les professionnels libéraux avaient besoin pour effectuer leurs soins dans de bonnes conditions. D'ailleurs, une remise à jour a déjà été faite en 2002. La principale évolution que l'on peut attendre maintenant, c'est dans son utilisation proprement dite. Car des efforts sont encore à faire que ce soit à l'hôpital ou du côté des professionnels libéraux. En effet, malgré des formations qui ont été réalisées auprès de toutes les infirmières et infirmiers pour présenter et expliquer le rôle de cette fiche, il est nécessaire de faire des piqûres de rappel pour s'assurer que tous les services du CHU les remplissent systématiquement. Quant aux professionnels libéraux, certains ont tendance à s'accaparer la fiche, alors que pour un même malade, il n'est pas rare que plusieurs personnes interviennent dans la prise en charge. D'où la nécessité que la fiche reste chez le patient de façon à être consultable par tous, y compris par la famille. ■



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)

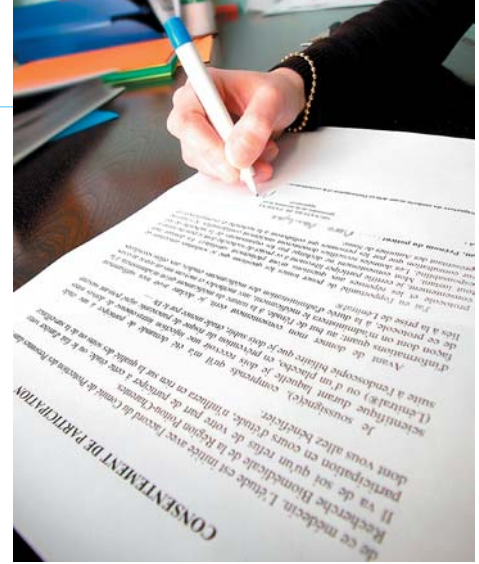
Association  
pour le Crédit  
et l'Épargne  
des Fonctionnaires



# Le consentement éclairé et l'expérimentation

**Aujourd'hui, chaque personne participant à l'expérimentation d'un traitement reçoit toutes les informations qui s'y rapportent pour pouvoir exprimer son consentement. Encadrée par la loi Huriet, la recherche biomédicale s'effectue sous le contrôle du comité consultatif pour la protection des personnes.**

Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, des études étaient réalisées sur les patients hospitalisés : les résultats, de prélèvements sanguins par exemple, étaient exploités dans un cadre expérimental. Cependant, pour faire évoluer les recherches, particulièrement pour établir de façon fiable l'efficacité et la sécurité des médicaments, il est rapidement apparu nécessaire de réaliser des expérimentations chez le sujet sain et ceci, dans de bonnes conditions. Il était donc indispensable non seulement d'informer le sujet mais aussi de le protéger. Aujourd'hui, toute expérimentation portant sur un traitement doit se faire en parfaite connaissance de cause pour la personne. Le sujet volontaire, malade ou sain, doit, avant toute étude, recevoir du médecin une information optimale et donner son accord en signant un consentement éclairé. « Ceci fait suite à la loi sur la bioéthique du 20 décembre 1988, dite loi "Huriet", note le professeur Jean-Claude Meurice, chef du service de pneumologie du CHU de Poitiers. Celle-ci traite de toutes les conditions selon lesquelles doit se dérouler la recherche biologique



médicale. On entend par recherche biomédicale tout essai organisé et pratiqué sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques et médicales. » Elle a conduit, le 28 septembre 1990, à la création de Comités consultatifs pour la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales, plus simplement nommés CCPPRB (le professeur Meurice est le président actuel du CCPPRB de la région Poitou-Charentes). Leur rôle est de s'assurer que la loi est respectée et que les sujets ne courent aucun risque en se prêtant à la recherche.

Le consentement éclairé, acceptation libre et formellement exprimée d'une personne en vue de participer à un essai donné, est donc recueilli avant chaque étude par l'investigateur (le médecin qui prend en charge la recherche). Cette acceptation formelle ne doit être demandée qu'après information de la personne. L'investigateur doit donner à la personne et expliquer un formulaire d'information spécialement rédigé. Ce formulaire doit reprendre tous les éléments du protocole (objectifs, bénéfiques) et doit préciser toute information concernant les risques éventuels, même minimes, et les inconvénients potentiels liés à l'essai. « Il est très important que le formulaire d'information assure à la personne la possibilité d'interrompre sa participation à tout moment, celle-ci doit être tenue au courant de ses droits, mais aussi de ses responsabilités », précise le président du CCPPRB. Le consentement doit être obtenu par écrit, il est signé à la fois par le sujet se prêtant à l'expérimentation (malade ou sain) et par le médecin, au moins en deux exemplaires, dont un est remis au volontaire. ■

## Le CCPPRB

Avant de réaliser une recherche biomédicale sur l'être humain, tout investigateur est tenu de soumettre le protocole de l'essai à l'avis de ce comité. Le CCPPRB regroupe des personnes d'horizons différents (médecins, juristes, religieux, administratifs, spécialistes de la bioéthique ou non). Les membres sont nommés par le représentant de l'Etat dans la région au sein de laquelle le comité a son siège. Le Comité rend son avis dans les cinq semaines après le dépôt du protocole, sur les conditions de validité de la recherche, notamment la protection des participants, leur information et les modalités de recueil de leur consentement, les indemnités éventuellement dues. Il examine aussi la pertinence générale du projet et l'adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre, ainsi que la qualification du ou des investigateurs.

Avant la mise en œuvre du protocole, le promoteur transmet à l'Afssaps une lettre d'intention décrivant les données essentielles de la recherche, accompagnée de l'avis du Comité. A Poitiers, le Comité se réunit une fois par mois pour étudier les dossiers. Le CHU en est de plus en plus souvent le promoteur mais il peut aussi s'agir de laboratoires pharmaceutiques et d'organismes régionaux.

# Mieux répondre aux demandes d'hospitalisation et de consultation

« En aucun cas l'unité digestive aiguë n'a été créée pour remplacer les urgences, ni l'unité de soins intensifs du service, souligne le professeur Michel Morichau-Beauchant. L'objectif de l'UDA est de répondre aux demandes de prise en charge de cas qui ne relèvent pas des urgences mais qui nécessitent toutefois un avis médical ou une intervention dans des délais assez courts. » Ce qui, avant la mise en place de cette unité, unique en son genre, était difficile à assurer. « En effet, les généralistes ou spécialistes libéraux ou hospitaliers confrontés à un patient ayant un problème semi-urgent en hépatogastro-entérologie envoyaient quasi systématiquement la personne aux urgences, faute d'avoir facilement au téléphone l'avis d'un médecin du service. Celle-ci pouvait y rester plusieurs heures pour se voir hospitalisée dans un autre service du fait d'un taux d'occupation des lits de près de 97 %. Et les patients ne présentant pas réellement un caractère d'urgence étaient tout bonnement renvoyés chez eux. Nous perdions beaucoup de temps et le ma-

lade n'avait pas l'impression d'être pris en charge convenablement. Il n'était donc plus possible de fonctionner sur ce schéma. Nous avons alors réfléchi à une organisation qui puisse prendre en compte tous les appels en apportant à chacun une réponse par une consultation ou une hospitalisation programmée. »

Concrètement, l'UDA, qui n'a pas d'unité de lieu propre, s'appuie sur un numéro de téléphone unique (voir encadré) au bout duquel une infirmière, Brigitte Bonnet, sous la responsabilité d'un médecin, le docteur Carine Chagneau-Derrode, s'engage à apporter une réponse à chaque interlocuteur. Le choix de Brigitte Bonnet n'a pas été anodin. En effet, ayant travaillé dans tous les secteurs du service, elle connaît bien son fonctionnement et est capable suivant le problème décrit d'identifier le médecin compétent. « Ma mission consiste à faire un recueil des données concernant le patient : la maladie, les antécédents, le traitement et la demande de soins, explique l'infirmière. Je m'engage à le rappeler dans la journée après avoir ob-

**L'unité digestive aiguë (UDA) a été créée, en septembre dernier, au sein du service d'hépatogastro-entérologie et assistance nutritive pour répondre dans les plus brefs délais aux demandes extérieures des généralistes ou spécialistes confrontés à des problèmes qui ne nécessitent pas une hospitalisation d'urgence. Basée sur une gestion centralisée et coordonnée des rendez-vous, cette unité offre une prise en charge plus efficace des patients.**



De gauche à droite : Candyce Bobin, secrétaire, docteur Carine Chagneau-Derrode, Brigitte Bonnet, infirmière.

tenu l'avis d'un médecin et programmé les dates de chaque examen ou intervention nécessaires. De manière générale, chaque cas peut être traité en moins de dix jours. » Ce délai peut être encore réduit avec la possibilité d'un avis spécialisé sous forme d'une consultation avancée en hôpital de jour.

« Grâce à cette organisation, tout le monde est gagnant, aussi bien les malades que le corps hospitalier, note le professeur Morichau-Beauchant : désengorgement des urgences centrales, réduction du temps



## L'unité en quelques chiffres

Sur les 55 appels reçus le dernier trimestre 2003, 21 % ont débouché sur des consultations, 33 % sur des hospitalisations dans les 24 heures et 34 % sur des hospitalisations à court terme dans les moins de 10 jours.

Sur 120 malades hébergés hors du service d'hépatogastro-entérologie, 1/3 des patients sont sortis directement du service accueillant.

Le numéro de téléphone : 05 49 44 41 76.

En cas d'absence de l'infirmière, prendre contact avec le docteur Carine Chagneau-Derrode au 05 49 44 56 11.

d'hospitalisation, augmentation de l'ambulatoire et prise en charge des patients, qui sont hébergés dans un autre service, sans les intégrer systématiquement en hépato-gastro-entérologie. » Ce qui évite dans ce dernier cas, mais aussi d'une façon générale, une charge de travail supplémentaire pour le personnel. « Autant d'atouts qui pourraient faire de cette unité une organisation de référence adaptable à d'autres services du CHU. » ■

# UN HOPITAL POUR LES ENFANTS



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



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

# Ne pas sous-estimer les effets du cannabis

**Considéré par certains comme une « drogue douce », le cannabis est une plante dont la consommation engendre des effets somatiques et psychiques non négligeables mais également des risques pour autrui, risques que l'on tend à sous-estimer.**

« *Le cannabis n'est pas un produit anodin.* » Son principal produit psycho-actif, le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), pénètre la zone du cerveau appelée voie hédonique et procure une sensation de plaisir liée à une libération plus importante de dopamine. Mais contrairement à ce qu'aimeraient croire certains consommateurs, il ne s'arrête pas là. Il pénètre également toutes les zones cérébrales – le cervelet, l'hippocampe, le cortex frontal, le cortex occipital, la substance noire – à l'exception du bulbe et induit des troubles de la perception et de l'équilibre. L'action du THC bouleverse la transmission de l'information entre les neurones, « *et la modification constante du fonctionnement du cerveau induit chez le consommateur régulier des pathologies difficiles à traiter* ». Pour le docteur Patrick Mura, responsable de l'activité toxicologie au laboratoire de biochimie et de toxicologie du CHU de Poitiers, et qui s'intéresse depuis une quinzaine d'années à cette drogue, les effets de la consommation du cannabis sont sous-estimés. Également président de la Société française de toxicologie analytique (SFTA), il s'emploie à faire évoluer la connaissance sur ce sujet. Les résultats des travaux de la SFTA ont d'ailleurs été utilisés dans les attendus de la loi de février 2003 permettant la recherche de stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans les accidents de

la route.

Mais si la dangerosité du cannabis pour la conduite automobile est à présent reconnue en France, « *une prise de conscience est nécessaire concernant la toxicomanie en milieu professionnel* ».

## Un danger pour l'entourage

Car au même titre que l'alcool procure une ivresse alcoolique, le cannabis procure une ivresse cannabique aux effets dangereux si le consommateur occupe un poste à risques dans une entreprise. Les effets aigus sur le psychisme vont engendrer, entre autres, une diminution de la vigilance, une augmentation du temps de réflexion, une mauvaise estimation des distances, un rétrécissement du champ visuel et un syndrome amotivationnel qui se traduit par un désintérêt complet du consommateur pour tout ce qui se passe autour de lui. De plus, des travaux récents chez l'homme et l'animal ont montré que le THC restait fixé dans la plupart des structures cérébrales pendant de très nombreuses heures, ce qui signifie la persistance de ses effets sur le système nerveux central. Dans ce domaine, la France est en retard par rapport aux USA où il est effectué des contrôles systématiques auprès du personnel occupant des postes à risques. Ce contrôle existe toutefois pour les conducteurs de train de la SNCF et le personnel de bord d'Air France, mais « *il serait bon de l'étendre à d'autres secteurs de l'économie et pourquoi pas à certaines professions du corps médical qui ont la vie d'un patient entre leurs mains* ». Ce problème de toxicomanie en milieu professionnel, « *pour lequel il n'y a aucune législation en France* », est d'autant plus important compte tenu des risques pour autrui. « *On oublie qu'il s'agit d'un produit psycho-actif et hallucinogène.* » La consommation de nouvelles variétés de cannabis en provenance des

**Docteur Patrick Mura,**  
responsable de l'activité  
toxicologie au laboratoire de  
biochimie et de toxicologie.



Pays-Bas, très concentrées en cannabinoïdes, peut en effet engendrer délires et hallucinations.

### Plus cancérigène que le tabac

Ces risques pour autrui s'ajoutent à ceux auxquels s'expose le consommateur régulier de cannabis. Les problèmes pulmonaires font partie des principaux effets somatiques qu'engendre le fait de fumer du cannabis. « *Il y a un risque de cancer indéniable. La présence de substances cancérigènes est plus importante dans la fumée de cannabis que dans celle du tabac.* » Par le pouvoir bronchodilatateur du THC, les substances cancérigènes sont plus facilement en contact avec les alvéoles pulmonaires et la rétention des goudrons dans ces zones s'en trouve accrue. L'atteinte du système immunitaire est un autre effet aigu et chronique chez l'homme avec une diminution de la résistance aux infections du fait d'un affaiblissement de la production d'anticorps, le THC agissant sur les cellules lymphoïdes comme un immunomodulateur.



Les prises des services des douanes et de la gendarmerie sont analysées au CHU.

Les travaux de la Société française de toxicologie analytique sont édités dans des *Annales de toxicologie analytique*, revue trimestrielle.

Patrick Mura est l'auteur du livre *Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile*, paru aux éditions Elsevier dans la collection Option Bio.

Sur le plan psychiatrique, les problèmes sont d'autant plus importants que le consommateur régulier a commencé jeune. « *La grande préoccupation est l'abaissement de l'âge d'initiation qui se situe actuellement autour de 13 ans.* » La consommation régulière engendre chez certains sujets des états psychotiques (psychose cannabique).

La comorbidité de la consommation de cannabis avec la schizophrénie a été également établie. « *Le cannabis révèle et aggrave un état schizophrène sous-jacent. Il ne le crée pas.* » Par ailleurs, le risque suicidaire est augmenté chez les schizophrènes, consommateurs de cannabis.

Face à tous ces dangers, Patrick Mura pense que la prévention en France est mal faite. « *Les médecins généralistes, qui ont un rôle primordial, ne sont pas formés ou informés. Les problèmes de toxicomanie ne sont presque pas abordés pendant leur cursus.* » Pourtant, il s'agit pour ces médecins de sensibiliser leurs jeunes patients sur la toxicité aiguë et non négligeable du cannabis, de par l'effet du THC. ■



## 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

## Activité du CHU en 2003

Les données présentées ci-dessous portent sur l'activité cumulée à fin décembre de l'exercice 2003. Elles sont comparées à l'activité cumulée en 2002 et témoignent d'une activité soutenue de l'établissement.

### *Court séjour*

Globalement, en 2003, le nombre de journées est en hausse de 2,26 % ainsi que les entrées qui enregistrent une augmentation de 2,53 % par rapport à l'année 2002.

Cette situation est à nuancer selon les secteurs du moyen et court séjour (MCO). En effet, le secteur de chirurgie connaît une augmentation sensible de son activité : + 6,25 % d'admissions et + 4,25 % de journées. Dans le même temps, le secteur de médecine voit son nombre de journées réalisées progresser (+1,64 %) pour un nombre d'entrées enregistrées quasiment stable (+ 0,26 %). Concernant la gynécologie obstétrique, on peut noter une hausse à la fois des admissions (+ 7,45 %) et des journées (+ 1,82 %).

La durée moyenne de séjour MCO s'élève à 4,83 jours, soit une quasi-stabilité par rapport à 2002 (4,85 jours). L'activité en journées est rapportée au nombre de lits en service pour déterminer le taux d'occupation. Pour les unités de court séjour, celui-ci s'élève à 94,16 % en 2003 contre 91,69 % en 2002. Le taux d'occupation corrigé du jour de sortie, qui traduit mieux que le taux d'occupation classique la charge de travail des services médicaux, s'élève à 106,75 %.

### *Blocs opératoires*

Concernant les services chirurgicaux, on observe une hausse de l'activité en lettres clés, soit 1 947 548 KC (+ 3,35 %). Les secteurs qui connaissent les plus fortes augmentations sont l'ophtalmologie (+ 25 %), la chirurgie pédiatrique (+ 15,72 %) et la chirurgie plastique (+ 13 %).

### *Urgences*

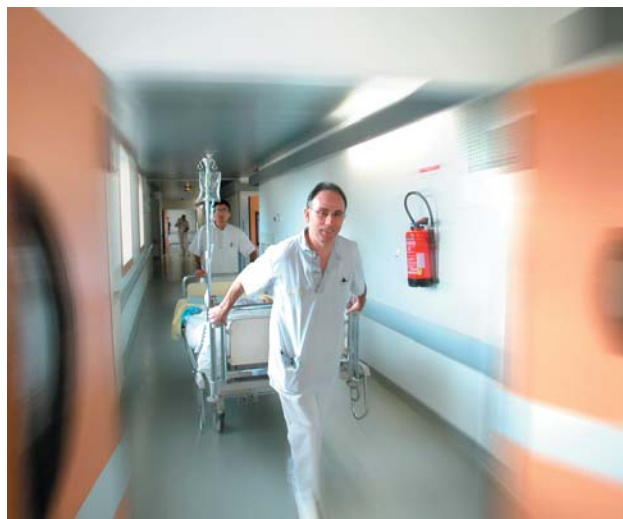
Le nombre de séjours dans les lits d'hospitalisation de très courte durée adultes s'élève à 3 789 en 2003 (3 811 en 2002). Le nombre de journées s'élève à 5 453 contre 5 771 en 2002, traduisant une baisse de 5,51 %.

Il convient également de souligner une légère baisse de la durée moyenne de séjour, qui s'élève à 1,44 jour contre 1,53 en 2002 alors que le taux d'occupation moyen de ces lits-porte se situe à 116,17 %.

Le nombre d'hospitalisations aux urgences pédiatriques diminue puisqu'il a été enregistré 2 530 entrées contre 2 645 en 2002 correspondant à une baisse de 4,35 %.

Le nombre de passages aux urgences se répartit comme suit.

– Urgences adultes : 41 496 correspondant à une moyenne de 113,7 passages par jour (39 943 passages en 2002).



– Urgences pédiatriques : 7 024 correspondant à une moyenne de 19,24 passages par jour (6 922 passages en 2002).

– Urgences cardiologiques : 3 403 correspondant à une moyenne de 9,32 passages par jour (3 291 passages en 2002).

### *Hospitalisation de jour*

L'hospitalisation de jour est en augmentation. Tous secteurs confondus et hors séances de radiothérapie et d'hémodialyse, le nombre d'hospitalisations et séances s'élève à 15 507 contre 15 049 en 2002. La progression d'activité la plus sensible est observée en hôpital de jour d'urologie (+13,44 %) et en oncologie médicale (+ 6,54 %). En hémodialyse, l'activité est très soutenue avec 13 720 séances dans l'année. Les séances de radiothérapie se sont élevées sur la même période à 31 798.

### *Unités de soins de suite et de réadaptation*

Les unités de soins de suite et de réadaptation ont connu une forte activité. Le nombre de journées s'élève à 61 624 pour 183 lits installés. En 2003, le taux d'occupation global s'élève à 96,95 % contre 95,76 % en 2002, traduisant une forte occupation des capacités installées.

### *Unités de soins de longue durée*

Les unités de soins de longue durée connaissent une forte activité. Le nombre de journées est stable à hauteur de 109 697 pour 303 lits. Le taux d'occupation, identique à celui observé en 2002, est particulièrement élevé à 99,19 %. Le Groupe Iso Ressources moyen pondéré, qui traduit le degré de dépendance des résidents, s'élève, fin 2003, à 821.

### *Maison de retraite*

La maison de retraite a enregistré 29 461 journées en 2003 contre 30 264 en 2002. Le Groupe Iso Ressources moyen pondéré s'élève fin 2003 à 573 points (hors résidents de moins de 60 ans).

### ■ Résultats définitifs 2002 de la base de données PMSI inter CHR/CHU

Les résultats définitifs de l'exploitation de la base de données PMSI inter CHR/CHU viennent d'être publiés pour l'année 2002.

Cette base qui regroupe les données comptables et médicales de 30 CHR/CHU permet de positionner chaque établissement dans une « région sanitaire fictive ».

Il ressort de ces résultats que la valeur moyenne du point ISA des CHU s'établit en 2002 à 2,236 €. Dans ce classement, le CHU de Poitiers conserve le rang d'établissement présentant la valeur la plus faible du point ISA : 1,816 €.

Sur le plan de l'activité, le CHU de Poitiers occupe la 22<sup>e</sup> place en terme de volume de points ISA produits en hospitalisation conventionnelle et ambulatoire.



### ■ Les écoles font leur promotion

Les 6 et 7 février avait lieu le Salon des étudiants au parc des expositions de Poitiers. Comme l'année dernière, les écoles paramédicales du CHU disposaient d'un stand. Les enseignants et élèves se sont relayés afin d'assurer une permanence d'information.

Quelques jours plus tard, le mercredi 11 février, une après-midi portes ouvertes s'est tenue à l'Institut régional de formation des professions de santé. Les lycéens, les étudiants et toute personne intéressée par les métiers d'infirmier, d'aide-soignant et de manipulateur d'électroradiologie médicale étaient invités à visiter l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et l'Institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale (IFMEM).

## Mouvements dans l'équipe de direction

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, la composition de l'équipe de direction du Centre hospitalier universitaire a évolué. En effet, Emilie Bérard, directrice adjointe à la Direction des finances et de la contractualisation interne, et Fabrice Prigneau, directeur adjoint à la Direction du personnel, des relations sociales et des conditions de travail, ont quitté l'établissement, la première pour rejoindre les Hospices civils de Lyon, le second pour intégrer le CHU de Tours. Pour succéder à Emilie Bérard, Anne-Marie Horellou a été recrutée le 1<sup>er</sup> avril dernier, dès sa sortie de l'Ecole nationale de santé publique.

## Création de postes en 2003

En terme de création de postes, l'année 2003 a été une année exceptionnelle avec l'ouverture de 88 postes non médicaux. Pour les postes médicaux, 26,5 au total, les créations ont été les suivantes :

- 2 postes de professeur des universités - praticien hospitalier dont 1 en anesthésie réanimation et 1 en neurologie ;
  - 2 postes de maître de conférences des universités - praticien hospitalier dont 1 en neurologie et 1 au pôle de biologie (immunologie et biochimie des protéines) ;
  - 6 postes de praticien hospitalier temps plein dont 1 en anesthésie réanimation (soins palliatifs), 1 au département médico-chirurgical de cardiologie, 1 en dermatologie et dermato allergologie, 1 en neurologie, 1 au pôle médico-chirurgical de l'appareil digestif (hépato-gastro-entérologie et assistance nutritive), 1 au pôle de biologie (microbiologie A) pour la communauté des établissements de la Vienne ;
  - 1/2 poste de praticien hospitalier au département d'information médicale ;
  - 1 poste de praticien des hôpitaux à temps partiel par transformation de 15 vacations hebdomadaires d'attaché en médecine nucléaire et biophysique ;
  - 1 poste de praticien adjoint contractuel en radiologie.
- Au titre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail :
- 11 postes de praticien hospitalier temps plein dont 3 en anesthésie réanimation, 1 en gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, 1 en neurochirurgie, 1 en pédiatrie, 1 en radiologie, 4 aux urgences-SAMU-SMUR ;
  - 2 postes de praticien hospitalier temps plein par transformation de postes à temps partiel dont 1 en médecine interne, maladies infectieuses et tropicales et 1 en réanimation médicale et médecine interne ;
  - 1 poste d'assistant spécialiste à la pharmacie.

#### ■ Nomination

Depuis le 1<sup>er</sup> mai, le professeur Louis-Etienne Gayet est désigné pour assurer les fonctions de chef de service d'orthopédie-traumatologie en remplacement du professeur Pierre Pries.

#### ■ Campagne budgétaire 2004

L'Agence régionale de l'hospitalisation a communiqué les orientations régionales guidant l'allocation de ressources aux établissements de santé pour l'année 2004.

« Au titre des priorités régionales, trois orientations sont retenues : la réduction des inégalités, le respect des engagements contenus dans les contrats d'objectifs et de moyens, la poursuite des différents volets du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et notamment la périnatalité et la prise en charge des patients en état végétatif chronique. Au titre des priorités régionales articulées avec les priorités nationales figurent : le plan « cancer » dans le domaine de la prévention et du dépistage et dans le domaine des soins, ainsi que le plan « urgences », avec le renforcement de certains services d'accueil et d'urgences ou le développement de la filière gériatrique. »



#### ■ Le préfet de Région visite les services d'urgence

Mercredi 3 décembre en soirée, Bernard Prévost (à droite sur la photo), préfet de la Vienne et de la région Poitou-Charentes, a rencontré les responsables et les équipes du Samu Smur Centre 15, des urgences générales et des urgences pédiatriques.

Guidé par Michel Vergès (à gauche sur la photo), directeur général adjoint du CHU, et le docteur Jean Rouffineau (au centre), chef du service des urgences, le préfet a pris connaissance des moyens mis en place pour la prise en charge des urgences dans notre établissement ainsi que des plans du futur bâtiment regroupant les services d'urgences et les laboratoires. Bernard Prévost était également accompagné de Gérard Desborde, directeur de la DRASS, d'André Bouvet, directeur de la DDASS, du docteur Claude Berrard, représentant de l'Union régionale des médecins libéraux (URML), du docteur Lardeur de l'Association pour la permanence des soins dans la Vienne (APPS 86), et du docteur Anne-Marie Cassel, médecin inspecteur DDASS.

## Le professeur Jean-Louis Kraimps président de l'AFCE

Le professeur Jean-Louis Kraimps, du service de chirurgie viscérale, vient d'être élu président de l'Association francophone de chirurgie endocrinienne.

## Bilan de la réduction du délai de mise en stage

Conformément aux dispositions prévues dans le projet d'établissement 2001-2005 du Centre hospitalier universitaire de Poitiers, la réduction du délai de mise en stage est passée de 36 mois en 2002 à 18 mois en 2003. Ainsi, 354 agents ont bénéficié de l'application de cette mesure en 2003, dont 113 infirmier(e)s, 81 aides-soignant(e)s, 64 agents des services hospitaliers, 29 agents d'entretien spécialisés et 29 agents administratifs. Le CHU a consacré 400 000 € en 2003 pour cette réalisation.

## Remise des médailles

Le 10 mars s'est tenue la cérémonie annuelle de remise des médailles du travail. Jacques Santrot, président du conseil d'administration, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, et les membres du conseil d'administration du CHU ont décoré 235 agents.

La répartition des médailles était la suivante :

- 111 médailles d'argent (20 ans de service) ;
- 121 médailles vermeilles (30 ans de service) ;
- 3 médailles d'or (38 ans de service).

Les 3 personnes médaillées d'or étaient :

- Michel Brémand, attaché d'administration, direction des finances ;
- Christian Ducas, attaché d'administration, bureau des entrées ;
- Léon Pezennec, technicien de laboratoire, cadre de santé au laboratoire de microbiologie A.

## Nouveau portail internet : [www.chu-poitiers.fr](http://www.chu-poitiers.fr)

Le nouveau site internet du CHU est en ligne depuis le 6 février dernier. Le visiteur trouvera dès la page d'accueil les informations qui le concernent, grâce aux rubriques « patient », « professionnel », « étudiant », « chercheur ».

Ce portail a été conçu pour permettre des liens avec les nouveaux sites propres à des services de l'établissement (Samu...). Enfin, la navigation à l'aide de menus est simplifiée.

# La Milléterie, la Miléterie, la Milétrie...

**La maison de Mathurin Millet, ce que nous appelons le logis, a donné son nom au CHU. L'histoire de cette maison a laissé peu de traces dans les archives, mais le peu qu'on en connaît est assez amusant car elle a quelques antécédents d'enseignement et de soins...**

La première mention du site concerne une métairie, dénommée la Luderie ou Ludrie, dépendante de l'abbaye Saint-Hilaire de la Celle, et concédée en janvier 1465 à Olivier Le Roux, clerc et docteur en droit.

Sur les terres de cette métairie ou sur un terrain attenant, Mathurin Millet y fait construire, vers 1520, une maison neuve avec une chapelle dédiée à Saint-Mathurin, dans laquelle d'ailleurs il sera enterré aux environs de 1530.

Mathurin Millet était membre de l'université de Poitiers (faculté des Arts), licencié en théologie, et régent du collège du Puygarreau, collège fondé en 1478 par Françoise de Gilliers pour six bourgeois.

Trois cents ans plus tard, le domaine appartient à Louis Bobin qui, selon la Société d'Agriculture de Poitiers, en fait un « *grand établissement d'agriculture perfectionnée* » et, à ce titre, y organisera, en 1831, la première réunion scientifique : des essais de charrues...

Le domaine est ensuite démembré et un des propriétaires est le docteur Robert (1819-1890) qui, dès le début de ses études médicales à Nantes, s'intéresse à la psychiatrie. Il présentera sa thèse de doctorat, en 1847, sur le thème de l'aliénation mentale. Il s'installera à Poitiers et sera professeur à l'École de médecine. Il proposera d'y installer une colonie agricole (un centre de formation pour les Enfants Trouvés) mais, pour des raisons diverses, cela ne se réalisera pas.

Pour la fonction de soins, il faudra attendre 1938, année où le Département, pour y construire un Asile public départemental d'aliénés, acquiert le domaine par expropriation. Pendant la guerre, la ferme (91 hectares) sera remise en activité pour assurer les besoins alimentaires des hospitalisés de Poitiers.

Les bâtiments agricoles attenants au logis ne seront démolis que lors de la construction du pavillon Camille Guérin en 1960.



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](mailto:contact@parcdesaintcyr.com)  
Accès : entre Poitiers et Châtelleraut, par la Nationale 10



Venez porter un nouveau regard  
sur l'automobile



la Nouvelle ASTRA ... Croyez en vos yeux.

### OPEL POITIERS

Route de Saumur - 86440 MIGNÉ-AUXANCES  
Tél. : 05 49 54 21 21

### OPEL CHÂTELLERAULT

ZI du Sanital - 86100 Châtelleraut  
Tél. : 05 49 23 24 24

### OPEL CIVRAY

Garage Bourdin  
Tél. : 05 49 87 00 55

POUR NOUS,  
ÊTRE UNE BANQUE  
DE PROXIMITÉ,  
CELA VEUT ENCORE  
DIRE QUELQUE CHOSE :

POUR EN SAVOIR PLUS, RENCONTRONS-NOUS À :

**POITIERS**

39, place du Maréchal Leclerc  
Tél : 05.49.30.34.00

Ouvert du lundi au vendredi  
de 8 h 45 - 12 h 15 et de 13 h 45 - 17 h 30

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

**Banque Tarneaud**



# 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

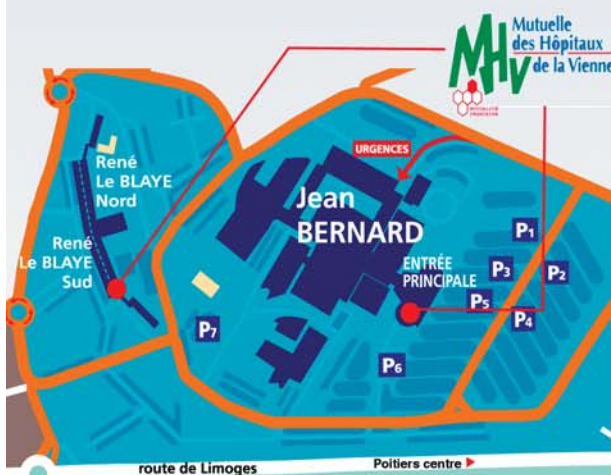
- Assurances habitat
- Assurances véhicules
- Contrats multigaranties (jeunes mutualistes - de 28 ans) ...

### 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**