



Dossier

Pédiatrie : l'hôpital autour de l'enfant

- > A la pointe du mammotome
- > Pourquoi nos artères sont-elles mieux soignées ?
- > A l'écoute des patients

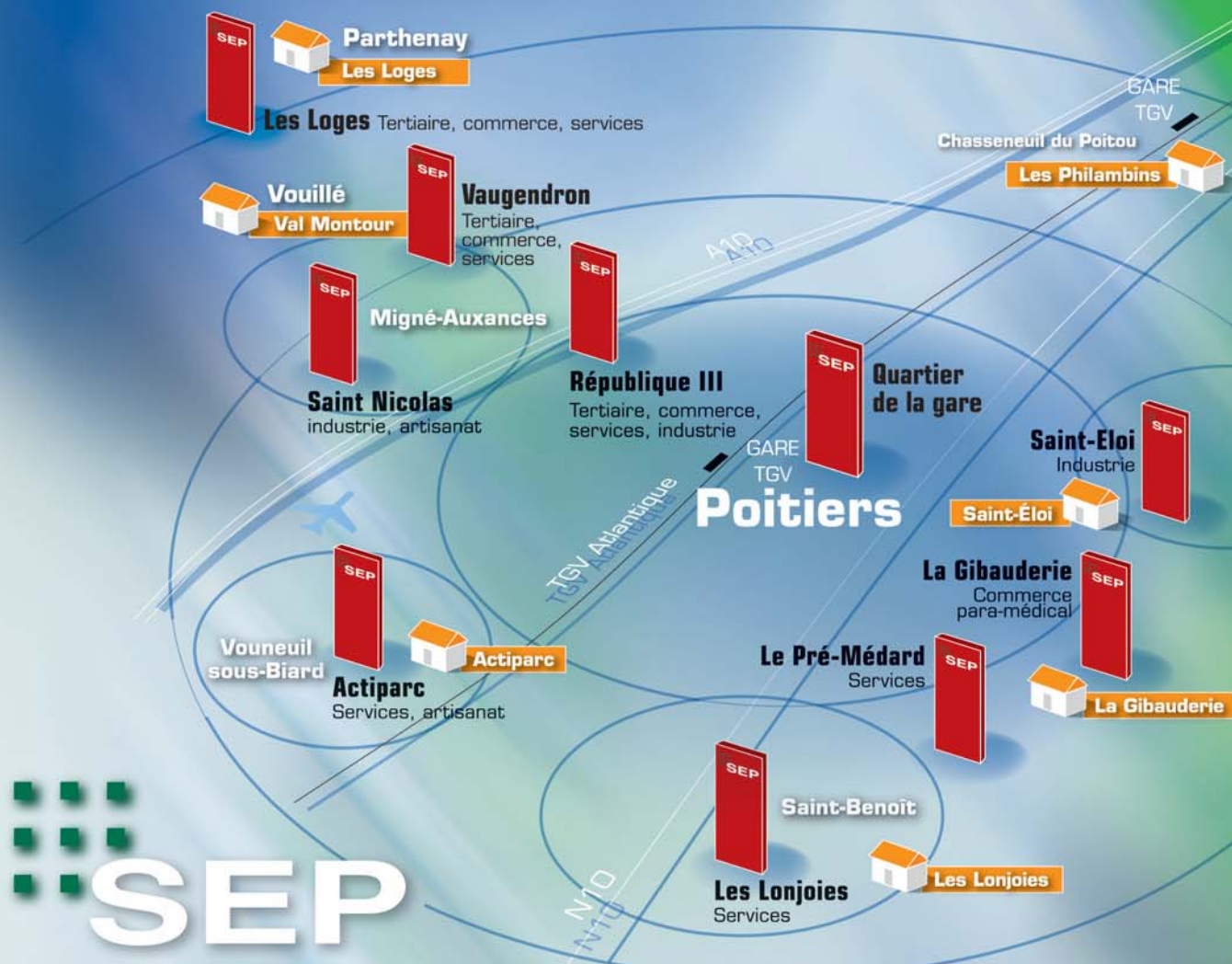
DES TERRAINS POUR LES ENTREPRISES ET LES PARTICULIERS

Pour les particuliers

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

Pour les entreprises

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



SEP

SOCIÉTÉ D'ÉQUIPEMENT DU POITOU

Rue du Chanoine-Duret - Acropole Rivaud
BP 20967 - 86038 POITIERS CEDEX

0 800 801 089

En bref...	4
Recherche modification génétique activement !	8
<i>Entretien avec le professeur Benoît Bataille, du service de neurochirurgie.</i>	
Maladies cardiaques et vasculaires : prévenir plutôt que guérir	10
<i>Le centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires optimise la prise en charge des patients à haut risque.</i>	
Traiter la chute dans sa globalité	12
<i>Quatre services ont réuni leurs compétences pour apporter une solution globale à la chute.</i>	
<i>Dossier</i>	
Pédiatrie : l'hôpital autour de l'enfant	14
<i>Les jeunes patients disposent quasiment de l'offre de soin d'un hôpital entier dans un environnement qui leur est destiné.</i>	
A la pointe du mammothome	20
<i>Acquisition d'un mammothome et déménagement : l'unité de sénologie amorce un tournant.</i>	
Pourquoi nos artères sont-elles mieux soignées ?	22
<i>Des techniques chirurgicales innovantes pour résoudre les problèmes artériels.</i>	
A l'écoute des patients	24
<i>Le CHU met en place un baromètre annuel de la satisfaction des patients.</i>	
(R)évolution dans la gestion des examens biologiques	26
<i>Le CHU a mis en place un nouveau système de gestion des examens de laboratoire.</i>	
En bref...	28
Les enfants assistés des hospices au XIX^e s.	30
<i>L'histoire de ces enfants trouvés, abandonnés ou orphelins pauvres.</i>	

éditorial

Les assises nationales hospitalo-universitaires qui se sont tenues en mars dernier et le livre blanc sur la recherche dans les centres hospitaliers universitaires nous rappellent toute l'importance que revêt l'activité de recherche dans les hôpitaux universitaires.

Les enjeux sont multiples avec, au tout premier rang, bien évidemment, l'intérêt du patient et le traitement plus efficace de la maladie.

La recherche permet aussi le développement de nouveaux métiers, et donc de nouveaux emplois, d'enseignants-chercheurs, par exemple.

Mais l'enjeu est aussi financier et il faut que le travail de nos équipes soit reconnu et valorisé, ce qui devient la condition même de leur développement, de leur existence.

La recherche clinique est donc bien un axe majeur de travail pour notre centre hospitalier universitaire dont les équipes répondent fortement aux appels d'offres des programmes hospitaliers de recherche clinique, nationaux et régionaux, avec l'appui de la délégation à la recherche clinique et du centre de recherche clinique.

La recherche fondamentale constitue un enjeu capital, quelques équipes devant être priorisées pour leur permettre une labellisation nationale. Des choix s'imposent. S'ils demeurent difficiles, ils sont facilités par la coopération exemplaire aujourd'hui entre l'université, sa composante UFR de médecine et de pharmacie, et le CHU. L'existence de quelques équipes regroupées dans leur thématique, dans l'espace et en nombre est la condition nécessaire mais pas toujours suffisante pour participer à des travaux multicentriques et être en capacité de répondre aux appels d'offres qui sont désormais souvent européens. La coopération entre les décideurs précités s'exprime au sein d'un comité de la recherche biomédicale et en santé récemment créé. Ce comité devient désormais le seul interlocuteur des collectivités territoriales et des établissements publics scientifiques et techniques. Seule cette «mobilisation générale» nous permettra de mieux promouvoir et défendre l'innovation et la recherche médicales en Poitou-Charentes.



Jean-Pierre Dewitte,
directeur
général

CHU le magazine - n° 50

Direction déléguée à la communication - Centre hospitalier universitaire de Poitiers - Jean Bernard

2 rue de la Milétrie - BP 577 - 86021 Poitiers Cedex - Tél. 05 49 44 47 47 - Fax 05 49 44 47 48 - Courriel : communication@chu-poitiers.fr

Directeur de la publication Jean-Pierre Dewitte - Rédacteur en chef Stéphane Maret - Assistantes Ariane Becker, Chantal Vergès.

Ont collaboré à la rédaction

Agence de presse AV Communication, Luc-Olivier Dufour, Philippe Quintard, Elsa Raibon, Anh-Gaëlle Truong

Photographies Thierry Aimé - Photographure 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 : comwest@free.fr

Dépôt légal 2^e trimestre 2005 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 12 000 ex.

■ Résultats du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) régional 2004

Au titre de cet appel à projets, sept projets de recherche ont obtenu le soutien des autorités de tutelle :

- «*Etude pharmacocinétique prospective ouverte de la diffusion de l'imipénème dans le muscle par microdialyse chez des volontaires sains et des patients de réanimation sous ventilation mécanique recevant ou non des vasopresseurs*» (Pr Bertrand Debaene) pour un montant total de 60 000 € ;
- «*Polymorphisme génétique chez des sujets diabétiques de type II et néphropathie diabétique*» (Dr Samy Hadjadj) pour un montant total de 73 907 € ;
- «*Relations désordres cognitifs/altérations du contrôle traductionnel au cours de la maladie d'Alzheimer*» (Dr Marc Paccalin) pour un montant total de 22 173 € ;
- «*Synthèse in vitro d'immunoglobuline au cours de la cirrhose : modulation par les TLR*» (Pr Christine Silvain) pour un montant total de 52 000 € ;
- «*Essai prospectif randomisé évaluant l'intérêt d'un repérage échographique lors de la pose de cathéter central jugulaire ou sous-clavière pour diminuer l'incidence des thromboses*» (Dr Jérôme Roumy) pour un montant total de 20 000 € ;
- «*Evaluation du stade de fibrose hépatique par l'étude de la perfusion hépatique en échographie de contraste*» (Pr Michel Morichau-Beauchant) pour un montant total de 60 000 € ;
- «*Comparaison des concentrations sanguines et cérébrales des cannabinoïdes chez l'homme. Etude prospective multicentrique*» (Dr Patrick Mura) pour un montant total de 23 920 €.

■ Résultats du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national 2004

Le projet de recherche du Pr René Robert a été retenu concernant la délégation régionale à la recherche clinique de la région Poitou-Charentes. Il traite des «*Non-admissions en réanimation par manque de place : épidémiologie et conséquences*» pour un montant total de 88 000 €.

Signature d'une convention cadre entre l'université et le centre hospitalier universitaire

Le caractère universitaire du CHU se traduit par une coopération importante avec l'unité de formation et de recherche de médecine et de pharmacie.

Avec l'université, la principale instance de concertation était, jusqu'à ce jour, le comité de coordination hospitalo-universitaire. Avec la nouvelle gouvernance dans les CHU, un conseil de la recherche biomédicale est créé, aux fonctions plus étendues que le comité de coordination hospitalo-universitaire auquel il se substitue. Le 17 décembre dernier, l'université et le centre hospitalier universitaire de Poitiers ont formalisé leur collaboration existante et à venir, par la signature d'une convention cadre. Cette convention a également vocation à compléter le contrat quadriennal conclu entre l'université de Poitiers et l'établissement.

Cette collaboration concerne la formation, la recherche et la coopération internationale.

Inauguration des blocs de gynécologie-obstétrique

Mardi 11 janvier a eu lieu l'inauguration officielle des blocs de gynécologie-obstétrique, en présence de Jacques Santrot, maire de la ville et président du conseil d'administration du CHU, de Michel Vergès, directeur général adjoint, du professeur Guillaume Magnin, chef du service, et de nombreux invités, ainsi que du personnel.

Après 14 mois de travaux, les nouveaux blocs avaient ouvert fin septembre 2004, sur le site de la Milétrie.

Agrandis de 500 à 1 200 m², les locaux sont plus lumineux et accueillants. Ils comportent 3 salles d'opération, 5 salles de naissance, 1 salle de césarienne et une salle de soins de néonatalogie, dont le matériel a été totalement remplacé à hauteur de 900 000 €. Le coût des travaux s'est élevé à 1 864 000 €.



Ghislaine Marcault, sage-femme cadre supérieur du pôle mère-enfant, Jacques Santrot, président du conseil d'administration, Guillaume Magnin, chef du service de gynécologie-obstétrique.

■ Résultats de l'appel à projets 2004 relatif aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses

Le CHU de Poitiers participe à cinq protocoles nationaux, multicentriques en tant que centre associé :

- «*Technique de Brindley dans le traitement des neurovessies centrales du blessé médullaire*», (Pr Gilles Kemoun) pour un montant total de 92 000 € ;
- «*Utilisation de la capsule endoscopique dans la prise en charge des saignements digestifs inexplicables : protocole Endocap*» (Dr Thierry Barrioz) pour un montant total de 48 000 € ;
- «*Radiothérapie fractionnée en condition stéréotaxique des métastases cérébrales*» (Pr Alain Daban) pour un montant total de 100 000 € sur deux ans ;
- «*Utilisation de la curiethérapie pulsée gynécologique (PDR) avec optimisation de la répartition de la dose et dosimétrie tridimensionnelle*» (Dr Sophie Roche-Forestier) pour un montant total de 40 000 € sur 2 ans ;
- «*Echographie de contraste en temps réel dans la prise en charge diagnostic des lésions nodulaires hépatiques*» (Pr Jean-Pierre Tasu) pour un montant total de 20 000 € sur 2 ans.

■ **Principe de réalisation d'une plate-forme protéomique**

Le conseil d'administration a accepté, le 28 janvier dernier, que soit menée une réflexion sur la création d'une plate-forme protéomique sous réserve d'un financement entre l'Etat, l'université, la région et le centre hospitalier universitaire, compte tenu de l'importance de l'investissement (1 million d'euros) et du coût de fonctionnement (environ 150 000 € par an).

Cette plate-forme intéresse également de nombreuses équipes de recherche.

■ **Salle de dosimétrie en service**

La deuxième salle de dosimétrie, aménagée dernièrement au sein du service d'oncologie radiothérapique, est en service depuis mi-décembre.

Plateau de radiologie : ouverture de trois secteurs



Dans le cadre de la restructuration du plateau de radiologie, entamée en mai 2004, deux nouveaux secteurs ont été livrés le 2 février dernier, correspondant respectivement aux secteurs «radiologie conventionnelle avec préparation» et «échographie-doppler».

La zone dédiée à la radiologie conventionnelle avec préparation est en service depuis le 21 février. Les activités de radiologie qui y sont dispensées font suite à l'injection de produits de contraste. Il s'agit entre autres d'urographie intraveineuse (UIV), de cystographie ou encore d'exams digestifs.

La deuxième zone correspond à la réunion des activités d'échographie et de doppler, dans le cadre de la constitution du pôle d'Imagerie. Le doppler se trouvait auparavant en médecine nucléaire et l'échographie au sein de la radiologie. Cette unité de lieu, en fonction depuis le 24 février, facilitera le cheminement des patients dans l'établissement. Enfin, le troisième secteur, le secteur vasculaire, a été livré fin mars. Il est équipé en nouveaux matériels biomédicaux, dont le montant total d'acquisition est de l'ordre de 1,4 million d'euros. Le secteur vasculaire comprend une salle d'examen novatrice, appelée "salle bi-plan capteurs" qui permettra, dans le cadre des activités vasculaires et neurovasculaires, d'obtenir des images 3D de qualité, pour une plus grande précision diagnostique et interventionnelle.

Les travaux de restructuration du plateau d'imagerie se poursuivent. Leur livraison est prévue pour le premier semestre 2006.

■ **Acquisition d'un appareil de coronarographie à visée diagnostique**

Au regard de l'épidémiologie des pathologies coronariennes et pour répondre à l'ensemble des besoins constatés dans la région, le CHU de Poitiers va acquérir en 2005 un scanner de nouvelle génération permettant le dépistage et le diagnostic de ces maladies.

Il s'agit d'un scanner adaptée à la cardiologie permettant un diagnostic rapide et facile, ainsi qu'un contrôle des actes interventionnels (pose de stents) à partir d'une technique non invasive. Les images obtenues, rapidement transmises, seront en trois dimensions.

Cet équipement viendra compléter le plateau d'imagerie de la cardiologie. Les coûts d'acquisition et d'installation de l'appareil sont évalués à 1 000 000 €.

La coopération internationale en 2005

Cette année, les interventions de l'établissement en matière de coopération internationale concerneront principalement les actions suivantes :

- la poursuite du partenariat avec le Vietnam. Le CHU de Poitiers travaille à l'intégration de la coopération existante dans le cadre des partenariats interhospitaliers reconnus par le ministère des Affaires étrangères. La coopération avec l'hôpital populaire 115 d'Hô Chi Minh Ville sera également poursuivie et développée ;
- la poursuite du partenariat avec l'hôpital de Moundou, au Tchad. Dans le cadre de la convention conclue avec l'établissement, les actions concerneront principalement l'envoi de matériel médical et paramédical ainsi que la formation et des échanges de personnel ; un appui en kinésithérapie est par exemple organisé, l'aide à la maintenance et l'aide à l'équipement ;

- le programme Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau (Esther). L'année 2005 doit permettre la préparation et la mise en œuvre d'un accord avec l'hôpital de Moundou ;

- le développement du partenariat avec l'Amérique du Sud, notamment dans le cadre du jumelage avec le centre hospitalier de Río Gallegos et, aussi, dans le cadre des partenariats en formation développés avec la Maison des Pays du Cône Sud ;

- la poursuite du partenariat avec le Liban, notamment en matière de formation paramédicale et médicale, avec l'institut universitaire de la Sainte-Famille de Batroun et l'hôpital Getaoui, et avec l'hôpital Saint-Georges de Beyrouth ;

- la coopération avec l'Institut d'administration des entreprises de Poitiers et l'université de Nanchang (Chine) au titre du master en management sanitaire hospitalier, notamment par l'accueil de stagiaires.

■ Cancéropôle Grand-Ouest

Les cancéropôles associent des hôpitaux de référence et des unités de recherche. Ils ont pour vocation de développer des structures de transfert depuis la recherche jusqu'à l'innovation. Sept cancéropôles ont été créés sur le territoire national. Le CHU de Poitiers fait partie du cancéropôle Grand-Ouest. La politique scientifique du cancéropôle Grand-Ouest comprend quatre axes fédérateurs : un axe pharmacogénomique et pharmacogénétique des cancers dont l'objectif est d'identifier le profil biologique des patients, un axe concernant la thérapie cellulaire pour promouvoir l'immunothérapie des cancers, un axe sur la vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques dont l'objectif est d'améliorer le ciblage tumoral des agents anti-cancéreux, un axe concerne la valorisation des produits de la mer en cancérologie. En complément de ces quatre axes, trois plateformes technologiques renforcent le dispositif le cancéropôle Grand-Ouest : le réseau de tumorothèques du Grand-Ouest, l'imagerie fonctionnelle et la plateforme de transfert vers la clinique. Les 24 et 25 mars derniers ont eu lieu, au Mans, les premières journées du cancéropôle Grand-Ouest. Celui-ci représente 8 % du potentiel de recherche français en cancérologie. Il bénéficiera de la troisième dotation nationale de la part de l'institut national du cancer.

Renouvellement du lithotriporteur mobile

La lithotritie extracorporelle est une méthode de traitement des lithiases des voies urinaires par ondes de choc (fragmentation progressive) en alternative à l'intervention chirurgicale pour les calculs de moins de 20 mm.

Depuis 1998, le CHU de Poitiers a établi un double partenariat : avec le GIE Lithotritie-diffusion-France pour l'acquisition et l'exploitation d'un lithotriporteur mobile ; avec d'autres établissements de santé (le CH d'Angoulême, le CH de Niort, le CH de Saintes, le CH Nord-Deux-Sèvres, le CH de Châtelleraut, et le CHU de Saint-Etienne) qui louent l'équipement au CHU.

Le lithotriporteur acquis en 1998 (de type électro-hydraulique) a été renouvelé en janvier 2005 par une nouvelle technique, de type électromagnétique, permettant de traiter les patients sans anesthésie générale systématique. Le prix d'acquisition de cet appareil s'est élevé pour le CHU (part à hauteur de 46%) à 134 860 €.



Projet de nouveau bâtiment pour la médecine physique et réadaptation

Le conseil d'administration a approuvé, le 22 octobre 2004, le schéma d'organisation 2005-2012 de la filière gériatrique et a décidé de consacrer la totalité du pavillon Maurice Salles à la prise en charge gériatrique à compter du 1^{er} octobre 2007.

En conséquence, les activités de rééducation devront être regroupées sur le site de la Milétrie. L'établissement projette de réaliser un nouveau bâtiment destiné au service de médecine physique et de réadaptation dont les activités seront structurées en 3 unités, complétées par un plateau de consultations externes, un plateau technique spécialisé intégrant une unité de balnéothérapie et un centre régional de médecine du sport.

■ Première journée sur le vieillissement cérébral

Le 15 avril dernier, s'est déroulée la première journée de recherche sur le vieillissement cérébral au pôle biologie santé. Organisée par le groupe de recherche sur le vieillissement cérébral (Grevic) dirigé par le Pr Jacques Hugon, cette journée était l'occasion de concentrer les travaux sur le contrôle de la protéine responsable de la maladie d'Alzheimer.



■ Fermeture de Guillon : suite et fin

Depuis le vendredi 19 novembre, le pavillon Joseph Guillon, sur le site de l'hôpital gériatrique Louis Pasteur, est définitivement fermé pour tout hébergement. La majorité des résidents sont désormais hébergés dans les autres unités de soins de longue durée. Certains ont trouvé une place dans des structures extérieures proches de leur famille. Les médecins, les cadres et les équipes se sont mobilisés pour que ces mouvements se déroulent dans les meilleures conditions. La communauté gériatrique espère que les résidents transférés retrouveront vite des repères dans leur nouvelle résidence et que, de même, les soignants mutés sur d'autres postes auront satisfaction dans leur nouvelle affectation, parfois lointaine de la gériatrie.

■ 12^{es} Journées poitevines d'actualité pédiatrique

270 personnes ont assisté, les 17 et 18 mars derniers, sur le site du Futuroscope, à ces journées pluridisciplinaires organisées par le département médico-chirurgical de pédiatrie. Les thèmes abordés concernaient notamment les questions d'obésité, d'endocrinologie et d'éducation thérapeutique en pédiatrie, ou encore l'handicap de l'enfant.

Recherche modification génétique activement !

Le professeur Benoît Bataille et le docteur Michel Wager sont chirurgiens dans le service de neurochirurgie du CHU de Poitiers. Impliqués dans un programme de recherche débuté en 2001 et visant à améliorer la classification des glioblastomes, ils veulent comprendre l'évolution de ce type de cancer. Entretien avec le professeur Bataille, du service de neurochirurgie.

CHU Magazine – Qu'est ce qu'un glioblastome ?

Pr Benoît Bataille – Les glioblastomes sont des tumeurs cérébrales présentant une incidence faible (80 cas par an dans la région Poitou-Charentes). Certaines tumeurs sont bénignes, d'évolution lente, et un certain nombre peuvent devenir malignes, compromettant alors des fonctions cérébrales.

Pour déterminer le stade d'évolution des tumeurs gliales, les médecins se servent de la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui détermine quatre grandes classes de tumeurs en fonction de leur malignité et surtout du taux de survie. Cette classification se fonde sur des observations d'images et de mesures anatomopathologiques permettant de localiser la tumeur, d'en déterminer la taille ainsi que le niveau d'expression de facteurs représentatifs du stade d'évolution de la tumeur.

Quels sont vos objectifs de recherche ?

Le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national, initié en 2001, a pour principal objectif d'affiner la classification de l'OMS afin de déterminer des sous-groupes de tumeurs, ce qui permettrait de mieux cibler les variantes tumorales auxquelles nous avons affaire. L'efficacité de la chimiothérapie, principal traitement auquel nous avons recours pour soigner les glioblastomes, n'est pas forcément optimale. A ce jour, il n'existe pas de facteurs de risque clai-

rement établis ni de moyen de prévoir l'évolution des tumeurs, il est donc impératif de mieux comprendre le développement de ce type de tumeurs.

Comment procédez-vous ?

Ce PHRC implique une réelle collaboration entre différentes équipes du CHU de Poitiers et des laboratoires extérieurs¹. Nous avons entamé une étude portant sur 300 patients. Nous recherchons de façon systématique d'éventuelles modifications dans l'expression des gènes liés à la prolifération, l'apoptose et à la migration cellulaires, ces facteurs étant connus pour être atteints dans la tumorigénèse dans d'autres cancers. La caractérisation des glioblastomes sur le plan génétique nous permettrait d'envisager des traitements mieux adaptés. C'est aux médecins d'inciter le développement de projets de recherche et ainsi de stimuler les avancées thérapeutiques dans ce domaine. Ce PHRC est un bon exemple de collaboration entre médecins et biologistes. ■

1 - Service de neurochirurgie, laboratoires d'anatomie pathologique, de génétique moléculaire du CHU de Poitiers et collaborateurs au CHU d'Angers.

Le professeur Benoît Bataille



Test génétique pour améliorer la détection de certains cancers...

«Mieux connaître la nature génétique des glioblastomes permettra à l'avenir de développer de nouveaux outils de diagnostics», explique le docteur Michel Wager, chirurgien au CHU de Poitiers, qui réalise en parallèle une thèse sur les facteurs génétiques liés au développement des glioblastomes. Ainsi le CHU de Poitiers va-t-il être un des premiers centres français à proposer prochainement un test génétique pour détecter un gène suppresseur de tumeur, dont la délétion est liée au développement de certains types de cancers. «Ceci est la meilleure preuve que la recherche fondamentale présente des retombées directes pour améliorer diagnostic et traitement des maladies.»



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



Maladies cardiaques et vasculaires

Prévenir plutôt que guérir

Afin d'optimiser la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire, un centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires a ouvert au CHU de Poitiers. Ce centre implique de nombreuses disciplines de l'établissement. Il est également à la disposition des médecins traitants.

Avec plus de 180 000 décès par an, les maladies cardiovasculaires représentent, en France, la première cause de mortalité avant le cancer et les accidents de la route. La sédentarité, les excès dans l'alimentation, le tabagisme... sont autant de mauvaises habitudes de vie qui nous exposent plus encore aux risques des maladies cardiovasculaires.

Afin de corriger ces pratiques et de limiter les accidents cardiovasculaires et leurs incidences, le CHU de Poitiers a ouvert en novembre 2002 un centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires. Créée à l'initiative du professeur Daniel Herpin, cette unité regroupe plusieurs disciplines ayant un rapport direct avec ces maladies ou pouvant être susceptibles de repérer des patients à risque. Outre le département médicochirurgical de cardiologie lui-même, il s'agit des services de chirurgie vasculaire, de diabétologie et d'endocrinologie, de médecine interne, de néphrologie, de neurologie, de pneumologie et de tabacologie, et des laboratoires d'analyse biologique. «*Ce caractère transversal et multidisciplinaire est un véritable atout pour optimiser la prise en charge des patients à haut risque cardiaque*, explique le docteur Philippe Sosner, cardiologue et responsable du centre. *En effet, quel que soit le problème pour lequel un patient est amené à consulter un de ces services, si un risque est avéré, systématiquement, par le biais*

du réseau, il est invité à une consultation au centre de prévention. Si, pour la plupart des cas, ce sont des praticiens du CHU qui ont sollicité des rendez-vous, le bouche-à-oreille aidant, nous sommes de plus en plus contactés directement par les généralistes. D'ailleurs, il est important de souligner que le centre est à la disposition des médecins traitants. Qu'ils n'hésitent pas à nous envoyer leurs patients s'ils ont un doute pour évaluer un risque ou pour définir les mesures à prendre afin d'éviter tous problèmes cardiaques et vasculaires.»

Les patients amenés à se rapprocher de cette unité fonctionnelle peuvent être classés dans deux catégories suivant le niveau et la gravité du risque de contracter une maladie cardiovasculaire : «*Il y a ceux que l'on classe au stade de prévention primaire. Ce sont tous les patients n'ayant pas encore de maladie athéromateuse [dépôt de plaques riches en cholestérol sur les parois internes des artères] cliniquement décelable mais cumulant des facteurs de risque comme le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'insuffisance rénale, les infections VIH sous trithérapie... Puis, il y a les patients au stade de prévention secondaire. C'est-à-dire tous ceux qui présentent une ou plusieurs localisations de la maladie athéromateuse et qui justifient une prise en charge par plusieurs unités de soins.*»

La consultation a donc pour but de faire le bilan de la maladie vasculaire et cardiaque, de réaliser une consultation de synthèse des risques et de mettre en évidence des solutions pour réduire ces risques.

Etablir un profil de risque

Concrètement, les personnes bénéficient d'une consultation de 45 minutes. Dans le cas des patients en prévention pri-

Le périmètre abdominal est un indicateur du risque cardiovasculaire.



maire, l'équipe du docteur Sosner réalise une série d'examens : examens cliniques, ECG, bilan biologique. En complément, elle soumet le patient à un questionnaire sur ses antécédents familiaux et son mode de vie (habitudes alimentaires, sportives, tabagisme...). S'ils s'avèrent nécessaires, des tests complémentaires peuvent être pratiqués : échodopplers, épreuves d'efforts, mesure ambulatoire de pression artérielle sur 24 heures... «L'ensemble de ces données me permettent d'établir un profil de risque cardiovasculaire et de déterminer un ordre de priorité des facteurs à prendre en charge et à surveiller, souligne le docteur Sosner. A partir de l'équation de Framingham⁽¹⁾, je calcule les risques d'accident coronaire ou vasculaire cérébral sur 10 ans. Dès lors, un certain nombre de recommandations sont prescrites comme effectuer un électrocardiogramme tous les ans, un test d'effort tous les deux ans ou encore suivre un régime si le patient est en hypercholestérolémie. Dans ce dernier cas, si les risques persistent, un traitement médicamenteux peut être mis en œuvre.» Une synthèse est systématiquement envoyée au médecin traitant qui est un partenaire à part entière dans le suivi des traitements et des examens recommandés. «En dressant ces profils de risques, nous avons probablement évité un certain nombre d'accidents cardiovasculaires, et des séquelles éventuelles. Mais malheureusement, nous n'avons pas aujourd'hui le recul nécessaire et une vision statistique assez précise pour évaluer la portée réelle de notre action.»

En prévention secondaire, les examens peuvent, suivant la pathologie déclarée du patient, être beaucoup plus précis et conduire à une intervention chirurgicale. «Par exemple, si après un échodoppler, un ECG et un test d'effort, je me rends compte d'un signe de souffrance cardiaque, j'envoie le patient à la coronarographie. A ce stade, il n'est pas rare qu'il soit amené à subir une angioplastie coronaire avec stent ou qu'il soit revascularisé par pontage aorto-coronaire. Dans ces cas, le patient a été opéré mais il n'a pas été jusqu'à l'infarctus. Conserver les fonctions cardiaques des patients reste la principale priorité du

centre de prévention, quels que soient les moyens utilisés.»

Une mission d'éducation

Pour anticiper et limiter la maladie cardiaque et vasculaire, l'unité assure également une mission d'éducation. Les personnes accueillies au centre de prévention reçoivent des informations sur les pathologies et sur leurs facteurs de risques. «Par cette information, ils comprennent la nécessité de changer leurs habitudes et leur hygiène de vie. Toutefois, rééduquer aux bonnes pratiques est un travail à long terme. Cette prise de conscience est dans bien des cas de courte durée. Dans l'absolu, notre rôle de prévention aurait un réel impact si nous pouvions intervenir chez les jeunes dans les écoles, quand les mauvaises habitudes ne sont pas encore trop ancrées et qu'elles n'ont pas marqué l'organisme de leurs effets indésirables», conclut le docteur Sosner. ■

⁽¹⁾ L'équation de Framingham est tirée de l'étude de la population d'une ville américaine, Framingham, qui est observée depuis plus de 40 ans et dont l'ensemble des maladies survenues sont analysées au fur et à mesure. Afin de l'adapter à la population française, dont les risques cardiovasculaires sont globalement inférieurs, des correctifs ont été apportés.

Une activité physique minimum est nécessaire. Une bonne solution : garer son véhicule à 10 minutes à pied de son lieu de travail.



Traiter la chute dans sa globalité

Véritable problème de santé publique, la chute est la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. Quatre services du CHU ont réuni leurs compétences, dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire, pour apporter une solution globale et des mesures préventives aux problèmes et aux conséquences de la chute.



En parallèle à son action au sein du CHU, le professeur Gilles Kemoun a développé avec Pierre Carette, par l'intermédiaire de l'association ISIS, un projet intitulé Padchute (Prévention à domicile des chutes de la personne âgée) dont le concept consiste à mettre en place de façon pérenne une équipe mobile de prévention à domicile afin de réduire toutes les conséquences directes et indirectes liées à la chute chez la personne âgée. Son originalité réside dans le fait de déplacer chez le particulier une technologie, la posturographie, d'ordinaire utilisée en structure hospitalière. Aujourd'hui, l'association a récolté les fonds nécessaires pour l'achat du matériel d'investigation. En attendant de trouver des ressources pérennes pour salarier du personnel qualifié, l'association fonctionnera sur la base du volontariat.

Le professeur Gilles Kemoun, chef du service de médecine physique et de réadaptation.

La chute de la personne âgée est un véritable problème de santé publique par la gravité de ses conséquences sociales et par le niveau de coûts directs et indirects qu'elle engendre pour la société. La situation est d'autant plus préoccupante qu'en 2010 la France comptera plus de 10 millions de personnes âgées de plus de 65 ans. Aussi, depuis plus d'un an, deux services du CHU, le service de médecine physique et de réadaptation et celui de gériatrie, ont entamé une réflexion pour anticiper sur les conséquences liées à cette explosion démographique en apportant aux patients une solution globale et des mesures préventives aux problèmes de la chute. Aujourd'hui, cette réflexion a abouti à la mise en œuvre d'une consultation pluridisciplinaire organisée autour de la personne faisant intervenir quatre services : la gériatrie, le service de médecine physique et de réadaptation, l'ophtalmologie et l'ORL.

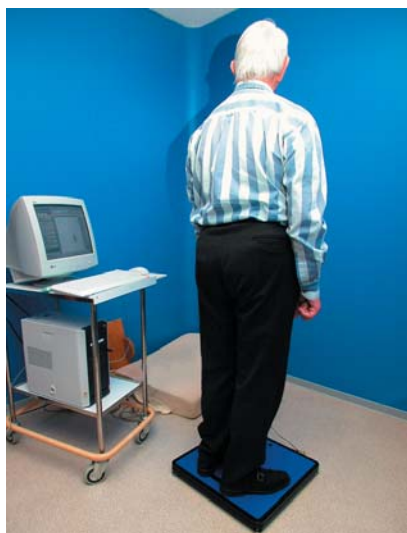
12 000 décès chaque année

«Pour bien comprendre ce qui a motivé notre réflexion et la portée de cette orga-



nisation, il est nécessaire d'avoir une vision statistique des conséquences liées à la chute, explique le professeur Gilles Kemoun, chef du service de médecine physique et de réadaptation. Parmi les personnes de plus de 65 ans, 30 à 50 % font une chute dans l'année. Cette proportion atteint plus de 50 % après 85 ans. Une personne qui chute a 20 fois plus de risque de retomber après une première chute.» Les conséquences sociales sont donc considérables. Dans 40 % des cas, une chute peut compromettre l'autonomie future de la personne âgée. «Une personne âgée qui tombe a sa vie qui change totalement. Elle va avoir peur de se déplacer, de sortir. Petit à petit son périmètre d'activité va se réduire. Sa vie sociale étant diminuée, cela va jouer sur son moral et ses capacités cognitives qui vont au fur et à mesure entraîner une régression psychomotrice.» D'un point de vue économique, le coût financier est énorme, estimé à 1% des dépenses de santé, soit en France pour l'année 2003 à 1,7 milliard d'euros. «Mais le plus grave, ce sont les chiffres en termes de mortalité. Chaque année, ce sont plus de 12 000 personnes qui décèdent suite à une chute.» Autre donnée sur laquelle les équipes se sont appuyées : l'évolution démographique en Poitou-Charentes : «Le Poitou-Charentes est une des régions de France avec l'espérance de vie la plus longue. Elle a connu entre 1960 et 1999 une augmentation de 66 % des personnes âgées de 65 ans et plus. Elle est aussi la région de France qui compte le plus de personnes âgées de plus de 85 ans.»

Partant de ces postulats, les équipes de médecine physique et de réadaptation et de gériatrie prennent en compte les facteurs en cause dans le mécanisme de la chute de façon à assurer une prise en charge adaptée. Deux types de facteurs ont été mis en évidence : les facteurs intrinsèques – effets du vieillissement, pathologies aiguës ou chroniques, etc. – et les facteurs extrinsèques, liés à l'environnement, aux habitudes de vie (voir encadré). «Dans de nombreux cas de chutes, il n'y a pas un facteur déterminant concernant une spécialité médicale proprement dite mais une multitude de pathologies qui doivent être étudiées de façon transversale, poursuit le professeur



L'examen posturographique du patient installé sur une plateforme de force permet de mesurer ses capacités d'équilibre.

Kemoun. La consultation pluridisciplinaire aura donc pour objectif d'étudier l'état pathologique du patient dans sa globalité afin d'apporter des réponses adaptées et de proposer des solutions préventives. Nous avons ainsi distingué quatre spécialités : la gériatrie, la médecine physique et de réadaptation, l'ophtalmologie et l'ORL. Chacune aura un rôle bien défini. La gériatrie va apprécier de façon générale le contexte médical : l'état physique, s'il n'y a pas de maladies particulières, pas de malnutrition, si le traitement est adapté. Elle va également mesurer l'humeur du patient ainsi que ses capacités cognitives. Ce ser-

vice va aussi évaluer l'environnement social, familial et les activités du patient de façon à dépister les sujets dits fragilisés. L'objectif sera ainsi de prendre en charge l'ensemble des effets du vieillissement et les facteurs extrinsèques ainsi que les facteurs surajoutés liés notamment à un traitement inadapté.

«La médecine physique aura une approche plus fonctionnelle des troubles de la marche et de l'équilibre. Nous ferons des examens cliniques pour déterminer les anomalies telles qu'une boiterie, les troubles de la sensibilité ou une déficience musculaire. Ces examens pourront être complétés par un examen posturographique qui est réalisé sur une plateforme de force et qui permet de mesurer par informatique les capacités d'équilibre et d'interpréter les anomalies de l'oreille interne, des pieds ou encore de la vue. D'où l'intérêt de faire intervenir également l'ophtalmologie. Car, la vision est un des éléments fondamentaux sur lequel nous pouvons intervenir qui est malheureusement très souvent sous-estimé et mal traité.» Systématiquement, l'ophtalmologie fera une évaluation des capacités visuelles afin de repérer les maladies particulières comme la cataracte, le glaucome, la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Et enfin, dans

une certaine mesure, l'ORL pourra être sollicité. Ce sera au cas par cas suivant l'examen de posturographie.

Une prise de rendez-vous simultanée

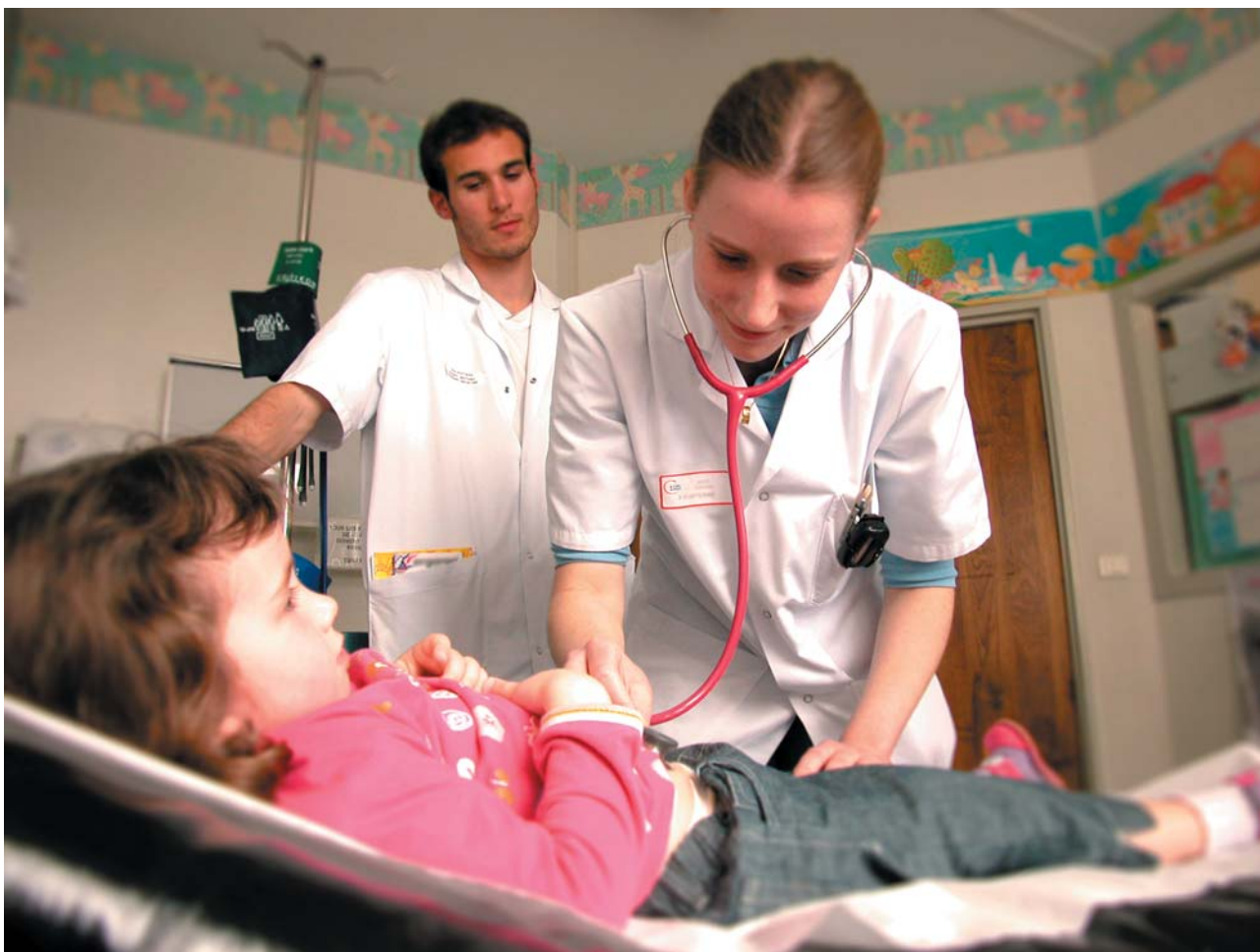
Concrètement, les personnes repérées, que ce soit par les urgences parce qu'elles ont fait une chute ou par le service de gériatrie du fait de symptômes déterminants ou par les trois autres services, subiront des examens dans chaque spécialité. «Il y aura un correspondant par domaine, aussi les rendez-vous se feront de façon simultanée. A partir du moment où une personne prendra un rendez-vous en gériatrie, le processus sera lancé pour les autres spécialités.» Tous les mois, une réunion pluridisciplinaire sera alors organisée pour confronter les avis et décider des propositions d'actions pour chaque patient. «Ce sont des propositions médicales exhaustives qui peuvent porter aussi bien sur des modifications de traitement que sur la recommandation d'une intervention chirurgicale.» Le résultat de cette réunion fera l'objet d'un rapport qui sera envoyé au médecin traitant à qui il incombera de mettre en œuvre cette proposition d'actions. «La consultation pluridisciplinaire va fonctionner à moyen constant, explique le professeur Kemoun. Dans l'absolu, notre souhait serait de mettre en place une équipe qui en aurait la charge. Mais il faut pour cela que nous démontrions le bien-fondé de cette consultation du point de vue médical mais aussi de la rentabilité. Une étude menée aux Etats-Unis à la demande des assurances privées a montré que le coût de santé, pour une personne ayant subi un programme de prévention, avait diminué de 2 000 dollars pour un coût du programme de 950 dollars. La légitimité existe donc a priori, à nous de la confirmer.» ■

Les causes de la chute chez les personnes âgées

La chute chez une personne âgée peut être la conséquence d'une multitude de facteurs liés tant à son état de santé qu'à son environnement et à ses habitudes de vie.

Il y a tout d'abord les facteurs intrinsèques liés aux effets du vieillissement sur les articulations, la vision, l'audition, la sensibilité, l'équilibre ainsi que toutes les maladies qui peuvent être développées avec l'âge. Toujours dans les facteurs intrinsèques, il y a ceux dits précipitants. Ce sont tous les accidents aigus : les problèmes cardiaques, les déséquilibres biologiques et les médicaments. Ces derniers constituent d'ailleurs une part importante des risques de chute de la personne âgée. Ce sont les somnifères, les tranquillisants ou encore les médicaments contre l'hypertension.

Puis, il y a les facteurs extrinsèques qui ne sont pas du ressort de la médecine mais qui jouent un rôle prédominant dans le processus de la chute. Ce sont les chaussures non adaptées qui représentent près de 71,9 % des cas de chute, les efforts déséquilibrants (35,1 %), un mauvais éclairage (28,1 %), un sol instable (21,1 %), les obstacles imprévus comme l'animal de compagnie (10,5 %), la gêne sur la voie publique (5,3 %) ou encore les escaliers (5,3 %).



Pédiatrie : l'hôpital autour de l'enfant

En pédiatrie, tout est adapté à l'enfant : de la prise en charge (médiocoirurgicale) à la formation des soignants, de l'implication des parents à la présence d'institutrices.

Le jeune patient dispose quasiment de l'offre de soin d'un hôpital entier dans un environnement qui lui est destiné.

Géraldine a 10 ans. Elle vient d'être opérée de l'appendicite. Quasiment rétablie, elle va à la ludothèque choisir un jeu. Thomas, lui, est né cette nuit à Saintes. Prématuro, il a été transporté par hélicoptère vers les soins intensifs de néonatalogie. Jeanne, 15 ans, est amenée aux urgen-

ces pédiatriques par le Samu, pour une suspicion de méningite. L'examen clinique est effectivement en faveur d'une méningite bactérienne, mais en raison de troubles de conscience inquiétants, la poursuite de la prise en charge va nécessiter son transfert dans l'unité de réanimation pédiatrique.

Alexis souffre de la mucoviscidose. Avec ses parents, il vient, comme tous les trois mois, voir le docteur Catherine Gambert pour faire le point sur la maladie.

Près de 3 700 enfants ont été hospitalisés en 2004 au département médioco-chirurgical de pédiatrie du CHU de Poitiers. Deux cents soignants et 20 médecins et chirurgiens travaillent autour des 74 lits. Urgences, réanimation, néonatalogie, chirurgie, médecine, consultations, hô-

pital de jour et unité mère-bébé composent un hôpital dans l'hôpital, réparti sur trois niveaux, sur le site de l'hôpital de la Milétrie. Seule l'unité mère-bébé est au pavillon Pierre Janet du centre hospitalier Henri Laborit. Aux espaces de soins s'ajoutent une ludothèque, un espace ados et une salle de classe dans Jean Bernard, ainsi que le lactarium et la biberonnerie.

Autour de l'enfant

«Ici, explique le Pr Guillaume Levard, coordonnateur du pôle mère-enfant, l'enfant est au centre du projet de soin.» Cela se traduit dans l'organisation par une prise en charge médicochirurgicale. Médecins et chirurgiens travaillent de concert tant lors de l'étude des dossiers que dans le suivi des patients. «Ainsi, l'enfant ne subit pas de transport et dispose d'une unité de lieu. C'est aussi plus facile pour le personnel médical et cela permet la mise en commun des moyens médicaux. D'ailleurs, d'autres CHU adoptent peu à peu cette organisation.» La possibilité, depuis maintenant 7 ans,

Plus autonomes qu'on croit

«On a longtemps pensé que les prématurés avaient un calendrier maturatif fixe. Par exemple, qu'ils ne pouvaient pas s'alimenter avant 33 semaines. Mais la recherche a montré que les capacités du nouveau-né sont supérieures à ce qu'on pensait. Aujourd'hui, il s'alimente dès sa naissance ou le lendemain, sans assistance. Plus généralement, nous choisissons désormais la moindre invasivité : moins d'examens radiologiques, de nutriments parentéraux et mise en œuvre une démarche d'épargne transfusionnelle. En conséquence, les places de réanimation sont libérées plus vite et nous refusons moins d'admissions.» Denis Oriot

de rassembler toute une équipe pour opérer un bébé dans son incubateur fournit une parfaite illustration des avantages de cette collaboration. «Quand l'enfant est trop fragile pour être transféré au bloc, c'est le bloc qui se déplace», résume le Pr Denis Oriot, responsable des unités de réanimation et de néonatalogie.

Parce que les enfants ne sont pas des patients comme les autres, leurs soignants sont aussi spécifiques. Médecins et chirurgiens sont pédiatres avant tout. La moitié des infirmières ont suivi un an de formation complémentaire au cursus normal pour devenir puéricultrices et le service ne comprend pas d'aide-



De gauche à droite : Ghislaine Marcault, sage-femme cadre supérieur, le professeur Fabrice Pierre, vice-coordonnateur, Marie-Paule Doucelin, cadre supérieur de santé, le professeur Guillaume Levard, chef du département de pédiatrie, coordonnateur, et Claude Collerlaz-Rennaz, directeur référent.

Pôle mère-enfant

Pour la faire coller au plus près de la réalité, la gestion des budgets est déléguée aux pôles. «La déconcentration de gestion et la tarification à l'activité sont les deux réformes à l'origine de la création des pôles. Il s'agit en somme de regrouper des secteurs pour augmenter l'efficacité et la qualité des soins.» De fait, le département médicochirurgical de pédiatrie et le département de gynécologie, obstétrique et médecine de la reproduction forment le pôle mère-enfant. Le Pr Guillaume Levard coordonne l'ensemble. Encore expérimental, le pôle mère-enfant est l'un des premiers à se mettre en place au CHU. Les conseils de pôles ont été élus début mars et la signature des contrats de pôle avec la direction générale s'est effectuée en mai. A ce jour, les équipes préparent le projet médical et de soins pour élaborer le budget. L'objectif est de «gagner en pertinence».



L'enfant est au centre du projet de soins dans une unité de lieu.

soignant mais exclusivement des auxiliaires de puériculture. Aussi intègrent-ils dans la prise en charge à la fois la spécificité médicale – l'enfant n'est pas un adulte en plus petit, son organisme en développement nécessite une approche particulière – et un savoir-être crucial. *«Quand nous procédons au recrutement, confie Marie-Paule Doucelin, cadre supérieure puéricultrice, nous privilégions le savoir-être aux connaissances techniques. En effet, les qualités humaines comme la chaleur, l'écoute, la disponibilité ne s'apprennent que difficilement.»*

Mais, tout cet entourage ne saurait remplacer le support indispensable apporté par les parents. *«Un enfant sans parents n'est pas heureux. Et au CHU, ces derniers ne sont pas seulement présents, ils font partie du traitement.»* Tout est organisé pour les accueillir. La majori-

L'attention à la douleur est une préoccupation constante.



Enfance maltraitée

Les pédiatres sont aussi confrontés à l'enfance maltraitée. C'est à eux que revient la tâche d'évaluer la situation et d'estimer de quelle instance elle ressort : les instances départementales de protection de l'enfance en cas de risque de maltraitance et le procureur quand la maltraitance est avérée. *«Nous rencontrons des cas toutes les semaines d'enfants négligés, secoués ou battus.»*

Le Dr Michel Berthier pointe également le problème des allégations d'abus sexuels. D'une part, *«sans sous-estimer les cas réels, nous devons gérer 95 % d'allégations qui trouvent leurs racines dans des conflits de couple.»*

D'autre part, quand une procédure judiciaire est initiée, Michel Berthier a le projet de créer une unité médicojudiciaire dans l'hôpital pour répondre aux besoins de l'enquête tout en prenant en compte la souffrance de l'enfant. *«Il s'agit notamment de travailler sur le recueil de la parole de l'enfant et son enregistrement qui exige un savoir-faire spécifique.»*

Mort subite du nourrisson (MSN)

Une étude synthétisant les 10 ans d'activité du centre de référence régionale pour la recherche et la prévention de la mort subite du nourrisson vient d'être finalisée. *«Nous avons un message très fort à faire passer tant sur les diagnostics issus de 118 autopsies de nourrissons que sur la prévention.»*

Le Pr Denis Oriot attire l'attention sur trois faits cruciaux à retenir :

- trois quarts des bébés ne dormaient pas sur le dos ;
- le *cosleeping* est en grande augmentation, il représente 15 % des MSN ;
- enfin, une MSN sur sept est un infanticide.

rité des chambres disposent d'un canapé-lit et une salle est mise à leur disposition pour qu'ils puissent faire la cuisine, regarder la télévision ou discuter avec d'autres parents. Les unités de réanimation et de néonatalogie leur sont ouvertes 24 heures sur 24. En outre, ils sont invités le plus possible à participer aux soins. Denis Oriot appelle ce dialogue constant entre l'enfant, ses parents et le médecin le «triangle pédiatrique».

Outre cette priorité donnée au relationnel, nombre d'aménagements témoignent de la spécificité du patient. Cela se traduit dans la prise en charge de la

Le CHU est le seul établissement de la région Poitou-Charentes à être équipé de secteurs de soins intensifs et de réanimation.





Patricia Braud, infirmière, anime l'école de l'asthme auprès des enfants, ouverte depuis septembre 2004.

Ecole de l'asthme

Depuis l'ouverture de l'école de l'asthme en 2004, 110 enfants sont venus voir Patricia Braud, infirmière et titulaire d'un diplôme d'éducation thérapeutique, pour mieux connaître leur maladie et apprendre à vivre avec. Trois consultations, avec ou sans les parents en fonction de l'âge, permettent d'adapter le traitement à l'enfant, à ses activités, à son environnement et de lui apprendre à gérer les crises. Patricia Braud informe ensuite le médecin traitant des points saillants à surveiller. Six mois plus tard, l'enfant revient pour faire le bilan mais aussi pour échanger son expérience avec d'autres enfants sujets à l'asthme.

douleur par exemple, cheval de bataille de Béatrice Geaugeais, infirmière pédiatricultrice et coprésidente du comité de lutte contre la douleur (Clud). Plusieurs protocoles ont été mis en place dans les unités comme l'utilisation du Meopa, de la crème Emla ou du saccharose. «Un protocole d'évaluation de la douleur chez l'enfant est en projet.» En effet, les enfants de moins de deux ans ne sont pas capables de dire où et dans quelle mesure ils ont mal. De plus, quatre infirmières du service sont titulaires du diplôme universitaire de prise en charge de la douleur.

Béatrice Geaugeais a également réalisé avec une collègue, Catherine Guillot, un CD-Rom, *Taupinette*, pour expliquer l'IRM aux enfants.

Un lieu de vie

«L'hôpital n'est pas seulement un lieu de soin, c'est aussi un lieu de vie», pré-

cise Guillaume Levard. Et le docteur Michel Berthier d'ajouter que la différence entre les hôpitaux ne se fait pas sur la maîtrise technique – «*tout le monde sait faire de bons soins*» – mais bien sur la qualité de l'accueil et de l'environnement offerts aux jeunes patients. De ce côté, rien n'a été laissé au hasard par les équipes soignantes qui ont entièrement conçu le mobilier, de la baignoire évolutive en passant par les lits, sans oublier les tableaux accrochés aux murs. «*Nous avons pensé ces lieux en fonction de notre philosophie de soin. Et nous nous sommes fait plaisir*», se réjouissent les équipes.

Enfin, le passage à l'hôpital ne doit pas être une parenthèse dans le parcours éducatif et de socialisation des jeunes patients. Ils disposent de fait d'une offre de jeux, d'animations, d'espaces qui leur sont réservés grâce à l'association «Un hôpital pour les enfants» (voir encadré

L'hôpital s'anime

Spectacle de cirque, atelier préhistoire, ateliers scientifiques et concert de musique irlandaise. L'agenda des festivités est fourni. «*Les enfants à l'hôpital passent leur temps à attendre, l'association Un hôpital pour les enfants a été créée il y a 10 ans pour les distraire*», explique le président, Michel Berthier. De fait, l'association propose de nombreuses occasions de se changer les idées. Elle invite des artistes et des animateurs à se produire jusqu'au chevet des enfants. «*Nous espérons créer un centre socioculturel dans les murs de l'hôpital avec le support de la CAF.*»



Recomposer le couple mère-enfant

A la fois pédiatrique et psychiatrique, l'unité mère-bébé est au pavillon Pierre Janet du centre hospitalier Henri Laborit. Elle prend en charge les mères présentant des troubles psychologiques graves empêchant l'établissement d'une relation avec leur nouveau-né. Or, «un enfant sans mère n'existe pas», précise le Dr Michel Berthier en citant D. Winnicott. «Les couples mères-bébé qui séjournent ici auraient été séparés à la naissance ou peu après. Avec l'unité, deux tiers des mères ressortent avec leur enfant.» Le pédiatre Michel Berthier suit les enfants tandis que le psychiatre Jean-Jacques Chavagnat traite les mamans. Et toute l'équipe travaille à l'instauration d'une complicité. En plus de l'hôpital de jour, l'unité dispose de quatre lits enfants et de trois lits pour les mères. «Nous avons l'espoir d'obtenir trois places de mères et trois places d'enfants supplémentaires pour pouvoir répondre à une demande qui est très largement supérieure à l'offre.»

page 17). Ils peuvent aussi aller à l'école avec Chantal Le Masne ou Fabienne Sicard détachées de l'Education nationale. L'ensemble forme cette culture

Chantal Le Masne est, avec Fabienne Sicard, institutrice détachée de l'Education nationale.



pédiatrique chère à Marie-Paule Doucelin.

Un référent au cœur des réseaux

La pertinence de la prise en charge des enfants se pense aussi à l'échelle régionale. Le CHU est le seul établissement de niveau III de la région Poitou-Charentes. C'est-à-dire qu'il est le seul à disposer d'unités de réanimation néonatale et pédiatrique et est obligatoirement équipé d'un secteur de soins intensifs en néonatalogie. Avant la création du réseau périnatal Poitou-Charentes en 2002, beaucoup de prématurés ou bébés ayant besoin de réanimation ou de soins intensifs naissaient hors du CHU. «Depuis la création du réseau en 2002, un palier considérable a été franchi. L'orientation des prématurés et

Nouvel horizon pour les urgences pédiatriques

Aujourd'hui, les urgences pédiatriques disposent de 140 m² au 9^e étage de Jean Bernard, sur le site de l'hôpital de la Milétrie, avec deux boxes de consultation et quatre lits portes. Ayant accueilli 6 800 enfants en 2004 – les traumatismes et les plaies sont gérés par les urgences générales –, elles sont à l'étroit.

En janvier 2006, elles bénéficieront de l'espace offert par le nouveau bâtiment d'urgences-biologie médicale actuellement en construction près de la tour. La surface sera multipliée par cinq (700 m²) et l'unité disposera de 10 boxes de consultation transformables en lits portes. En revanche, les 4 000 enfants qui présentaient des traumatismes relèveront désormais des urgences pédiatriques.

Sur les 6 800 enfants arrivant aux urgences pédiatriques, 62% ne requièrent qu'une consultation, 18% restent moins de 24 heures en lits portes. De fait, seuls 20% sont hospitalisés. «Ce qui signifie que près de 80% des cas auraient pu être traités en ambulatoire. Mais les gens consultent de plus en plus à l'hôpital, par consumérisme d'une part, par diminution des gardes en ambulatoire d'autre part», souligne le Dr Joël Cardona.

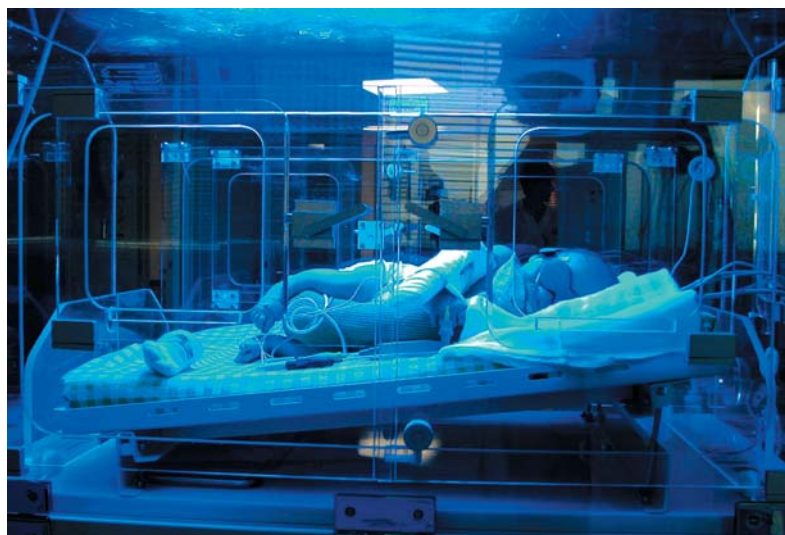
des grossesses à risque est quasi optimale», souligne Denis Oriot. Les chiffres d'activité parlent d'eux-mêmes : la réanimation néonatale a pris en charge 33% en plus de prématurés inférieurs à 33 semaines d'aménorrhée en 2004.

Et puisque désormais les transferts vers le CHU se font en majorité *in utero*, les sorties du SMUR néonatal ont chuté brutalement. Il y a 5 ans, ils allaient chercher en moyenne 350 enfants. Depuis deux ou trois ans, la moyenne des sorties s'est stabilisé à une centaine. «*Nous avons atteint le palier incompressible.*» «*En pédiatrie multidisciplinaire aussi nous devons agir sur l'organisation des soins en créant des réseaux de prise en charge des pathologies chroniques [diabète, obésité, asthme, mucoviscidose]*», note le professeur Régis Hankard.

Ces réseaux de soins centrés sur le patient intègrent les médecins libéraux pour le suivi quotidien, la pédiatrie communautaire et la santé scolaire pour le dépistage et la prévention, les centres hospitaliers pour la mise à disposition du plateau médico-technique, l'expertises et l'éducation thérapeutique.

La prise en charge de la mucoviscidose (une trentaine de patients connus dans la région) est centralisée depuis 2002 par le Centre de ressources et de compétences sur la mucoviscidose du CHU avec Catherine Gambert. L'école de l'asthme (voir encadré page 17) fonctionne en réseau avec les autres écoles de la région. «*Mais, par exemple, poursuit Régis Hankard, pour les enfants atteints de diabète, l'éducation thérapeutique ou la prise en charge de l'obésité mériteraient aussi une action concertée entre les hôpitaux, la PMI, les médecins libéraux, santé scolaire... Le CHU a des moyens à mettre au service des réseaux.*»

Le CHU peut apporter aussi son expérience de la prise en charge de l'enfant aux structures d'urgence de la région. «*La demande de formation est très forte en effet car les enfants font un peu peur aux urgentistes*», note le docteur Joël Cardona. Des modules de formations pratiques sont en projet pour 2006. «*Cela permettrait de constituer un réseau d'urgence et donc de diffuser des protocoles, d'uniformiser les pratiques.*»



Séance de photothérapie en néonatalogie.

Enfin, pour Régis Hankard, «*le CHU affirme son statut de centre de référence régional en menant une activité de recherche visant à proposer de nouveaux traitements ou à mieux comprendre les maladies de l'enfant*». Cette activité concerne le handicap de l'enfant «*effet de la glutamine sur la masse et la fonction musculaire de l'enfant myopathe*» (étude PHRC national), la prématurité «*évaluation du massage sur le développement de l'enfant prématuré*», «*épidémiologie du suivi des grands prématurés*», la pharmaco-génétique mais aussi les maladies infectieuses de l'enfant. Le développement d'une activité pédiatrique au sein du centre de recherche clinique du CHU renforcera cette activité indispensable à un pôle d'excellence en pédiatrie. ■



A la pointe du mammotome

Avec l'acquisition d'un mammotome et un déménagement, l'unité de sénologie amorce un tournant dans sa pratique.

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme dans les pays industrialisés. Statistiquement, une femme sur dix sera concernée. Cependant, le docteur Dominique Barret, radiologue et responsable de l'unité de sénologie, tient à rappeler que *«plutôt que de faire peur, je préfère mettre l'accent sur un dépistage efficace qui permet la prise en charge des cancers au plus tôt et donc de guérir les femmes dans un grand nombre de cas»*.

D'ailleurs, avant la fin de l'année, il est prévu que l'unité s'insère dans le dispositif de dépistage de masse et figure sur la liste des radiologues conventionnés, diffusée par Docvie, la structure de gestion chargée du dépistage organisé des cancers du sein dans la Vienne.

Pour l'instant, c'est surtout au ni-

veau de l'étape stratégie diagnostique que l'unité de sénologie s'inscrit dans la filière de prise en charge du cancer du sein. Son activité se concentre même plus précisément sur le prélèvement de tissu mammaire par voie transcutanée, sous anesthésie locale. Quarante cent soixante biopsies ont été réalisées l'année dernière. *«Les patientes sont orientées vers nous par les confrères radiologues, gynécologues, chirurgiens mais aussi de plus en plus par les médecins libéraux dans un rayon dépassant l'échelle départementale.»*

En effet, les mammographies parfois complétées d'une échographie n'apportent pas toujours de réponse définitive quant à la nature de la lésion : il faut donc prélever un échantillon de tissu mammaire. Seul l'examen microscopique par l'anatomopathologiste de la zone de tissu prélevé permet d'affirmer la nature bénigne ou maligne de l'anomalie. *«Actuellement, c'est cette sénologie interventionnelle que nous pratiquons en majorité, 80% par microbiopsie et 20% par macrobiopsie.»*

Jusqu'en novembre dernier, les

biopsies étaient toutes réalisées par microbiopsies stéréo ou échoguidées. Mais, depuis l'acquisition du mammotome, l'unité pratique des macrobiopsies préconisées notamment en présence de microcalcifications, dont 20 à 30% correspondent à des lésions malignes infracliniques. *«Soit la lésion est bénigne, le mammotome évite un acte chirurgical inutile, soit elle est maligne, la patiente sera alors opérée dans des conditions optimales avec le plus souvent une chirurgie en un seul temps. C'est très bénéfique pour la patiente : diagnostic précoce et chirurgie adaptée à chaque cas !»* Une soixantaine d'examen ont été réalisés avec le mammotome depuis décembre.

Une fois l'échantillon analysé, le dossier de la patiente est discuté en réunion pluridisciplinaire : *«La concertation est indispensable car le diagnostic n'est pas tout, il faut donner la conduite à tenir.»* Si la patiente doit être opérée, le choix du chirurgien lui revient. En revanche, si un traitement oncologique médical ou radiothérapique est nécessaire, la prise en charge se fait au CHU.

Au chapitre des nouveautés, la sénologie a quitté le giron du service central de radiologie, dans la tour Jean Bernard, pour s'installer au rez-de-chaussée du pavillon Beauchant, sur le site de l'hôpital de la Milétrie.

«En créant une unité à part, nous voulions éviter que nos patientes, qui a priori ne sont pas malades, côtoient des secteurs d'hospitalisation. Pour parfaire le tableau, il ne reste plus qu'à optimiser un accès direct par l'extérieur et un accueil propre à l'unité.» ■

Le mammotome a permis de réaliser 460 biopsies l'an dernier.



Banque Tarneaud

www.tarneaud.fr


**Vous avez des
projets immobiliers,
nous avons
la solution adaptée :**

- ✓ à des conditions privilégiées,
- ✓ sans frais de dossier.

Parlons-en à :

POITIERS

39, place du Mal Leclerc

Tél. : 05.49.30.34.00



INEO ATLANTIQUE

une équipe de professionnels à votre service

- ✓ Electricité courants forts / courants faibles
- ✓ Automatismes
- ✓ Revamping et maintenance multi technique
- ✓ Supervision
- ✓ Groupes électrogènes
- ✓ Détection Automatique d' Incendie
- ✓ Anti-intrusion, contrôle d'accès

Dépannage, Entretien, Maintenance 24h/24

INEO ATLANTIQUE





17, rue Claude Berthollet
Z.I. République III F - 86000 POITIERS
Tél : 05 49 52 33 33 - Fax : 05 49 55 45 12
www.ineo.com



La Passion d' Entreprendre



MUTUALITÉ FRANÇAISE VIENNE

UNION DÉPARTEMENTALE DES MUTUELLES

Une Force à votre Service

60/68, rue Carnot - 86005 POITIERS

Tél. : 05 49 50 02 75

VIENNE

Actuellement 170 000 personnes protégées font confiance à la Mutualité Française Vienne, mais LA MUTUALITÉ FAIT PLUS ! Elle offre les services suivants :

Quatre Magasins "Les Opticiens Mutualistes"

Centre Commercial Géant à Poitiers - 05 49 00 44 93
24, rue des Grandes Écoles à Poitiers - 05 49 88 73 18
9, rue de l'Arceau à Châtelleraut - 05 49 21 91 55
2, rue de la Mairie à Loudun - 05 49 98 02 41

Une Résidence Médicalisée pour Personnes Agées "Lumières d'Automne"

310, av. de la Liberté à Buxerolles - 05 49 46 63 51
Maison de retraite pouvant accueillir des personnes autonomes, semi-autonomes et dépendantes

Cinq Centres "Audition Mutualiste"

24, rue des Grandes Écoles à Poitiers - 05 49 55 90 50
32, place de Provence à Poitiers - 05 49 55 01 70
53, rue des Limousins à Châtelleraut - 05 49 20 43 78
2, rue de la Mairie à Loudun - 05 49 22 31 90
12, rue Nouvelle à Montmorillon - 05 49 83 00 41

Deux Magasins de Distribution de Matériel Médical avec Harmonie Médical Service

112, av. Jacques Coeur à Poitiers - 05 49 45 14 19
12/18, av. J. Jaurès à Châtelleraut - 05 49 20 04 04

Quatre Services de Soutien à Domicile, 60/68 rue Carnot à Poitiers

✓ Service d'Emplois Familiaux - 05 49 50 02 90

Aides ménagères, gardes malades, dames de compagnie, soutien scolaire et garde d'enfants

✓ Service de Soins à Domicile pour Personnes Agées - 05 49 47 79 00

Permet de dispenser à domicile, sur prescription médicale, soins infirmiers et d'hygiène personnelle aux personnes de 60 ans et plus (pris en charge par l'Assurance Maladie)

✓ Service d'Auxiliaires de vie pour personnes en situation de handicap 05 49 47 79 00

Prise en charge 24h / 24h, d'enfants et d'adultes en situation de handicap très lourd afin d'éviter leur placement en institution

✓ Service de Télévigilance - 05 49 00 44 69

Service d'écoute et d'intervention d'urgence, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

Un Centre Local d'Information et de Coordination (C.L.I.C.), Hall d'entrée du CHU de Poitiers 05 49 00 44 69

Plate forme d'accueil et de prise en charge visant à améliorer la vie quotidienne des Personnes Agées



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

ZAE de St Eloi - Rue du haut bois - 86000 POITIERS



Tél. 05.49.44.91.27

Fax. 05.49.47.02.23

E-mail : cpm.dubois@wanadoo.fr

FORCLUM P O I T O U

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

 05.49.45.17.27  05.49.56.14.72

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

Pourquoi nos artères sont-elles mieux soignées ?

Le service de chirurgie vasculaire du CHU est l'un des seuls services français à proposer conjointement deux techniques chirurgicales innovantes permettant de résoudre les problèmes artériels. Au programme, meilleur confort pour le malade et une amélioration de la précision d'action pour les chirurgiens.

La chirurgie vasculaire s'intéresse aux vaisseaux sanguins et plus particulièrement aux problèmes concernant les artères.

Qu'il s'agisse de dilatations de l'artère (anévrismes) ou de rétrécissements de ces vaisseaux (sténoses), le risque est grave et peut être fatal si le patient n'est pas soigné. «*Un anévrisme entraîne la rupture de l'artère et le déclenchement d'une hémorragie alors que la sténose bloque la circulation artérielle et peut aboutir au développement d'une gangrène de la partie du corps qui n'est plus irriguée*», explique le docteur Cau, l'un des trois chirurgiens du service de chirurgie vasculaire¹.

Les chirurgiens réparent habituellement les artères endommagées sous anesthé-

sie générale. Mais cette intervention demeure invasive car nécessitant une grande ouverture pour accéder à la zone atteinte.

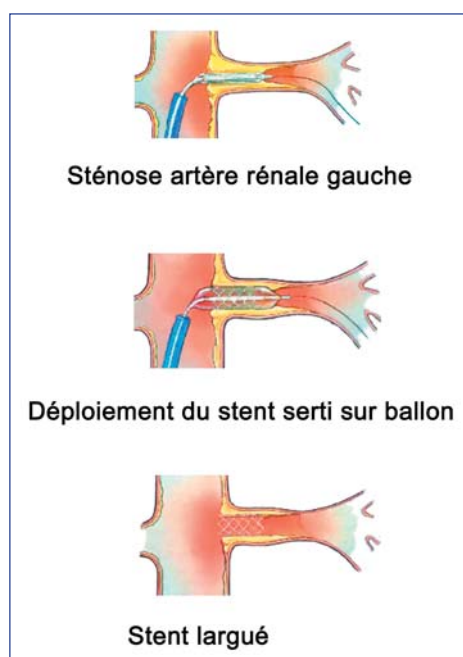
Essor de la chirurgie endovasculaire

Depuis quinze ans déjà, les techniques chirurgicales utilisées se sont modernisées avec notamment l'essor de la chirurgie dite endovasculaire. «*La chirurgie endovasculaire permet un accès direct à l'artère à soigner*, précise le professeur Jean-Baptiste Ricco, chef de service de chirurgie vasculaire, *par simple ponction au niveau de l'aîne. Cette technique est utilisée lorsque l'artère est rétrécie mais pas complètement bouchée.*»

«*Un cathéter minuscule [d'un diamètre de 2 mm] est inséré à l'intérieur de l'artère, jusqu'au niveau où celle-ci est endommagée. Ce cathéter sert de "rail" sur lequel seront acheminés les outils permettant d'abord l'élargissement de l'artère puis la mise en place d'une prothèse munie d'un ressort circulaire qui maintient l'artère ouverte, permettant ainsi une circulation artérielle fonctionnelle.*»

Le service de chirurgie vasculaire est opérationnel dans ce domaine, mais la particularité de ses chirurgiens repose sur une envie de toujours innover. Ainsi, forts de leur expérience en chirurgie endovasculaire conventionnelle, ils ont amélioré cette technique afin de l'appliquer aux anévrismes artériels. Après avoir étudié la validité de leur technique dans un programme de recherche,

¹ Les docteurs Jérôme Cau et Christophe Marchand, ainsi que le professeur Jean-Baptiste Ricco, chef de service, sont les trois chirurgiens du service de chirurgie vasculaire du CHU de Poitiers.



Chirurgie endovasculaire d'une sténose de l'artère rénale

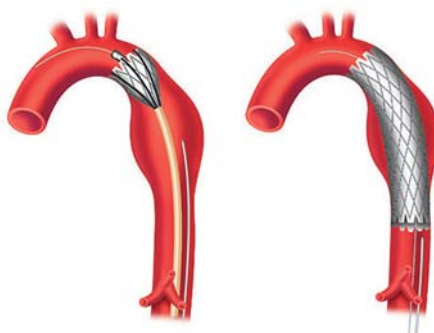
ils ont inauguré, dès 1999, la pose d'endoprothèses aortiques pour traiter les anévrismes. Une fois installée, l'endoprothèse artérielle empêche l'artère de rompre en canalisant le flux sanguin uniquement dans la prothèse.

«Bien que révolutionnant le traitement des anévrismes artériels, la pratique de la pose d'endoprothèse nécessite d'être développée, prévient le professeur Ricco. La durabilité des endoprothèses demeure inconnue au-delà de cinq ans, ce qui implique que, pour l'instant, cette technique est réservée aux patients à risque.»

Envie d'innover encore et toujours...

Parallèlement à cela, l'équipe de chirurgie vasculaire a décidé de développer une autre technique : la chirurgie aortique par voie cœlioscopique. Derrière ce nom, un principe simple, celui d'une chirurgie novatrice, limitant au maximum les incisions sur le patient...

«Il s'agit en fait de réaliser plusieurs petites incisions, permettant l'insertion d'une caméra et des instruments nécessaires pour l'intervention, précise le docteur Cau, expert de la chirurgie par voie cœlioscopique de l'équipe. Le gonflement momentané de l'abdomen permet de réaliser la chirurgie grâce aux images transmises par la caméra interne. Cette technique n'est pas plus complexe à réaliser que la chirurgie endovasculaire conventionnelle. Par contre, c'est un gain énorme pour le confort du ma-



L'endoprothèse, insérée par chirurgie endovasculaire, évite la rupture de l'anévrisme

lade car les douleurs post-opératoires sont réduites.»

Le savoir-faire et le faire savoir...

Le service de chirurgie vasculaire du CHU de Poitiers est l'un des deux seuls centres proposant ce type d'intervention en France. Depuis novembre 2003, ses chirurgiens ont à leur actif une centaine d'interventions par voie cœlioscopique. Elles ont été réalisées non seulement au CHU de Poitiers mais aussi dans toute la France et à l'étranger. *«Nous avons développé un centre de formation pilote pour la chirurgie vasculaire par voie cœlioscopique. Nous nous déplaçons dans les CHU et participons à la formation de nouveaux chirurgiens»,* explique le docteur Cau. Ce trio de choc est donc bien décidé à développer le pôle d'excellence qu'il a forgé. Communication, pratique et organisation sont apparemment les clés de ce succès. *«Il ne suffit pas de bien faire, il faut aussi bien faire savoir»,* commente le professeur Ricco. ■



Chirurgie par voie cœlioscopique : intervention précise et peu invasive. L'opération se déroule grâce à une caméra guidant le chirurgien.

A l'écoute des patients

En octobre dernier, une étude de satisfaction d'un genre nouveau a été menée au CHU.

Les résultats, qui donnent un score honorable à la qualité des soins et à la logistique, ont souligné toutefois des améliorations à réaliser pour faciliter les conditions de sortie du patient.



Connaître le sentiment des patients vis-à-vis de la qualité des soins et des services offerts par le CHU est depuis de nombreuses années une préoccupation de l'établissement. Cette volonté, conduite dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des patients, a été renforcée par la création en 1999 de la direction des usagers, des risques et de la qualité (DURQ). A cette époque, un certain nombre d'outils d'évaluation de la satisfaction de la clientèle ont alors vu le jour. Parmi ceux-ci, l'observatoire intégré de la clientèle. *«Cet observatoire prenait la forme d'enquêtes réalisées plusieurs fois par an auprès des patients sur l'ensemble des services du CHU, explique le docteur Virginie Migeot, de la direction de la qualité. Les limites de la méthode sont vite apparues du fait de la lourdeur du procédé et d'un recueil des données difficilement exploitable.»* En complément de cette enquête, il existait également un questionnaire de sortie remis à chaque patient avec le livret d'accueil. Mais là aussi, cet outil n'offrait pas une base d'analyse très fiable du fait d'un taux de retour de moins de 3 % et des questions trop vagues qui ne permettaient pas de faire le point sur l'ensemble du parcours du patient dans l'hôpital.

Aussi, depuis 2003, avec la mise en place

de la nouvelle direction de la qualité, une réflexion a été menée afin d'améliorer le système d'enquête. Cette réflexion a d'ailleurs été intégrée dans le cadre d'un projet national, intitulé Compaqh, mené entre autres par le ministère de la Santé, l'Anaes et l'Inserm. L'objectif du projet était de développer des indicateurs de performance pour les hôpitaux dont celui concernant la mesure de la satisfaction. En comptant Poitiers, ce sont en tout 27 établissements qui ont été choisis comme sites tests.

«Une méthode originale»

Le constat qui a motivé la mise en œuvre du projet Compaqh est que tous les établissements en France étaient confrontés aux mêmes problèmes : un taux de retour des questionnaires de sortie très faible et une non prise en compte des résultats des outils d'évaluation. L'intérêt du projet était donc de proposer des outils capables d'identifier toutes les dimensions du parcours du patient dans l'hôpital, de tracer la satisfaction des patients et de pouvoir ainsi comparer les établissements de santé entre eux.

Plusieurs points ont incité le CHU à faire partie de ce projet : *«D'une part, le questionnaire mis à notre disposition était très complet tout en étant général, donc réutilisable, et d'autre part la méthode*

choisie était originale, souligne Virginie Migeot. *En effet, celle-ci s'appuyait sur les services d'une société de sondage qui, après avoir défini un panel représentatif de patients, a réalisé des enquêtes par téléphone* (voir encadré).»

Cette enquête a été menée durant deux semaines du 9 au 22 octobre 2004. Elle comprenait sept grandes familles de questions portant sur : le respect de l'intimité, la satisfaction globale des patients, la satisfaction concernant les soins, le comportement du personnel, l'information médicale transmise, le confort et la restauration. *«A partir des questions, un regroupement de réponses a permis de calculer trois scores notés sur 20 : un sur la satisfaction des soins, un sur la sortie et un dernier sur la logistique. Si les soins et la logistique ont obtenu des résultats honorables de 15,4/20 pour le premier et de 14,1/20 pour le second, la sortie n'a atteint que 11,06/20.»*

L'organisation de la sortie des patients à l'étude

«Ces résultats, communiqués en mars dernier, ne font que confirmer ce que nous pressentions, poursuit Virginie Migeot. L'organisation de la sortie des patients est un des

points sur lesquels nous devons travailler. Les principaux griefs mis en évidence par cette enquête portent principalement sur le manque d'informations données au patient lors de sa sortie.» Pour Jean Boverat, infirmier libéral, membre du conseil d'administration et du comité de pilotage qualité, une telle note est le reflet d'une conjonction de dysfonctionnements. *«Les outils existent. Plusieurs instruments ont été mis en place, en partie à la demande du secteur libéral, comme le guide de sortie ou encore la fiche de liaison infirmière. Malheureusement, plus personne n'utilise le guide, s'il existe encore. Quant à la fiche de liaison, elle n'est pas toujours remplie comme elle le devrait. Et quand bien même elle serait remplie et remise au patient, la personne qui assure la sortie la remet bien souvent sans aucune explication, mélangée au reste des documents. Nous nous retrouvons face à des situations dans lesquelles le patient ne sait pas quels soins doivent lui être prodigués car il n'a pas vu l'enveloppe ou il ne l'a pas ouverte. Il faut savoir que 16 % des patients interrogés n'ont eu aucune explication.»*

Ce manque de temps consacré à la préparation de la sortie du patient s'explique bien souvent par une charge de travail importante. *«Il est évident que si les professionnels hospitaliers doivent choisir entre un soin à prodiguer et donner de l'information, ils privilégieront le soin. Toutefois, le manque de temps n'explique pas tout, certaines mauvaises habitudes ont encore la vie dure.»* Autre problème rencontré : le courrier de sortie. *«Ce document est la synthèse de tout ce qui a été prodigué au patient durant son séjour. C'est ce même support qui assure la continuité des soins. Pour l'infirmier libéral ou le médecin libéral, cette synthèse comporte beaucoup trop d'informations alors que les attentes portent plus sur les effets secondaires à surveiller ou sur ce qui doit être administré en*

cas de fièvre...», poursuit Jean Boverat.

Sur ce point, des groupes de travail de médecins libéraux vont être constitués pour identifier quelles sont les informations utiles à indiquer sur le courrier de sortie. *«Une procédure qui n'ira pas que dans un seul sens. Car bien souvent des médecins aux urgences se plaignent de la pauvreté des courriers d'entrée des patients.»*

Ce travail s'inscrira dans une démarche plus globale qui vient de démarrer au sein du CHU. L'objectif de l'établissement est d'apporter des réponses à tous les niveaux aux dysfonctionnements rencontrés lors de la sortie des patients. Pour ce faire, un audit vient de débiter auprès de trois services. *«Nous sommes accompagnés dans cette démarche par la Haute autorité de santé qui a développé une nouvelle méthode d'audit : l'audit clinique ciblé, explique Virginie Migeot. Celle-ci a pour but de reprendre au niveau des patients qui sont sortis toutes les procédures mises en œuvre : les délais avec lesquels sont rédigés les courriers de sortie, la préparation de l'ordonnance de sortie, l'information du patient le jour de sa sortie... Autant de points sur lesquels des pistes de réflexion seront mises en place pour apporter des réponses concrètes à une meilleure prise en compte du patient.»*

Une exigence qui fera l'objet d'une enquête régulière, car le souhait du CHU est de mener chaque année une étude de satisfaction auprès des patients. Cette étude ne se fera pas seulement sur l'ensemble de l'établissement mais aussi par pôle clinique. Trois pôles devraient être concernés dès cette année : le pôle mère-enfant, le pôle médipool et le pôle cœur-poumons. ■

Un taux de participation de 86 %

L'enquête réalisée du 9 au 22 octobre a porté sur un panel de 129 personnes d'une moyenne d'âge de 50 ans. Ces personnes ont été choisies dans une base de départ comprenant 1050 patients. Ces derniers ont été identifiés dans des services dits de court séjour.

Chaque patient retenu a reçu une lettre à son domicile lui demandant s'il acceptait d'être interrogé par la société de sondage. Un procédé qui explique le taux de participation très élevé de 86 %. L'enquête, qui comprenait 45 questions, s'est faite par téléphone.

(R)évolution dans la gestion des examens biologiques

Améliorer la communication tout en maîtrisant les coûts de fonctionnement : c'est le pari lancé par le CHU de Poitiers en créant un nouveau système de gestion des examens de laboratoire.

«Au CHU de Poitiers, 2 400 dossiers-patients sont traités chaque jour, soit 3 500 échantillons biologiques réalisés quotidiennement», explique Michel Sorel, directeur technique des laboratoires. Chaque nouvelle hospitalisation donne lieu à la prescription d'examens (analyses biochimiques, microbiologiques, génétiques ou sanguines). Ces examens sont fondamentaux car ils permettent aux médecins de mieux cerner la pathologie. Mais ils nécessitent des kilomètres parcourus au quotidien pour les acheminer, ce qui implique une énorme organisation. Comment le CHU la gère-t-il ?
«Il existe neuf laboratoires biomédicaux, répartis pour la majorité dans ou à proximité de la tour Jean Bernard sur le site de l'hôpital de la Milétrie, mais aussi à la faculté des sciences dans le pôle biologie santé pour trois d'entre eux», précise le professeur Jean-Louis Fauchère,

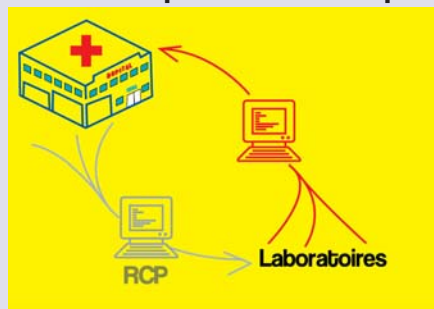
chef du laboratoire de microbiologie A et coordonnateur du pôle de biologie médicale. Depuis de nombreuses années déjà, automates et machines ont permis aux laboratoires d'améliorer la précision et la rapidité du traitement des examens. Dans le même temps, les laboratoires ont développé des systèmes de gestion informatique propres à chacun des laboratoires.

«Depuis 2001, une grande révolution est en train de s'opérer à l'hôpital. Nous avons choisi de mettre en commun des moyens autour d'un même projet médical et biologique», poursuit-il. L'hôpital a décidé de s'équiper d'un système informatique unique afin de centraliser toutes les demandes d'examens. Ce qui devrait permettre aux différents acteurs de l'hôpital de mieux communiquer. «Le logiciel GLIMS est une application très ouverte, dont le paramétrage permet de tenir compte de la plupart des particularités de fonctionnement de chaque laboratoire, tout en gérant la réception centralisée des prélèvements [RCP]», précise Isabelle Stach, qui a été recrutée spécialement en 2003 pour assurer la mise en place de ce projet d'informatisation. A ce jour, sept laboratoires fonctionnent avec le système GLIMS.

«La RCP n'est qu'une étape, explique le professeur Fauchère. A terme, nous envisageons la création du dossier "patient unique" accessible par tous les laboratoires, via la prescription électronique connectée et la consultation des résultats sur serveur.»

D'ici là, il reste à chacun à s'adapter à ce nouvel outil de travail, «conçu pour bénéficier au patient». ■

Mise en place du dossier patient unique



Dans un avenir proche, réception centralisée des prélèvements (RCP, en gris) et distribution des résultats sur serveur (en rouge) formeront les rouages du dossier-patient unique, totalement informatisé.

Entretiens avec le professeur Jean-Louis Fauchère, chef du laboratoire de microbiologie A et coordonnateur du pôle de biologie médicale, Michel Sorel, directeur technique des laboratoires du CHU et Isabelle Stach, informaticienne, responsable de la mise en place du logiciel unique pour la gestion informatique des examens de laboratoire.

6^{ES} SOIRÉES LYRIQUES DE SANXAY

La Bohème

Opéra de Puccini

THÉÂTRE ANTIQUE DE SANXAY (86)

8, 10, 12 AOÛT 2005
21H30

ALIDA BARBASINI - STEFANO SECCO
SARAH VAYSSET - DAVID GROUSSET
ERIC MARTIN-BONNET - JEAN-MARIE DELPAS
DOMINIQUE ROSSIGNOL - MAURICE SIEYES
BERTRAND CHUBERRE



CHŒURS ET ORCHESTRE
DES SOIRÉES LYRIQUES
DE SANXAY

DIRECTION MUSICALE
DIDIER LUCCHESI

MISE EN SCÈNE
ANTOINE SELVA

RÉSERVATIONS ET RENSEIGNEMENTS : 05 49 44 95 38
INTERNET : WWW.OPERA-SANXAY.NET

LES ETS BOUTILLET

C'est, *pour les professionnels :*

BÂTIMENT GÉNIE CIVIL
BOUTILLET

Gros-œuvre
Génie Civil
Bâtiments industriels et commerciaux
Pavillons en lotissements

C'est également, *pour les particuliers :*

Maisons individuelles
Sur mesures
Ou sur plans types

Mais aussi *Rénovation tous corps d'état
Maintenance petits travaux*

techni BETON

La technique du diamant :
Sciage • Carottage • Démolition technique
• Réparation de béton



Ets BOUTILLET S.A.S
Route de Montmorillon
86300 CHAUVIGNY - 05 49 46 37 16
e-mail : contact@boutillet.fr
Site internet : www.boutillet.fr

LES PIEUX

INFRACO

FORÉ / MÉTAL BATTU / TARIÈRE CREUSE / MICROPIEUX
PAROIS DE SOUTÈNEMENT / PIEUX-TIRANTS / TIRANTS
REPRISE EN SOUS OEUVRE.



150, rte de Parthenay - BP 1031 - 86060 POITIERS Cedex 9
Tél. : 05 49 58 44 36 - Fax : 05 49 37 10 25 - E-mail : infraco@wanadoo.fr




GRASSIN

decors

- 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



EUROVIA POITOU-CHARENTES LIMOUSIN

AGENCE DE POITIERS

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

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

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

■ Baromètre tabac personnel hospitalier...

En septembre 2003, une enquête sur le tabac à l'hôpital a été adressée nominativement à tous les membres du personnel de l'établissement. Ils ont été 816 à se prononcer sur le sujet.

D'après les réponses, la prévalence du tabagisme dans l'établissement serait de 24%. Concernant les habitudes de tabac, les fumeurs consomment en moyenne 11 cigarettes par jour et ils sont 74% à fumer régulièrement (ou quelquefois) pendant les heures de travail.

Les intentions d'arrêt sont nombreuses : 56% des fumeurs ont déclaré avoir projeté d'arrêter le tabac dans le mois ou l'année. Pour les ex-fumeurs, ils ont arrêté en moyenne à 32 ans, et sans aucune aide pour près de 85%. Les sondés pensent à 56% que la loi Evin n'est pas respectée dans l'établissement et 37% se disent gênés par la fumée des autres.

Enfin, 76% sont d'accord sur le fait que les personnels hospitaliers devraient recevoir une formation sur les techniques d'aide à l'arrêt du tabac. Et pour 73%, l'exemplarité du personnel hospitalier est primordiale dans la prévention et la prise en charge du tabagisme.

■ Merci à tous !

11^e Sport et Collection 800 véhicules de prestige dont 200 Ferrari contre le cancer, les 4 et 5 juin, au circuit du Val de Vienne.

En 2004, 120 000 euros ont été recueillis. En 10 ans, 660 000 euros au total.

Fête de Saint Cyr «Elle court, elle court la vie...»

Cette fête, qui s'est déroulée le 5 juin, est organisée par l'association «Un Hôpital pour les Enfants» au profit des enfants hospitalisés.



■ ... et adhésion du CHU à «un hôpital sans tabac»

Suite à la circulaire du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé, un réseau hôpital sans tabac a été créé. Ce dernier apporte une assistance technique et une assistance stratégique. Il aide à l'animation et la coopération des actions sur le tabagisme à l'hôpital, afin d'appliquer la charte européenne «un hôpital sans tabac».

Les membres du conseil d'administration ont accepté l'adhésion de l'établissement au réseau «un hôpital sans tabac», lors de la séance du 28 janvier.

La place des usagers

Une réunion d'information a été organisée le 21 mars, avec la participation de Michel Vergès, directeur général adjoint, du professeur Michel Carretier, président de la Commission médicale d'établissement, et la direction de la qualité à l'intention des présidents des associations d'usagers intervenant dans l'établissement.

Cette réunion a permis de leur faire une présentation de l'accréditation et de leur place dans cette démarche.

Vingt-cinq usagers ont envoyé leur candidature à la direction de la qualité pour participer à un groupe de travail. Ces usagers ont assisté le 8 avril à une réunion d'information sur les modalités de réalisation de l'auto-évaluation.

Le train de la vie à Poitiers

Mercredi 22 mars, le train de la vie s'est arrêté en gare de Poitiers. Consacré à la thématique «préservons notre capital santé» il proposait au public, à travers 5 voitures-expositions, des conseils de prévention. Par ailleurs, cinq conférences ont également été organisées, avec la participation d'intervenants du CHU de Poitiers.

De gauche à droite, le professeur Michel Carretier, président de la commission médicale d'établissement, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, Jacques Santrot, président du conseil d'administration, et le professeur Roger Gil, doyen de la faculté de médecine et de pharmacie.



La stomathérapie au CHU

Relativement récente en France, la stomathérapie est encore mal connue dans notre pays. Elle est la maîtrise des connaissances et des principes de la relation d'aide qui vont permettre à la personne stomatisée de retrouver son autonomie après l'intervention, afin de reprendre une vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle aussi normale que possible. Elle est aussi la connaissance des différentes phases de la cicatrisation et des produits qui s'y rapportent afin de favoriser une guérison rapide des plaies aiguës ou chroniques. Les patients peuvent bénéficier d'une ou deux consultations avant l'opération, puis d'un suivi pendant l'hospitalisation pour l'apprentissage de leur appareillage et, enfin, d'une ou plusieurs consultations de contrôle après la sortie. En 2004, 197 personnes ont ainsi été prises en charge dans 27 services.

A Poitiers, cette spécialité existe depuis 1980. A son départ en mars dernier, Josiane Couvrat, première stomathérapeute, fut remplacée par Isabelle Brulé. Ses fonctions comptent également des interventions auprès des étudiants mais aussi des équipes soignantes. Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez la contacter au 05 49 44 39 14. A compter du 1^{er} juillet et au cours de la période estivale, elle sera ponctuellement suppléée par Carole Chaigneau.

Activité du CHU en 2004

L'activité du CHU en 2004 fait apparaître des modifications importantes par rapport aux années antérieures. La principale caractéristique de l'année 2004 est un transfert significatif d'activité depuis l'hospitalisation conventionnelle vers la prise en charge en ambulatoire. Certaines activités se sont développées durant l'année, d'autres se sont réorganisées. Un nouveau mode de fonctionnement se met en place et il induit des changements dans la comptabilisation même de l'activité en 2005.

Le transfert vers l'ambulatoire en court séjour

Le nombre de séjours décrits par le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) est passé de 119 501 en 2003 à 124 342 en 2004, soit une évolution de 4,1 %. Les séjours ambulatoires sont en hausse de 7,9 % ; les séjours compris entre 24 et 48 heures baissent de 1,5 % ; les séjours de plus de 48 heures baissent de 2,3 %.

Les entrées en hospitalisation conventionnelle de médecine, chirurgie, obstétrique ont connu une baisse de 3,40 % en 2004 par rapport à l'année précédente.

En médecine, il y a eu 35 652 entrées en hospitalisation conventionnelle, soit une chute de 4,87 %. Le nombre de journées réalisées est stable.

Les séances d'hôpitaux de jour, en incluant les séances de dialyse (14 344 / + 4,5%) et de radiothérapie (33 892 / + 6,6%), ont augmenté de 9,6 % en passant de 59 493 en 2003 à 65 207 en 2004. Les hausses les plus importantes ont été constatées en hôpital de jour de lutte contre la douleur (+ 30 %) et en hôpital de jour d'oncologie hématologique (+ 27 %). Il est à noter que 8 lits d'hépatogastro-entérologie ont été transformés en places de jour en février 2004 et totalisent 1 045 séances.

En chirurgie, les entrées ont été marquées par une baisse de 1,4 % et sont passées de 16 375 à 16 144. Les journées constatées en chirurgie (hospitalisation conventionnelle) ont connu une baisse de 4% sur la même période. Parallèlement, 1 579 séances de chirurgie ambulatoire ont été enregistrées contre 1 300 en 2003.

En gynécologie obstétrique, les entrées s'établissent à 5 250, soit une baisse de 1,8 %. 2 218 naissances ont été comptabilisées.

De nouvelles activités qui se développent ou se structurent

Il faut souligner l'importance des activités de cardiologie avec 1 531 coronarographies et 883 angioplasties ainsi que celle de chirurgie cardiaque avec 443 interventions sur le cœur contre 423 en 2003.

L'activité de prélèvements et de transplantations peut aussi être évoquée : en 2004, 53 transplantations et 52 prélèvements de reins ont été effectués contre, respectivement, 35 et 39 en 2003. Les greffes de moelle sont restées stables en nombre avec 36 allogreffes et 67 autogreffes réalisées.

Le service de neurologie a vu, le 19 avril 2004, l'ouverture d'une unité d'urgence neuro-vasculaire, destinée à offrir les meilleures conditions de prise en charge en urgence des accidents vasculaires cérébraux. Cette unité a accueilli 268 patients au cours de l'année considérée.

L'activité d'IRM a connu une hausse très sensible suite à l'installation d'une seconde IRM en novembre 2003. Elle s'est établie à 9 053 examens contre 5 536 en 2003.

Le tépographe, qui permet la détection de tumeurs cancé-



reuses à un stade très précoce de leur développement, est en fonctionnement au sein du service de médecine nucléaire depuis janvier 2004. Exploité dans le cadre du groupement d'intérêt économique «Positon Poitou-Charentes», il a permis de réaliser 1 011 examens dont 498 en activité publique.

Le mammothome, équipement d'imagerie permettant la réalisation de macro-biopsies mammaires, en service depuis le 11 novembre 2004, a totalisé 24 examens.

Urgences SAMU-SMUR

Le nombre de passages aux urgences adultes pour l'année 2004 a été de 40 411 dont 21 709 n'ont pas été suivis d'une hospitalisation. Les passages aux urgences cardiologiques se sont élevés parallèlement à 3 101 et ont été en forte majorité suivis d'une hospitalisation. Enfin, l'activité des urgences pédiatriques est restée très soutenue avec 6 742 passages dont la majorité n'a pas été suivie d'une hospitalisation (4 079).

Le nombre d'interventions du SMUR terrestre est resté stable à hauteur de 5 016 en 2004. Celui de l'hélicoptère régional a augmenté de 3,7 % et s'est établi à 688 ce qui représente 646 heures de vol.

Soins de suite et réadaptation : développement de l'activité de jour

L'activité de soins de suite et réadaptation a connu une baisse concomitante de l'hospitalisation conventionnelle et une hausse de l'activité de jour qui s'est développée dans le service de médecine physique et réadaptation. Ainsi, les entrées d'hospitalisation se sont établies à 2 500, en baisse de 12,8%, et les séances à 2 353, en hausse de 53%.

Soins de longue durée : la restructuration commence

Le fait marquant de l'année 2004 a été la fermeture, pour des raisons liées à la sécurité des locaux, du pavillon Joseph Guillon à l'hôpital Pasteur. Ce bâtiment comprenait 8 lits de maison de retraite et 55 lits de long séjour.

Les journées réalisées ont ainsi été logiquement en baisse de 6,7% en maison de retraite (27 480 journées) et de 8,3% en unités de soins de longue durée (100 581 journées).

Au total, l'activité est globalement soutenue en 2004. Pour l'année 2005, au-delà de la réforme du financement de l'hôpital, le CHU de Poitiers aura aussi à se préparer aux conséquences du futur schéma d'organisation sanitaire de 3^e génération. Les pôles expérimentaux répondent à cette préoccupation : il s'agit de garantir l'activité de l'établissement et de pouvoir la valoriser exactement, tout en continuant d'assurer, bien entendu, ses missions de service public.

Les enfants assistés des hospices au XIX^e siècle

Les enfants assistés des hospices comprennent les enfants trouvés – ceux qui ont été exposés dans un lieu quelconque et dont la filiation reste inconnue –, les enfants abandonnés – ceux qui, nés de père et de mère connus et d'abord élevés par eux, en sont délaissés (disparus ou indigence absolue) –, les orphelins pauvres – ceux qui n'ont plus ni père ni mère et dont l'indigence est reconnue.

Leur nombre est important. Pendant les années 1857, 1858 et 1859, 537 enfants ont été admis aux hospices de Poitiers, dont 15 enfants trouvés, 501 abandonnés et 21 orphelins. Pour la même période, en France, 54 233 enfants avaient été admis.

En 1859, l'administration des hospices de Poitiers avait en charge 1 178 enfants de 1 jour à 12 ans et 500 de 12 à 21 ans. Le rapport du nombre d'enfants assistés de 1 jour à 12 ans par rapport à la population départementale place le département de la Vienne en 6^e position derrière le Rhône, la Seine, les



Vestige d'un passé pas si lointain : à l'ancienne entrée de l'Hôtel Dieu, à Poitiers, il reste encore l'interphone qui était en communication directe avec la maternité. Il permettait notamment aux familles de prévenir anonymement le service de l'abandon d'un enfant.

Bouches-du-Rhône et la Gironde, ce qui est imputable à la pauvreté.

La mortalité est considérable. En 1858, sur les 151 enfants de moins d'un an admis à l'hôpital général, 38% sont décédés. La mortalité nationale est plus importante (57%). Les enfants trouvés du département de la Vienne ont été exposés sur la voie publique (marché, parvis des églises) jusqu'en 1811, date de création des tours de Poitiers, Châtelle-

rault, Loudun et Montmorillon. Le tour était un dispositif (guichet tournant en bois installé dans la façade de l'hospice) qui permettait de déposer un enfant dans l'anonymat et en toute sécurité. Les trois derniers tours ont été supprimés en 1834, celui de Poitiers sera supprimé en 1856, date de création de la maternité qui les prend alors en charge (abandon lors de l'accouchement et bureau d'admission).

Quelques extraits du règlement des enfants assistés

Art. 32 – A leur arrivée à l'hospice, les enfants sont baptisés, si rien ne constate qu'ils l'aient déjà été. Ils sont, en outre, vaccinés dès que leur âge ou l'état de leur santé le leur permet. Enfin, ils sont allaités au sein par des nourrices sédentaires résidant dans l'établissement.

Art. 33 – En attendant leur départ pour la campagne, les enfants sont placés dans des locaux particuliers où n'ont accès que les personnes chargées de les soigner et de les surveiller.

Il est interdit, sous peine de révocation, à tout employé ou agent de l'hospice de communiquer à qui que ce soit les registres d'admission et de donner la moindre indication sur le lieu de placement des enfants.

Art. 36 – Il est apposé aux enfants âgés de moins de 4 ans un collier garni d'une petite médaille en argent portant la désignation de

l'hospice dépositaire et le numéro sous lequel ils sont inscrits.

Art. 39 – La personne qui obtient un élève de l'hospice s'oblige :

- 1- A le tenir en état de constante propreté
- 2- A avoir un lit pour le coucher seul et, s'il est jeune, un garde-fou pour le prévenir d'accident...
- 9- A ne le laisser ni mendier ni marauder et à l'envoyer aux églises et à l'école communale
- 10- A lui donner de bonne heure le goût du travail, en ne l'employant toutefois qu'à des travaux en rapport avec son âge et ses forces...

Art. 67 – Les enfants qui ont accompli leur douzième année cessent d'être à la charge du budget départemental. Par les soins réunis du tuteur légal et de l'inspecteur, ils sont placés en qualité de domestique ou d'apprentis chez des cultivateurs et, à défaut, chez des artisans. A conditions égales, ils doivent être laissés chez les personnes qui les ont élevés.

Art. 93 – Par le fait de leur admission à l'hospice dépositaire, les enfants sont placés de plein

droit, jusqu'à leur émancipation ou leur majorité, sous la tutelle de la commission administrative de cet établissement.

Art. 99 – Le mineur élève de l'hospice ne peut contracter mariage sans le consentement du conseil de tutelle. Il doit soumettre à l'approbation du même conseil le projet du contrat par lequel il croirait devoir régler les conditions civiles de son union.



Bibliographie : *Enquête générale sur les enfants assistés*, 1860.

Tous les jeudis le petit Emilien
allait jouer avec son grand-père.



Aujourd'hui Emilien a 85 ans.
Seul et âgé, il vit à l'hôpital.

Qui vient voir Emilien ?



*Pour rejoindre l'équipe
d'animateurs bénévoles de
l'Hôpital gériatrique Louis Pasteur,
contactez le 05 49 44 40 18*

MHV Mutuelle des Hôpitaux de la Vienne



**MUTUALITÉ
FRANÇAISE**

AGENCE - Hall JEAN BERNARD -
Hôpital de la MILETRIE - Tel : 05 49 44 42 00

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 automatiquement
en liaison avec les centres Sécurité Sociale*

**CONTRAT SPECIFIQUE
PERSONNEL HOSPITALIER
DE LA VIENNE**

**AVANTAGES POUR LES AGENTS HOSPITALIERS
TITULAIRES OU STAGIAIRES**

**FEUILLES DE SOINS TRAITEES EN 48 H,
REMBOURSEMENTS SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE
REGROUPES EN UN SEUL VERSEMENT**



LA MUTUELLE POUR TOUS

**Siège social - René le Blaye sud - Hôpital de la Milétrie
2 rue de la Milétrie - BP 59 - 86 002 - Poitiers**

Tél. 05 49 44 44 07 - Fax. 05 49 44 48 53 - www.mutuelle-hopitaux-vienne.fr