



Dossier

Chirurgie ambulatoire et HAD : les nouveaux visages de l'hôpital

- Des techniques de pointe pour le traitement des fractures vertébrales
- La coordination hospitalière au service de la proximité
- Infections nosocomiales : vers un risque minimum

LA SOCIÉTÉ D'ÉQUIPEMENT DU POITOU

www.sep86.fr

La SEP

La SEP propose ses prestations soignées,
une offre de terrains aménagés, libres de constructeurs.

- Vous êtes un particulier
- Vous êtes une entreprise
- Vous êtes une collectivité



HALLES CHATELLERAULT

LANCEREAU MEYNIÉ



KYOTO

SCAU (AUTRAN - GILLARD)

Nos références :

Actiparc II, Saint Eloi, Montgorges, Chaumont, Vouillé, ZAE Saint Nicolas...



ZAE ST NICOLAS



VOUILLE - VAL MONTOUR



SOCIÉTÉ D'ÉQUIPEMENT DU POITOU



Agence de Châtelleraut
05 49 19 40 27

Agence de Poitiers
0800 801 089 (n° vert gratuit)



La Table du Golf

Profitez de la vue panoramique



Repas entre amis,
en famille.
Séminaires,
repas d'affaires.

Ouvert le midi 7/7 J
Réservation possible
au 05 49 626 670
à Saint Cyr

© Mérovée communication

En bref...	4
Un nouveau centre de recherche clinique	8
<i>Accompagner et mieux structurer la recherche pour obtenir une labellisation Inserm.</i>	
Infection avec destruction osseuse : l'amputation n'est plus la seule alternative	10
<i>Une technique chirurgicale innovante de reconstruction osseuse permet d'éviter l'amputation.</i>	
Des techniques de pointe pour le traitement des fractures vertébrales	12
<i>La vertébroplastie et la kyphoplastie traitent les douleurs et redressent le plateau vertébral.</i>	
Dossier	
Chirurgie ambulatoire et HAD : les nouveaux visages de l'hôpital	14
<i>L'unité d'hospitalisation à domicile (HAD) va doubler ses capacités de prise en charge et l'unité de chirurgie ambulatoire a été inaugurée.</i>	
Le suivi de la greffe de cellules souches	20
<i>La transplantation de cellules souches hématopoïétiques permet de reconstituer le système immunitaire d'un patient suite à une chimiothérapie.</i>	
La coordination hospitalière au service de la proximité	22
<i>Le maillage du territoire de santé est de plus en plus fin.</i>	
Infections nosocomiales : vers un risque minimum	24
<i>Le comité de lutte contre les infections nosocomiales met en œuvre des mesures de surveillance, de prévention et de formation.</i>	
L'évaluation de la satisfaction des patients par pôle, une première en France	26
<i>Le CHU de Poitiers a été un des seuls établissements en France à évaluer la satisfaction des patients par pôle d'activité.</i>	
En bref...	27
Histoire : le CHU de Poitiers fête ses 50 ans	30
<i>Les 12 et 13 janvier 2008 : journées portes ouvertes.</i>	

éditorial

Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers poursuit parallèlement deux missions complémentaires, une mission de soins de proximité et une mission d'innovation et de recours au service de la population de notre région et de notre ville.

Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers, comme l'illustre CHU Magazine, s'ouvre sur la ville. Ses pratiques médicales ne cessent d'évoluer et de nouveaux modes de prise en charge sont proposés aux patients. Ils concourent tous à éviter, limiter, réduire, la durée du séjour à l'hôpital chaque fois que cela est possible et ce pour une plus grande satisfaction des patients qui bénéficient de la plus haute technologie dans un temps très court.

Rentrer plus rapidement à son domicile est possible grâce à l'unité d'hospitalisation à domicile (HAD). Créée en 2006, elle peut traiter simultanément quinze patients résidant sur la communauté d'agglomération de Poitiers. Le succès de cette prise en charge, véritable hospitalisation sous la responsabilité du CHU de Poitiers, nous incite à doubler le nombre de patients pris en charge, soit trente patients début 2008. Séjourner moins de 24 heures est désormais possible au sein d'une unité dédiée à la chirurgie ambulatoire, inaugurée le 14 novembre dernier.

D'ores et déjà, en France, sur les 7,2 millions d'interventions chirurgicales annuelles, 1,8 millions d'actes opératoires s'effectuent en ambulatoire : entrée le matin, sortie le jour même. Le progrès des techniques opératoires (cœlioscopie, microchirurgie, lasers...), mais aussi des techniques anesthésiques, vont permettre de doubler le volume d'actes dans les deux prochaines années. Le champ des activités concernées ne cesse de s'étendre. La chirurgie ambulatoire concerne l'ophtalmologie, l'ORL, l'orthopédie, la chirurgie vasculaire, la chirurgie générale digestive, la chirurgie infantile, l'urologie, la gynécologie...

Vous serez désormais accueilli durant quelques heures, dans une nouvelle structure qui vous apportera la technologie et la sécurité du Centre hospitalier universitaire de Poitiers, ainsi que le confort et la qualité de l'hôtellerie.

Ces nouvelles modalités de prise en charge souhaitées par le patient, présentent de multiples avantages, parmi lesquels le renforcement de la coopération avec les acteurs libéraux de ville, dont je tiens à saluer la complémentarité, et la garantie d'une continuité dans le parcours du patient.



Jean-Pierre Dewitte,
directeur
général

CHU le magazine - n° 55

Centre hospitalier universitaire de Poitiers - Direction déléguée à la communication
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, Vanessa Guérin.

Ont collaboré à la rédaction Agence de presse AV Communication
(Luc-Olivier Dufour, Alexandre Duval, Philippe Quintard, Anh-Gaëlle Truong)

Photographies et dessin Thierry Aimé - Photogravure et impression Delezenne (Hénin-Beaumont)

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 4^e trimestre 2007 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 12 000 ex.

Biologie médicale : création d'une fédération médicale interhospitalière entre le CHU de Poitiers et le Centre hospitalier de Montmorillon

Le Centre hospitalier de Montmorillon, dont le poste de biologiste est vacant depuis le mois d'août, a sollicité un renforcement en personnel médical auprès du Centre hospitalier universitaire de Poitiers. Une fédération médicale interhospitalière a donc été créée pour permettre la réalisation des actes de biologie. La complémentarité des équipes médicales permettra aux praticiens, membres de la fédération des disciplines concernées, l'accès réciproque aux plateaux techniques des deux établissements. Elle conduira à la mise en œuvre de soins et d'activités faisant l'objet de protocoles identiques en application des règles de bonnes pratiques médicales et soignantes telles que définies par les sociétés savantes.

En pratique, le CHU de Poitiers assurera la réalisation des actes de biologie dans ses laboratoires ou au Centre hospitalier de Montmorillon, ainsi que la permanence des soins en matière d'analyses biologiques.

Conférences 2008 du pôle info-santé

Engagé depuis 1993, le cycle de conférences proposé dans le cadre du pôle info-santé affichera quatre nouvelles soirées d'information en 2008 :

- Cannabis et autres drogues : consommation et conséquences sur la santé, le jeudi 7 février ;
- Les anévrismes aortiques, le jeudi 20 mars ;
- La douleur (octobre) ;
- Le cancer colorectal (décembre).

A l'initiative du CHU de Poitiers et de l'Espace Mendès France, centre de culture scientifique, ce pôle info-santé a vocation à développer des thèmes de santé publique répondant à des préoccupations de la population en termes de prévention et d'éducation pour la santé. Les conférences

organisées dans ce cadre visent à renforcer les actions de prévention des professionnels de la santé, à susciter entre eux et le public une rencontre ouverte sur le dialogue et l'échange. Ainsi, depuis 1993, 76 conférences ont été proposées.

En moyenne, 150 à 200 personnes assistent à chacune de ces tables rondes. Le public, à 72% féminin, est composé majoritairement de retraités et d'étudiants. Les spectateurs viennent à 45% pour leur culture personnelle. 34% sont concernés par le sujet médical proposé. Les conférences sont jugées très satisfaisantes à 56% et 87% des personnes estiment les échanges positifs, les présentations simples et accessibles.

Pose de la première pierre du pôle régional de cancérologie

Le professeur Dominique Maraninchi, président de l'Institut national du cancer (à gauche sur la photo), a procédé à la pose de la première pierre du pôle régional de cancérologie, le mercredi 12 septembre en présence de Jacques Santrot, président du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Poitiers (au centre), de Jean-Pierre Dewitte, directeur général (à droite), du professeur Joseph Allal, président de la commission médicale d'établissement, et du professeur Roger Gil, doyen.

La cérémonie, à laquelle ont participé 200 invités, s'est déroulée sur le site de la Milétrie du CHU de Poitiers où le pôle régional de cancérologie ouvrira ses portes fin 2008. Cette structure permettra de regrouper en un même lieu les activités de cancérologie, depuis les consultations jusqu'à la réalisation des traitements, ainsi que l'ensemble des modes d'hospitalisation. Elle sera également ouverte aux spécialistes d'organes pour des consultations et avis médicaux pluridisciplinaires. La surface totale des locaux atteindra 13 000 m² répartis sur quatre niveaux pour une capacité de 135 lits et places. Le plateau technique de radiothérapie et curiethérapie, comprenant quatre salles de traitement et un scanographe dosimétrique, sera installé au rez-de-chaussée sur une surface de 2 000 m².



Gamma caméra associée à un scanner

En remplacement d'une gamma caméra, le service de médecine nucléaire s'est équipé d'une nouvelle gamma caméra associée à un scanner, en service depuis mi-juin. Le modèle Symbia T de Siemens, d'un montant de 687 000 euros, permet, outre la réalisation de scintigraphies classiques, de localiser en un examen des «foyers de fixation» (zones suspectes où se concentrent les produits radioactifs) sur des images anatomiques de scanner. Ses indications sont la scintigraphie osseuse, l'octréoscan (localiser les métastases des tumeurs endocrines et identifier les organes touchés), le MIBG (recherche de phéochromocytomes malins) et la parathyroïde (recherche et localisation d'adénomes).



Objectifs 2007-2008 des pôles d'activités

Suite à la mise en place des deux derniers pôles d'activités, réanimations-anesthésie et blocs opératoires, le premier semestre 2007 s'est achevé par la signature des contrats annuels de pôles, le 4 juillet dernier. Le contrat annuel de pôle est signé par le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement, le doyen de la faculté de médecine et le coordonnateur du pôle. Ce contrat présente notamment les projets médico-soignants de chaque pôle ainsi que les objectifs financiers et qualitatifs qui y sont attachés. Certaines thématiques, préfigurant des axes du futur projet d'établissement, sont transversales : développement de l'activité ambulatoire, prise en charge des pathologies du rachis, développement de l'offre de soins en réanimation et en soins continus, et utilisation de la salle biplan de neuroradiologie. Les autres projets sont propres à chaque pôle d'activité, comme détaillé ci-dessous.

Pôle biologie médicale (*génétique médicale, biochimie, génétique cellulaire et moléculaire, hématologie et oncologie biologique, immunologie et inflammation, bactériologie et hygiène, virologie et mycobactériologie, parasitologie et mycologie médicale, toxicologie et pharmacocinétique, pharmacologie clinique et vigilances*)

Réflexion sur les prescriptions connectées – Développement de la coopération territoriale – Promotion de la recherche, plus spécialement en cancérologie

Pôle blocs opératoires

Poursuivre l'optimisation des plages opératoires – Favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire – Intégrer la réalité de l'activité de la salle de soins post-interventionnels (SSPI) dans le dossier transversal des soins continus

Pôle cancérologie – hématologie et pathologie tissulaire (*oncologie hématologique et thérapie cellulaire, oncologie radiothérapeutique, oncologie médicale et anatomie cytologie pathologique*)

Renforcement de la radiothérapie – Développement de l'hôpital de jour – Préparation à l'ouverture du pôle régional de cancérologie – Renforcement des moyens affectés aux consultations d'hématologie

Pôle cœur-poumons (*service médico-chirurgical de cardiologie, pneumologie, explorations fonctionnelles, physiologie respiratoire et de l'exercice*)

Développement des explorations non invasives – Création de l'activité fibrillation auriculaire – Accompagnement des personnes en fin de vie (notamment en pneumologie)

Pôle dune (*hépatogastro-entérologie et assistance nutritionnelle, médecine interne, endocrinologie et maladies métaboliques, néphrologie, hémodialyse et transplantation rénale, chirurgie viscérale, urologie*)

Augmentation du nombre de greffes – Structuration de l'hôpital de semaine en chirurgie viscérale – Création d'une fédération médicale inter-hospitalière avec le CH de Montmorillon – Développement des hôpitaux de jour du pôle (création d'un hôpital de jour des maladies du foie et extension de la capacité de l'hôpital de jour d'endocrinologie et de celui de néphrologie)

Pôle femme-mère-enfant (*service médico-chirurgical de pédiatrie, urgences pédiatriques, gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction*)

Renforcement des moyens humains aux urgences pédiatriques – Adaptation des moyens de l'hôpital de semaine en pédiatrie – Renforcement des moyens échographiques dans le cadre du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal – Amélioration de l'accueil au bloc

Pôle gériatrie (*hôpital de jour, unité de gériatrie aiguë, soins de suite, soins de longue durée, maison de retraite, handicapés profonds*)

Création de 18 lits de court séjour – Création de 3 lits supplémentaires de soins de suite – Renforcement de la mobilité en intra et extra hospitalier – Accompagnement du développement de la prise en charge des pathologies neuro-dégénératives (activité de consultation) – Développement de la psychogériatrie (en coopération avec le CH Laborit)

Pôle imagerie (*radiologie, médecine nucléaire et biophysique*)

Implication dans le projet médical de territoire – Chimio-embolisation – Etude médico-économique sur le déploiement du système PACS – Contrat clinico-radiologique avec les urgences sur la prescription des scanners

Pôle médipool (*médecine interne, maladies infectieuses et tropicales, dermatologie et dermato-allergologie, chirurgie plastique, ORL, chirurgie maxillo-faciale et audiophonologie, ophtalmologie, hospitalisation à domicile*)

Développement de l'hospitalisation à domicile jusqu'à 30 places – Développement de l'activité ORL

Pôle neurosciences, locomoteur et vasculaire (*neurologie, rhumatologie, chirurgie vasculaire, neurochirurgie, médecine physique et réadaptation, neurophysiologie clinique, unité de consultation des pathologies professionnelles*)

Développement des alternatives à l'hospitalisation : création de l'hôpital de jour de rhumatologie – Développement de la stimulation magnétique transcrânienne – Innovation : laser endoveineux – Développement de l'activité de polysomnographie

Pôle pharmacie-santé publique

Registre du cancer – Développement de l'activité de préparation des cytostatiques – Participation aux activités : essais cliniques et hospitalisation à domicile – Promotion de la mesure de l'activité médico-économique

Pôle réanimations-anesthésie (*réanimation médicale, réanimation chirurgicale, anesthésie et réanimation*)

Déclinaison du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) – Application progressive des décrets réanimation – Redéfinition des périmètres réanimation polyvalente - réanimations spécialisées - soins continus

Pôle URGOSS (*urgences, SAMU-SMUR et centre 15, orthopédie-traumatologie, relais Georges Charbonnier*)

Accompagnement de l'organisation et du développement de l'activité d'orthopédie – Développement de l'activité ambulatoire en orthopédie – Prise en charge du rachis en lien avec la neurochirurgie – Conforter la structuration en réseau des urgences

Imagerie : création d'un groupement de coopération sanitaire expérimental

Dans le cadre de la planification sanitaire, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 3^e génération exige, dans son volet «urgences», qu'un établissement de santé sollicitant une autorisation pour la prise en charge des urgences dispose d'un plateau technique comprenant au moins un appareil de radiologie, voire d'un scanner.

Par ailleurs, la circulaire n° 101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 prévoit que «les coopérations doivent être encouragées pour permettre aux patients et aux radiologues l'accès aux techniques les plus adaptées. La participation à la permanence radiologique doit faire partie du cahier des charges de la demande d'autorisation des équipements d'imagerie.»

Aussi, les établissements publics de santé du territoire anciennement détenteurs d'une autorisation d'UPATOU vont-ils, d'une part, solliciter une autorisation d'équipement lourd pour le scanner et, d'autre part, solliciter auprès des établissements de référence des axes de coopérations médicales afin d'assurer la permanence des soins dans leur établissement. Ces coopérations porteront notamment sur la gestion du temps médical et l'organisation de l'imagerie conventionnelle dans leurs services respectifs. Les centres hospitaliers de Montmorillon et de Confolens, confrontés particulièrement à une pénurie de radiologues, se sont rapprochés du Centre hospitalier universitaire de Poitiers afin d'envisager une coopération médicale en matière d'imagerie conventionnelle. Ils souhaitent pouvoir disposer de temps médical de radiologues sur place et de prestations de téléradiologie (actes d'interprétation, diagnostic). Un projet d'équipe médicale territoriale permettant la mutualisation de temps médical sur plusieurs établissements dans le domaine de l'imagerie a été conçu. Les établissements publics concernés ont sollicité l'accord de l'Agence régionale de l'hospitalisation pour mettre en place un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Chirurgie viscérale : coopération avec le Centre hospitalier de Montmorillon

Afin de garantir une réponse de qualité à la prise en charge de la population du territoire, d'optimiser les ressources médicales et de maintenir l'attractivité de son plateau technique, le Centre hospitalier de Montmorillon a sollicité une coopération pluriannuelle avec le Centre hospitalier universitaire de Poitiers, conformément aux objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 3^e génération. Une convention a été conclue entre les deux établissements et une fédération médicale inter-hospitalière de chirurgie viscérale a été créée. Cette coopération permettra au CHU de Poitiers de développer ses capacités de recours dans le domaine de la chirurgie dite «lourde» et de la cancérologie digestive. La fédération médicale inter-hospitalière permet le rapprochement d'activités médicales entre établissements de santé tout en respectant l'autonomie de chacun. Cette complémentarité des équipes médicales permet aux praticiens membres de la fédération des disciplines concernées d'accéder aux plateaux techniques des deux établissements. Elle conduira à la mise en œuvre de soins et d'activités faisant l'objet de protocoles identiques, en application des règles de bonnes pratiques médicales et soignantes.

Corinne Autexier, socio-esthéticienne dans le pôle cancérologie et pathologies tissulaires

Depuis le 5 mars, Corinne Autexier a intégré le pôle cancérologie du CHU de Poitiers afin de dispenser des soins de confort et de bien-être aux patients. Ses soins esthétiques ont pour objectifs de restaurer l'image des personnes fragilisées physiquement, psychologiquement et socialement, de les aider à retrouver confiance et à se valoriser, les amener à prendre soin d'elles-mêmes et à y prendre plaisir. Corinne Autexier dispense aussi des conseils sur le maquillage (comment redessiner ses sourcils ou masquer des imperfections liées aux traitements...). L'échange avec le malade comprend également une grande part de relationnel.



La prestation, gratuite, s'effectue sur demande directe du patient ou sur proposition du personnel soignant, lors de la consultation d'annonce. Corinne Autexier ne se présente auprès des personnes qu'après discussion avec les équipes soignantes pour estimer leurs dispositions à recevoir ces soins. Elle exerce plus particulièrement au sein de l'hôpital de jour, de la radiothérapie, de l'hôpital de semaine, en hématologie et même en chambres stériles. Exerçant à mi-temps, elle a été recrutée avec le soutien financier du comité départemental de la Ligue contre le cancer et de mécènes.

Les 60 ans de la bibliothèque hospitalière

L'association de la bibliothèque hospitalière a fêté son 60^e anniversaire le 24 octobre dernier, à l'occasion de son assemblée générale annuelle. Pour célébrer cet anniversaire et dans le cadre de l'opération «Lire en fête», la bibliothèque avait invité le grand public à rencontrer l'écrivain Yves Viollier. La bibliothèque, située au 11^e étage de Jean Bernard sur le site de l'hôpital de la Milétrie, est ouverte aux patients, aux familles, aux visiteurs ainsi qu'au personnel de l'établissement, les lundi, mardi, jeudi et vendredi, de 12h à 16h. Créée en 1947 à l'Hôtel-Dieu, elle fonctionne aujourd'hui avec une soixantaine de bibliothécaires bénévoles. Les subventions proviennent essentiellement du CHU de Poitiers, du Conseil régional, du Conseil général et, jusqu'à cette année, du Centre national du livre. La bibliothèque propose aux patients des romans, des documentaires, des livres régionaux, des bandes dessinées, des livres d'enfants, des ouvrages en langue étrangère, en large vision (adaptés aux malvoyants), des magazines ainsi qu'un large choix de musique, de livres lus, de CD et des lecteurs nécessaires à leur écoute, et depuis 2003, des DVD. Plus de 500 documents – écrits, audio ou vidéo – sont ainsi prêtés chaque semaine, représentant plus de 26 000 prêts par an. Chaque année, 500 nouveautés sont achetées, dont près de 200 romans et biographies choisis dans les librairies locales et proposés au comité de lecture.

Florent Roger, orthoptiste

Florent Roger est orthoptiste dans l'unité de consultation d'ophtalmologie depuis décembre 2005. Il a effectué en 2006 près de 2 500 consultations de patients. Il apporte des précisions sur ses missions.



Qu'est-ce que l'orthoptie ?

L'orthoptie est une discipline paramédicale, comme l'orthophonie. Reconnue depuis les années soixante, elle consiste à étudier et à rééduquer les muscles des yeux en cas de défauts de mobilité (paralysie...) et/ou de vision binoculaire (strabisme, convergence...). Elle permet d'optimiser les stratégies d'utilisation de la vue. Le champ d'action de l'orthoptiste tend à se développer et à s'enrichir au fil des années. Ainsi, depuis 2003, les orthoptistes peuvent diagnostiquer et préconiser un type de correction visuelle, sous réserve de validation par un médecin ophtalmologiste.

Comment devient-on orthoptiste ?

Originaire de Blois, j'ai intégré une école d'orthoptie à Tours pour être diplômé, après 3 années d'études, et obtenir un certificat de capacité d'orthoptie. La formation est en fait majoritairement une formation de terrain, à raison de 6 heures de stage par jour pendant les 3 années.

Quel est votre rôle au sein du service d'ophtalmologie du CHU de Poitiers ?

Je travaille en collaboration directe avec les médecins ophtalmologistes, pour lesquels j'assure certains examens : les OCT (Optical Coherence Tomography ou tomographie en cohérence optique) pour obtenir des images de coupe des différentes couches de la rétine d'une grande précision, la vidéokératométrie pour la cornée, le champ visuel pour la vision périphérique... J'accompagne les enfants strabiques pour la rééducation fonctionnelle et juger de l'évolution de leur pathologie. Je prends en charge également les patients présentant une paralysie des muscles des yeux, patients

auxquels je diffuse des conseils pour un meilleur confort de vie. Enfin, j'apporte un avis consultatif aux médecins du service et j'aide le Dr Martial Mercié et le Dr Michèle Boissonot lors de leurs consultations ophtalmo-pédiatriques le mercredi.

Comment les patients sont-ils dirigés vers vous ?

La majorité des patients sont orientés en interne, par les services de neurologie, d'ORL et de pédiatrie, ou bien sûr par mes collègues ophtalmologistes.

NB – Au vu de la demande de consultations et de la complémentarité apportée aux ophtalmologues par Florent Roger, le pôle médipool envisage le recrutement d'un second orthoptiste. Mais celui-ci ne pourra prendre ses fonctions que lorsque le plateau de consultation du pôle sera réaménagé.

- 1958 - 2008 -
50 ans des CHU
12 - 13 janvier 2008
PORTES OUVERTES
 Hôpital de la Milétrie - Faculté de médecine et de pharmacie

- SOIGNER
- ENSEIGNER
- RECHERCHER

Un nouveau centre de recherche clinique

Installé depuis 2002 dans le pavillon Camille Guérin, le Centre de recherche clinique a inauguré le 2 octobre dernier ses nouveaux locaux, plus grands et plus fonctionnels, au sein de Jean Bernard. Ce déménagement s'inscrit dans une volonté de la direction d'accompagner et de mieux structurer la recherche menée au CHU de Poitiers dans le but d'obtenir une labellisation Inserm.

Le 2 octobre dernier, le centre de recherche clinique (CRC) a inauguré, en présence de nombreuses personnalités, ses nouveaux locaux au sein de Jean Bernard. Au-delà du côté solennel, cet événement marque véritablement la détermination du CHU de Poitiers de favoriser et de promouvoir la recherche afin d'obtenir une reconnaissance par l'Inserm. *«En effet, avec la création, en 2002, du centre de recherche clinique, la volonté était de mettre en place une structure transversale de promotion de la recherche clinique et de stimuler celle-ci au niveau du site, rappelle le professeur François Guilhot, directeur du CRC. En 2003, lorsque l'on m'a confié la responsabilité de cette structure, la mission était de la faire évoluer vers une unité de recherche labellisée par l'Inserm, afin que ce CRC devienne centre d'investigation clinique (CIC).»*

Le premier pas vers ce label a été d'identifier des équipes de recherches fortes afin que le CHU puisse asseoir sa notoriété dans certaines disciplines. Trois thématiques ont ainsi été identifiées : "leucémie myéloïde chronique", "nutrition, facteurs fœtaux et post-natals et maladies chroniques" et "neurosciences cliniques". Autant de thématiques qu'il y a d'équipes de recherche, confortées par une équipe supplémentaire dite de méthodologie de la recherche clinique et bio-statistique dont une des missions principales est d'aider les équipes à l'écriture de leur projet scientifique.

«A cette structuration intellectuelle de la recherche s'est ajoutée une se-

conde étape, soutenue fortement par la direction de l'hôpital, qui a été de réorganiser pratiquement cette recherche avec la mise à disposition de nouveaux locaux.» Autrefois installées dans le bâtiment Camille Guérin, dans un espace de 250 m²,



Jean-Pierre Dewitte, directeur du Centre hospitalier universitaire, Marie-Sophie Dessaule, directrice de l'Agence régionale d'hospitalisation, et Catherine Coutelle, députée, coupent le ruban lors de l'inauguration des nouveaux locaux du CRC.

les équipes du CRC partagent dorénavant les 670 m² des anciens locaux totalement réhabilités du laboratoire d'hématologie. Ce qui, au-delà d'offrir de meilleures conditions de travail, permet d'accueillir un nombre plus important de patients, notamment dans le domaine de la pédiatrie. L'an dernier, plus de 600 patients, principalement adultes, ont été accueillis au CRC.

«Avoir un centre reconnu au niveau national, c'est l'opportunité pour ces patients, grâce à la collaboration avec des équipes extérieures en France mais aussi à l'international, d'avoir recours à des traitements uniques au monde, souligne le professeur Régis Hankard, codirecteur médical du CRC. A titre d'exemple, dans le cadre de la thématique "Nutrition, facteurs fœtaux et post-natals et maladies chroniques", nous accueillons une cohorte Inserm qui permet à des enfants myopathes de bénéficier de traitements qui

favorisent la reconstitution des muscles.» Il en est de même dans la thématique «Leucémie myéloïde chronique» : les malades atteints de ce cancer de la moelle osseuse ont accès à des médicaments qui ont véritablement un effet majeur dans leur rémission.

Mais, la délivrance de ces nouveaux traitements, qui s'inscrit dans le cadre de tests menés en lien avec l'industrie pharmaceutique, n'est possible qu'après tout un travail de recherche cognitive translationnelle réalisée au sein des laboratoires du CRC, suivi d'une valorisation de

cette recherche par le biais de publications. *«Sans cette production scientifique, notre travail n'est pas reconnu et la pérennité du CRC peut être remise en cause»,* note le professeur Guilhot.

D'où une mission essentielle sur laquelle le CRC souhaite renforcer ses efforts : former par et à la recherche. *«Le CRC doit véritablement être un lieu ouvert aux médecins, aux internes, aux étudiants...* ajoute son directeur. *Nous accueillons la recherche clinique en provenance d'autres équipes en gastro-entérologie, dermatologie, cancérologie. En 2006, 40 protocoles différents ont été menés. Mais le souhait est véritablement de créer une plus grande émulation qui favorisera le développement de recherches innovantes et compétitives.»* Car le professeur Guilhot n'oublie pas son objectif : obtenir le précieux label. A suivre... ■

Chez nous,
100 %
des clients
ont un
conseiller personnel



Rencontrons-nous à :

Poitiers Centre

39, place du Maréchal Leclerc

Poitiers Sud

Centre Commercial Porte Sud
204, avenue du 8 mai 1945

www.tarneaud.fr

Banque Tarneaud



Une autre vision de la banque

Venez chercher votre catalogue professionnel 2008

DISTRI CLUB MEDICAL

LA RÉFÉRENCE
PROFESSIONNELLE
du Matériel Médical

- Mobilier
- Kinésithérapie
- Diagnostic
- Instrumentation
- Hypodermie Pansements
- Protection Désinfection
- Secours
- Aide à la vie

OUVERT 6 JOURS / 7 :
le lundi & le samedi
10h-12h & 15h-18h
du mardi au vendredi
9h-12h45 & 14h-18h30

Livraison & Reprise des déchets médicaux*



Poitiers
Centre ville
Clinique de la
Providence
Route de
Nouaillé

sarl A.C.M.
4 rue de la Providence - POITIERS
05 49 45 77 45
05 49 45 15 37
dcm86@wanadoo.fr
www.districtclubmedical.fr
(face à la Polyclinique)

À moins de
15 mn du CHU

À vendre : Terrains Viabilisés
Surfaces : 802 à 1 356 m²
Prix : 36 000 à 54 000 €

Terrains libres de
tous constructeurs.

Dépôt des permis de
construire possible à
partir de mai 2008.

Informations et réservations
(dès à présent) au :

05 49 88 58 58
OU
06 32 40 27 15



COMMUNE DE TERCÉ LOTISSEMENT Lieu dit : "La Popelinère"



Infection avec destruction osseuse

L'amputation n'est plus la seule alternative

Dans le cadre d'une consultation spécialisée unique dans la région, appelée consultation ostéite, une technique chirurgicale innovante de reconstruction osseuse est mise en œuvre. Elle permet à des patients atteints d'infection osseuse avec destruction de l'os d'échapper à l'amputation. Une technique rendue possible grâce à l'évolution du génie génétique et à une collaboration étroite entre l'infectiologue et le chirurgien orthopédiste.

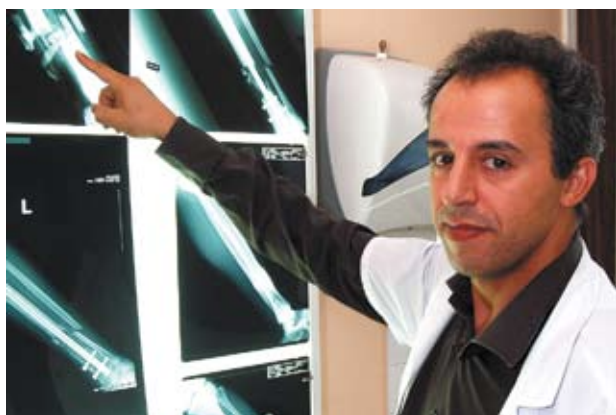
«*D*eux mécanismes peuvent entraîner une infection des os, explique le docteur Hamid Hamcha, chirurgien orthopédiste et traumatologue. Soit l'agent infectieux pénètre dans l'os à la suite d'une fracture, soit il a un caractère hémotogène, c'est-à-dire qu'il provient d'un autre endroit infecté du corps comme une dent malade ou une infection urinaire.» L'atteinte osseuse, appelée ostéite ou ostéomyélite, est une inflammation de la moelle osseuse. Lorsque l'os est infecté, la moelle osseuse enflé et exerce une pression contre les vaisseaux sanguins de l'os qui empêche les cellules osseuses d'être alimentées, ce qui entraîne la mort d'une partie de l'os. L'infection peut ensuite s'étendre aux muscles et aux autres tissus mous environnants. «*Les conséquences de cette atteinte osseuse peuvent être très*

graves et aboutir, si elle n'est pas traitée à temps, à l'amputation ou pire au décès du malade.»

Pour y faire face, il existe au sein du CHU de Poitiers une consultation, dite consultation ostéite, unique dans la région, qui regroupe un infectiologue et un chirurgien orthopédiste. «*Le but de cette consultation est d'assurer une prise en charge médicochirurgicale optimale pour le patient*, souligne le docteur Gwenaël Le Moal, du service des maladies infectieuses et tropicales, qui assure avec son confrère, le docteur Morgan Frelon, chirurgien orthopédiste, les permanences de la consultation ostéite. *Nous mettons en commun nos connaissances pour bien mesurer les limites de chaque spécialité et proposer une gestion satisfaisante de l'antibiothérapie ou un traitement chirurgical adapté.»*

Les cas traités, envoyés par les médecins généralistes, les dermatologues, les diabétologues ou encore les différents centres hospitaliers de la région, vont de la simple infection qui nécessite l'administration d'antibiotiques, à l'infection d'une prothèse qui oblige à remplacer l'appareillage ou encore à une infection plus avancée qui requiert un nettoyage par excision des tissus et de l'os nécrotiques avant un traitement d'antibiotiques,

Le docteur Hamid Hamcha montre une série de radiographies représentant les différentes phases de la reconstruction osseuse de la jambe d'un jeune accidenté (ci-dessous et page suivante).



jusqu'à l'infection accompagnée de destruction osseuse.

Dans ce dernier cas, il y a un peu moins de cinq ans, la seule solution était l'amputation. Depuis trois ans, une technique chirurgicale, dite de reconstruction osseuse d'une partie de substance diaphysaire des os longs, est mise en œuvre au CHU par le docteur Hamcha : « Cette technique lourde, pratiquée seulement dans quatre autres CHU en France¹, est devenue possible grâce à l'évolution du génie génétique qui propose dorénavant des protéines capables de produire de l'os sur des longueurs importantes de plus de 15 centimètres. » Auparavant, il était difficile d'envisager une reconstruction qui aille au-delà de 5 cm.

Les bénéficiaires sont identifiés lors de la consultation ostéite. Les cas les plus fréquemment traités sont des personnes victimes d'accident de la voie publique ayant subi des fractures ouvertes au niveau des jambes – pour les membres supérieurs d'autres techniques sont mises en œuvre – qui ne se sont jamais consolidées suite à une infection ayant entraîné une perte de substance osseuse. « Je passe un contrat d'un an avec le patient, poursuit le docteur Hamcha. L'engagement est, qu'après cette période, il reprenne une vie tout à fait normale, sur ses deux jambes. »

Le traitement repose sur trois interventions. « La première consiste tout d'abord, après toute une série d'examen (scanner, scintigraphie, prélèvements, bilan biologique...), à exciser les tissus infectés et l'os

nécrosé jusqu'en territoire sain. Ensuite, pour consolider l'ensemble, il faut installer un fixateur externe et combler provisoirement les parties manquantes de l'os par une entretoise en ciment. Afin d'éviter une surinfection, un lambeau – partie de muscle ou de peau prélevée ailleurs sur le patient – est posé dans le but de combler les pertes de substances et favoriser l'apport d'antibiotique. » En amont et durant cette intervention, la collaboration avec l'infectiologue est essentielle : « Elle assure une grande partie de sa réussite par le choix des bons antibiotiques aux bonnes doses mais aussi grâce à une surveillance continue de l'efficacité et de la tolérance du traitement. »

Quelques jours d'hospitalisation

La deuxième intervention porte sur la reconstruction osseuse. Des petits morceaux d'os spongieux, qui se trouvent à l'intérieur de crêtes iliaques, sont prélevés sur le patient pour être mélangés ensuite à des protéines ostéoinductrices, facteurs de croissance. Ce mélange, capable d'élaborer du tissu osseux par différenciation et multiplication des cellules, est appliqué dans la partie manquante de l'os sain. L'entretoise en ciment sert alors de charpente à la formation du tissu osseux.

Enfin, lors de la troisième intervention, lorsque le tissu osseux est devenu mécaniquement résistant, le fixateur de consolidation est enlevé. « A la suite de ces séries d'interventions, programmées sur une année et nécessitant quelques jours d'hos-

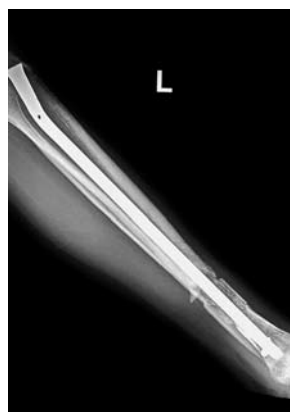
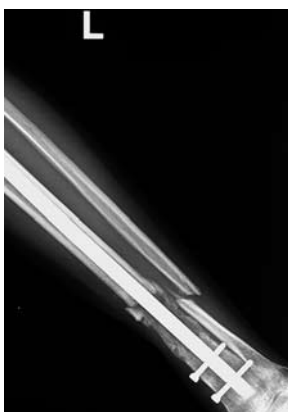
pitalisation, le patient reprend le fonctionnement normal de ses jambes et je ne le revois, a priori, plus. »

A l'heure actuelle près de 40 interventions de ce type ont été menées au CHU de Poitiers avec un taux de réussite de 100 %. Si le nombre de patients peut sembler restreint, c'est que le choix des bénéficiaires est très sélectif : « Cette technique coûte très cher. Rien que pour les protéines ostéoinductrices, il faut compter 10 000 euros par patient. Elle s'adresse à des gens jeunes qui n'ont pas de pathologies associées à leur infection. Autres critères : il est important que les articulations du genou et de la cheville soient fonctionnelles ainsi que le nerf tibia postérieur qui permettra par la suite d'avoir un pas correct et une bonne sensibilité. »

Là aussi, pour le choix des patients, le couple infectiologue et chirurgien orthopédiste joue un rôle majeur : « L'objectif est d'assurer la totale réussite de l'opération. Pour cela, il faut trouver le juste équilibre entre le risque infectieux, le risque orthopédique et le risque physiologique pour le patient », note le docteur Le Moal.

Cependant, dans les prochaines années, le nombre de malades pris en charge devrait augmenter. « En effet, maintenant que nous maîtrisons mieux la technique et que nous contrôlons les risques, nous pourrions en faire bénéficier d'autres patients », conclut le docteur Hamcha. ■

¹ Paris, Bordeaux, Lyon, Marseille.





Vertébroplastie et kyphoplastie

Des techniques de pointe pour le traitement des fractures vertébrales

En France, on dénombre chaque année 700 000 fractures vertébrales, lesquelles font l'objet de 150 000 hospitalisations. La douleur est souvent majeure et nécessite par conséquent une prise en charge médicale. La vertébroplastie et la kyphoplastie, deux techniques parentes, sont aujourd'hui pratiquées au CHU de Poitiers afin de traiter ces douleurs et redresser le plateau vertébral, dans des délais très brefs.

Depuis un an, l'équipe de radiologie et d'imagerie médicale du CHU de Poitiers a acquis un savoir-faire et une reconnaissance dans la pratique de la vertébroplastie. Cette technique constitue une réponse aux douleurs liées aux fractures vertébrales – le plus fréquemment provoquées par l'ostéoporose – en permettant d'accroître les capacités fonctionnelles du patient. Elle permettrait également d'éviter un affaissement supplémentaire du plateau vertébral. Le traitement, peu invasif, se réalise par l'injection, sous contrôle fluoroscopique, d'un ciment dans la zone de fracture destinée à être renforcée. Cette

technique évite le maintien couché du patient durant plusieurs jours nécessaire à la consolidation de la zone fracturaire : en effet, suite à la vertébroplastie, le patient se relève dans plus de 80% des cas le lendemain de la procédure et son traitement antalgique peut être largement diminué ou arrêté très rapidement. La vertébroplastie permet également de réduire les douleurs liées à des métastases et des lésions tumorales vertébrales : elle peut éventuellement suppléer ou s'accompagner d'une radiothérapie. En cas d'effondrement de la vertèbre lors de la fracture, ce qui entraîne une perte de hauteur et donc des troubles de

la statique pour le malade, il existe une technique correctrice d'introduction plus récente : la kyphoplastie. Elle est désormais pratiquée au sein du CHU où une trentaine de patients ont ainsi pu être opérés grâce à ce traitement depuis le début de l'année. Sur le plan technique, la kyphoplastie consiste à introduire par voie transcutanée peu invasive un ballonnet très résistant, pouvant être gonflé à plusieurs atmosphères, dans le corps vertébral fracturé. L'opération est menée sous anesthésie générale avec contrôle fluoroscopique. La qualité du matériel utilisé, le seul de la région à permettre une vue de face et de profil simultanée, aide à prévenir d'éventuels risques de fuite de ciment. L'opération menée dans un but antalgique permet une sédation rapide de la douleur. La kyphoplastie a un but de santé publique car, au lieu de rester 15 jours dans un lit, le patient est rétabli en l'espace de 24 heures. Celui-ci est admis la veille au soir ou le matin dans le service qui l'héberge et l'intervention se fait en fin de matinée. Anesthésie comprise, la procédure dure une heure. Le patient est ensuite redirigé vers son service d'accueil où il restera jusqu'au lendemain matin. *«C'est une technique simple et sûre. Pour le patient, le rapport bénéfique/risque est élevé. Les complications minimales, telle la fuite de ciment, sont bien maîtrisées»*, estime le Pr Jean-Pierre Tasu. L'intérêt de la kyphoplastie – dont le coût reste dix fois supérieur à celui de la vertébroplastie (4 000 euros contre 400 euros) – est

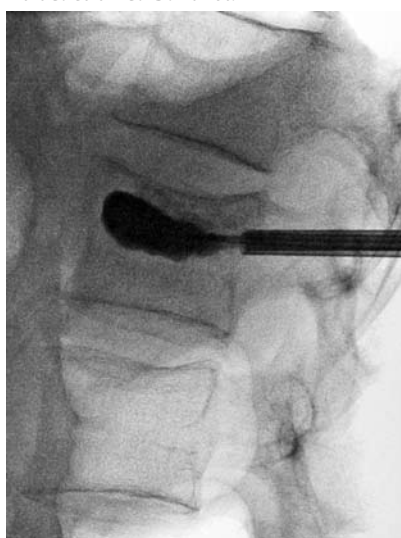
également de rétablir une hauteur vertébrale normale, ce qui est très important sur le plan fonctionnel pour le rachis en entier.

Des réunions réunissant médecins cliniciens, radiologues et chirurgiens sont l'occasion d'étudier de manière collégiale les différents cas afin de déterminer la meilleure technique à employer. Si le geste technique s'avère difficile, notamment dans les cas de symptômes neurologiques (de compressions médullaires par exemple) ou en cas de fractures-tassements traumatiques "type A" sans instabilité du sujet jeune, une orientation chirurgicale est alors préconisée. Les patients sont alors pris en charge par le Dr Rémi Prébet en orthopédie ou par le Dr Philippe Rigoard en neurochirurgie. Une fois que l'indication est retenue, le patient doit effectuer une consultation anesthésique et le plus souvent passer un scanner ou une IRM pour préparer l'intervention. Dans les suites, le patient peut faire l'objet d'un suivi à distance par un scanner afin de vérifier qu'il n'y a pas de fuite de ciment et pour évaluer la restitution de la hauteur de la vertèbre. ■

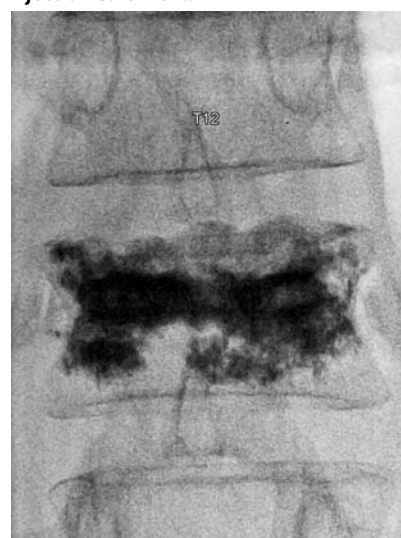
Mesure de l'inclinaison des vertèbres.



Introduction du ballonnet.



Injection du ciment.





Chirurgie ambulatoire et HAD : les nouveaux visages de l'hôpital

La France est à la traîne sur les nouvelles offres d'hospitalisation que sont la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile (HAD). Elle tente aujourd'hui de combler ses lacunes. Par exemple, au CHU de Poitiers, l'unité de HAD, ouverte voici un an et demi, va doubler ses capacités de prise en charge début 2008. Et l'établissement a inauguré son unité de chirurgie ambulatoire le 14 novembre dernier.

Selon le directeur général du CHU de Poitiers, Jean-Pierre Dewitte, plusieurs éléments concourent au développement de nouvelles offres d'hospitalisation. Le premier élément est une donnée sociologique de base selon laquelle toute personne ne souhaite pas être hospitalisée et, quand elle doit l'être, elle aspire à une durée de prise en charge très courte. Le second est technique : les équipes maîtrisent depuis quelque temps déjà les anesthésies de courte durée et le CHU a orienté l'organisation de son

plateau d'imagerie pour que les délais d'examens nécessaires à la mise en place d'une thérapeutique soient les plus brefs possibles. Et le troisième est, «*qu'on le veuille ou non*», la crainte des infections nosocomiales, toujours présente en milieu hospitalier. «*Ces trois facteurs (attente des patients, progrès technique et crainte des infections nosocomiales) font que nous assistons à une diminution de la durée des séjours*», résume le directeur général.

Selon lui, le CHU de Poitiers est au milieu du gué : la durée moyenne des séjours est de 4,5 à 4,8 jours. «*Un chiffre qui ne reflète cependant pas la disparité des durées selon les services.*» Dans certaines disciplines, comme la rhumatologie, la part des séjours inférieurs à 48 heures frôle les 65%, tandis qu'elle tourne autour des 30% en neurologie. Certaines disciplines se prêtent particulièrement à l'ambulatoire comme la cancérologie dont 97% des soins sont

pratiqués en moins de 12 heures. Au premier semestre 2007, les deux tiers des 66 000 séjours d'hospitalisation étaient inférieurs à 48 heures.

Que signifient ces données ? *«Qu'il faut s'adapter et que l'hospitalisation doit changer.»* Cela se traduit par la création de plateaux chirurgicaux et médicaux d'ambulatoire, *«pour aller en deçà des 48 heures»*. De fait : une unité de chirurgie ambulatoire de 15 places – regroupant l'activité chirurgicale inférieure à 12 heures de tous les pôles – s'est ouverte en novembre et un plateau médical de jour est à l'étude dans chacun des pôles. Cela se traduit aussi par la nécessité de changer l'organisation, c'est-à-dire les flux et la gestion des entrées. *«Il faut que l'hôpital sorte de ses murs, avec l'hospitalisation à domicile.»* Pour le chef d'établissement, cette évolution est un élément d'avenir. *«La vie de l'hôpital va avoir deux rythmes : celui des interventions programmées et planifiées, permettant d'établir rapidement le diagnostic et d'amorcer la thérapeutique. Et celui des urgences qui exige des règles et des réponses différentes.»* De fait, le développement de l'ambulatoire comme de l'hospitalisation à domicile

exige que les partenariats se renforcent entre l'hôpital et la médecine de ville. Les médecins libéraux, les intervenants paramédicaux et les équipes de l'hôpital doivent se réunir autour des patients. Ces nouvelles formes d'hospitalisation restaurent les liens entre les différents intervenants du soin et forment de nouvelles plaques tournantes. *«Il faut avoir une vision déterminée car les habitudes sont longues à changer. Nombre de gens sont encore admis la veille de l'hospitalisation car les soignants ont peur qu'ils prennent un petit-déjeuner.»*

Comment dimensionnerons-nous un hôpital dans 10 ans ? Par les lits ou le plateau technique ? *«Le plateau technique, c'est sûr. Ne peut-on pas imaginer un hôpital sans lits avec un service hôtelier attendant ? C'est une révolution dont un paramètre n'est pas ajustable : le vieillissement de la population peut contrebalancer la tendance au raccourcissement des séjours.»*

«Le développement de la chirurgie passe par l'ambulatoire»

Le 19 novembre s'est ouverte l'unité de chirurgie ambulatoire, à côté des blocs opératoires. Il dispose de 15 pla-

Petite définition *

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie sans hospitalisation, comprenant des actes chirurgicaux et d'exploration programmés, réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance post-opératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie d'un patient le jour même de son admission.

* Donnée par la conférence de consensus de mars 1993.

Une demi-journée en chirurgie ambulatoire

M. Picard (son nom a été changé) était examiné le 12 octobre 2007 pour contrôler par cystoscopie une tumeur opérée en 2005. Cet examen relève de la chirurgie ambulatoire d'urologie. Il est effectué sans anesthésie. M. Picard a été contacté 48 heures avant le jour de l'intervention pour lui confirmer sa prise en charge et s'assurer qu'il a bien des urines stériles. Le 12 octobre, il est arrivé à 8h30 pour la vérification de son dossier et de ses urines. Il s'est ensuite mis en tenue et s'est installé dans un fauteuil médical afin d'attendre le moment d'aller au bloc opératoire. La tumeur étant en récurrence, M. Picard est ressorti de l'unité de chirurgie ambulatoire d'urologie en fin de matinée avec un rendez-vous pour une nouvelle intervention qui se déroulera aussi en chirurgie ambulatoire. Rappelons que l'unité de chirurgie ambulatoire d'urologie était la seule unité de ce type au CHU de Poitiers. Son activité est désormais réalisée dans l'unité nouvellement créée à côté des blocs opératoires communs.



ces, opérationnelles de 7h15 à 18h aux patients. *«Tous les acteurs et preneurs de décision de la santé pensent que le développement de la chirurgie passe par l'ambulatoire»*, indique Eric Dupeyron, chef de projet de la chirurgie ambulatoire au CHU de Poitiers. En développant la chirurgie ambulatoire, l'hôpital public français souhaite en effet rattraper un retard certain face aux autres pays – les pays du Nord enregistrent des taux records de chirurgie ambulatoire compris entre 60 et 78% – et face au secteur privé. En effet, selon un état des lieux dressé en 2005 par la Fédération hospitalière de France (FHF), le secteur public a enregistré 639 038 venues en ambulatoire contre 2 472 941 pour le privé. La part du secteur public, encore faible, a légèrement augmenté passant de 19% en 2001 à 21% en 2005.

Notons en outre que la chirurgie ambulatoire est considérée comme une des sources potentielles d'économies pour le système de santé dans son ensemble.

L'ouverture de cette unité est un des derniers "gros" objectifs du projet d'établissement 2001-2007 du CHU de Poitiers qui répond *«avant tout, à l'attente des patients, à savoir rester le moins longtemps possible à l'hôpital tout en bénéficiant des conditions optimales de prise en charge»*.

En premier lieu, il s'agissait de regrouper l'existant en un seul endroit, proche des blocs. En second lieu, Eric Dupeyron

espère une augmentation de l'activité. Dix-huit gestes sont considérés comme réalisables en quasi-totalité en chirurgie ambulatoire. On les retrouve essentiellement en ophtalmologie, comme l'opération de la cataracte, en orthopédie et en urologie qui représentent les trois quarts du volume des opérations effectuées en ambulatoire. Puis viennent aussi la gynécologie, la radiothérapie interventionnelle ou l'ORL avec les amygdales, etc. *«Nous espérons que les différentes disciplines vont ensuite développer des techniques réalisables en ambulatoire.»*

Quant aux techniques d'anesthésie, cela fait longtemps qu'elles sont adaptées à la chirurgie ambulatoire et largement développées dans les pays anglo-saxons. *«La chirurgie ambulatoire peut se pratiquer sans anesthésie, avec une anesthésie locale pratiquée par le chirurgien, avec une anesthésie loco-régionale ou générale pratiquées par l'anesthésiste. Par exemple, 80% des actes d'urologie ambulatoire se pratiquent sans anesthésie»*, explique le Pr Bertrand Debaene, chef du service d'anesthésie-réanimation et coordonnateur du pôle blocs opératoires.

L'ambulatoire : des lits et surtout une organisation

La chirurgie ambulatoire se concrétise sous la forme d'un espace plus proche du concept hôtelier que de l'hôpital,

Le service d'ophtalmologie en ambulatoire.



mettant l'accent sur la qualité de l'accueil des patients. Il comprend 15 places dont 5 boxes. L'unité emploie quatre infirmières ou infirmiers, trois aides-soignant(e)s et deux secrétaires. La place de l'infirmière dans l'accueil, l'éducation et l'information du patient est déterminante. Une salle de l'unité est prévue pour réaliser les actes de lithotritie extra-corporelle. Les opérations et le réveil sous surveillance s'effectuent respectivement dans les blocs opératoires et dans les espaces communs à l'hôpital, situés à côté. Les chirurgiens et les anesthésistes ne sont pas dédiés non plus à l'unité. Plus qu'un espace d'accueil, l'unité de chirurgie ambulatoire est surtout un concept d'organisation, un circuit de prise en charge d'une catégorie d'interventions : celles ne nécessitant pas d'hospitalisation supérieure à 12 heures et qui peuvent être programmées. *«Organisation et programmation sont les raisons d'être de la chirurgie ambulatoire»*, synthétise le Pr Bertrand Debaene. Privilégiant la gestion des flux, cette organisation libère ainsi des lits dans les services pour les personnes nécessitant une hospitalisation conventionnelle. L'objectif est ainsi d'utiliser en priorité le rôle médical et la technologie de pointe de l'hôpital et de réduire au minimum le rôle d'hébergement.

Une mécanique de précision

«L'organisation d'une unité de chirurgie

ambulatoire s'apparente à la mécanique de précision. Le moindre couac ou autre grain de sable, comme un patient qui arrive en retard pour son opération, désorganise le service pour toute la journée», précise Bertrand Debaene. De fait, le protocole d'accueil de chaque patient est millimétré.

C'est lors de la consultation chirurgicale que la proposition de prise en charge ambulatoire est faite. Suit alors la consultation d'anesthésie, pendant laquelle le praticien valide ou invalide la prise en charge ambulatoire et fixe la date opératoire. Le patient est alors informé des modalités de la prise en charge en ambulatoire. Après ces consultations, le patient est inscrit administrativement et reçoit sa convocation. La veille de l'intervention, la secrétaire de l'unité d'ambulatoire l'appelle pour confirmer sa prise en charge, lui donner les consignes d'hygiène et l'obligation de venir à jeun. Le jour de l'opération, les admissions dans l'unité se font à 8h, 7h15 pour l'orthopédie.

Une demi-heure plus tard, le patient est installé et préparé. Il peut être opéré dès 9h pour être en salle de réveil à 10h. A 11h, il est de retour dans l'unité et reçoit la visite de contrôle. A midi, le patient peut rentrer chez lui. *«Les entrées se font ensuite jusque vers 14h»*, ajoute Eric Dupeyron.

Le lendemain, une infirmière contacte le patient pour savoir comment s'est passée la nuit. La date de la consul-



La salle de surveillance post-interventionnelle.

tation de contrôle étant fixée par le chirurgien en fonction de la pathologie.

HAD : doubler les capacités d'accueil en 2008

L'offre en France de lits d'hospitalisation à domicile se développe grâce à l'assouplissement des conditions réglementaires d'ouverture des structures et à la levée des freins tarifaires. Fin 2006, 7 500 places de HAD avaient reçu l'autorisation d'ouvrir dont 6 200 étaient effectivement installées. Fin février 2007, le gouvernement d'alors s'était fixé comme objectif de proposer 15 000 places en 2010.

Rappelons-en rapidement les principes : il s'agit de répondre au souhait souvent exprimé des patients de rentrer rapidement chez eux. Sous certaines conditions, ils peuvent poursuivre leur temps d'hospitalisation à leur domicile, en bénéficiant des mêmes soins, de la même qualité de suivi qu'à l'hôpital sans ses inconvénients (éloignement, locaux impersonnels, crainte des infections nosocomiales...). Les conditions sont les suivantes : il doit y avoir une demande express du patient, un accord nécessaire du médecin traitant, un foyer adapté à l'accueil de certains matériels, l'accord et la présence de l'entourage du patient.

En hospitalisation à domicile, le métier d'infirmière évolue vers plus d'autonomie.



L'unité d'hospitalisation à domicile, dirigée par le professeur Pascal Roblot, est ouverte depuis un an et demi maintenant. C'est la seule structure hospitalière financée en totalité par la tarification à l'activité. Elle comprend huit infirmières, une infirmière coordinatrice et un médecin coordonnateur pour quinze places, et seize infirmières et un cadre dès lors qu'il y a trente places. En 2006, 290 patients ont été admis et 183 de janvier à août 2007. Il est de fait possible de tirer un premier bilan. Le professeur Roblot illustre sa satisfaction : *«Les médecins traitants – dans un premier temps circonspects – avec qui nous avons travaillé nous envoient maintenant directement des patients. Autre motif de satisfaction : les très nombreuses lettres de remerciement des patients et des familles.»*

Sans avoir fait de typologie précise, trois types de pathologies et soins sont beaucoup traités dans l'unité : les soins palliatifs, les plaies et la cancérologie. Mais l'équipe gère des cas très divers et vient d'établir avec la pédiatrie une prise en charge des traitements antibiotiques pour les jeunes enfants afin, comme toujours en HAD, de raccourcir le temps passé dans les murs de l'hôpital.

De 12 places en janvier 2006, elle s'est fixé comme objectif de proposer 30 places au début de l'année 2008. *«L'augmentation du nombre de "lits" nous permettra d'élargir notre périmètre d'action au-delà des 30 minutes de transport que nous nous étions fixées»*, indique le Pr Pascal Roblot. Pour faire face à cette augmentation d'activité programmée, l'équipe de l'unité va s'agrandir et accueillir un cadre infirmier, Michel Dudognon, et bénéficier d'un temps de préparateur en pharmacie. En effet, la diversité des pathologies prises en charge en HAD induit une préparation totalement différente des molécules par rapport aux autres services de l'hôpital. *«Les services regroupés par disciplines fonctionnent avec des dotations de produits»*, explique Brigitte Larré, infirmière coordinatrice. *Chez nous, chaque patient a une prescription*

différente. Si nous fonctionnions par dotation de produits, nous aurions besoin de toute la pharmacie ! De fait, nous avons besoin que quelqu'un s'occupe précisément de cette tâche.»

Le mot-clé de la HAD : coordination

La qualité de l'hospitalisation à domicile (HAD) repose en grande partie sur la qualité de la coordination entre les différents acteurs, qu'ils soient de l'hôpital ou de la ville, médicaux ou paramédicaux, patients ou proches du patient. Cette coordination est assurée par Brigitte Larré, infirmière, et le professeur Pascal Roblot. *«Tout ce temps passé à appeler les médecins, les infirmières, les différents intervenants est évidemment à la fois énorme et incompressible. C'est chronophage car peu habituel mais la réussite est évidente»*, indique le médecin. D'ailleurs, depuis l'ouverture, de nouveaux liens sont venus s'ajouter à ceux déjà tissés avec les médecins de ville et les infirmières libérales : des liens avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour pouvoir prendre en charge certaines personnes âgées et leur éviter d'aller à l'hôpital, des liens avec l'association départementale des kinésithérapeutes, des liens avec les structures sociales comme les services de soins

infirmiers à domicile afin de s'accorder sur les transitions de patients et garantir la continuité des soins.

Le métier d'infirmière chamboulé

De ce nouveau type d'hospitalisation découlent de profondes modifications dans les métiers. *«L'hospitalisation à domicile est un exercice difficile pour les infirmières car on leur demande à la fois d'avoir un esprit d'équipe et d'être autonomes»*, note Pascal Roblot. Le sens du travail collectif est de faciliter la coordination entre les différents intervenants et l'autonomie pour faire face seule avec sang-froid à certaines situations au domicile. Il peut être utile, par exemple, pour ne pas oublier de matériel dans sa sacoche... *«Ceci en sachant que les infirmières ne sont pas totalement isolées et peuvent toujours avoir un contact avec leurs collègues de l'unité ou moi-même»*, précise Brigitte Larré.

Les infirmières de HAD sont de fait un peu à la lisière de la pratique en milieu hospitalier et de la pratique libérale. De l'hôpital, elles héritent l'organisation des ressources humaines, une équipe derrière elles et des compétences multiples. ■

A gauche, une intervention à domicile. A droite, une réunion de coordination dans l'unité.



Le suivi de la greffe de cellules souches

Avec 80 à 130 transplantations de cellules souches hématopoïétiques par an, le CHU de Poitiers constitue un pôle référent en la matière. Cette capacité technique est due aux efforts conjoints des docteurs Christine Giraud, Edouard Randriamalala et Marc Renaud au sein du service d'oncologie hématologique et de thérapie cellulaire réunis autour du Pr François Guilhot, et en lien avec l'Etablissement français du sang. Ces greffes, qui visent à reconstituer la moelle osseuse, nécessitent une surveillance rigoureuse. Au sein du CHU, deux infirmières assurent la préparation et le suivi de ces interventions dont la majorité sont des greffes autologues.

Prenons le cas de Monsieur L. Ce patient souffre d'un cancer ganglionnaire et a bien réagi à la chimiothérapie. Il a donc été possible de procéder à une greffe à partir d'échantillons de sa propre moelle osseuse prélevés préalablement et conservés en chambre froide à une température de -170 degrés. Dans les jours suivant l'opération, ce patient va être maintenu en observation dans une chambre stérile au sein de l'hôpital jusqu'à ce que soit constatée, à partir de bilans sanguins réguliers, la reconstitution hématopoïétique. Après sa sortie et durant une période d'une centaine de jours, Monsieur L. va faire l'objet d'un suivi post-greffe. Des rendez-vous réguliers à l'hôpital de jour sont nécessaires afin de vérifier que ne sont pas apparues entre-temps des complications infectieuses. Durant cette période, ce patient, dont les défenses immunitaires

ne sont pas encore pleinement reconstituées, devra respecter une discipline stricte vis-à-vis de son alimentation, notamment en prenant soin de peler ses fruits, et dans ses sorties en évitant les lieux publics surpeuplés tels les restaurants ou les centres commerciaux.

Les allogreffes qu'elles soient génoïdentes ou phénoïdentes sont des opérations plus délicates et nécessitent un suivi encore plus rigoureux. Ces opérations sont pratiquées à partir d'échantillons dont la compatibilité HLA doit être la plus parfaite possible, car les risques de réaction du greffon contre l'hôte (GVH) sont élevés. «*La sortie du service est possible après la reconstitution hématopoïétique et l'absence de GVH*», rappelle le Pr François Guilhot, chef du service d'oncologie hématologique. Si les résultats sont favorables, le patient est ensuite suivi en hôpital de jour au rythme de deux rendez-vous par semaine. «*Cette prise en charge thérapeutique complexe ne peut être faite que par un spécialiste.*» La post-greffe présente en effet plusieurs risques. Une GVH peut se déclarer après la sortie. Le patient doit alors suivre un traitement à partir d'immunosuppresseurs dont la cyclosporine. Si cette GVH se révèle critique, la personne doit être de nouveau hospitalisée.

Après une allogreffe, le patient peut également être sujet à trois types différents d'infections



doit 2006 en Bretagne.
un grand merci pour
tous ce que vous avez
fait pour moi.
bisous à toute
l'équipe
d'alexandre

Dans le traitement de maladies du sang et de certains cancers, la transplantation de cellules souches hématopoïétiques permet de reconstituer le système immunitaire d'un patient suite à une chimiothérapie intensive. Ces interventions impliquent un suivi sur le court terme des spécialistes et sur le long terme du médecin traitant en relation avec le CHU de Poitiers.

qui font l'objet d'une grande vigilance. Celles d'origine bactérienne surviennent rapidement alors que les virales et les parasitaires apparaissent au bout de quelques semaines, voire quelques mois.

Dans un délai d'un à deux trimestres, la surveillance étroite laisse la place à des contrôles réalisés mensuellement. Le patient dont les défenses immunitaires sont affaiblies doit impérativement veiller à respecter les règles d'hygiène déjà mentionnées. Une fois que ces mécanismes de défense se sont en partie reconstitués, un programme de vaccination lui est administré. «*Au-delà de 12 mois, si la greffe s'est réalisée dans de bonnes conditions, la probabilité de rechute est réduite. Le médecin généraliste reprend alors son rôle de médecin référent bien impliqué dans un réseau de soins. Afin d'éviter les prescriptions intempestives, la concertation doit être permanente entre médecins généralistes et spécialistes.*» Il revient alors au médecin traitant de surveiller les risques de rechute et l'état du sang. Pour l'aider dans ce suivi post-greffe au long terme, l'hôpital met à sa disposition une documentation. Le service d'oncologie hématologique possède une plate-forme dédiée à l'information des patients et des médecins généralistes. ■



COMPAGNIE INTERNATIONALE
IMMOBILIÈRE

IDÉALEMENT SITUÉ !!!

à moins de **10 mn**
du **CHU** et du Centre Ville de **POITIERS**
aux **ROCHES PRÉMARIE** (centre bourg)

Centre Bourg

- ☒ sans nuisances sonores.
- ☒ proximité commerces et tous services : halte-garderie, écoles, médecin, boulangerie, pharmacie, poste...
- ☒ **Libre choix du constructeur**
- ☒ Terrains de 561 à 940 m²
- ☒ Coût de 60 à 65 € le m²
- ☒ 4 lots subdivisibles pour investisseurs
- ☒ **Disponibilité immédiate**

Lotissement "Le Petit Moulin"



Renseignements : 05 49 00 00 99

" **Entreprendre avec passion**
chacun de vos projets "

INEO Atlantique, des technologies urbaines et humaines :

- > Electricité courants forts / courants faibles
- > Automatismes
- > Rewamping et maintenance multi technique
- > Supervision
- > Groupes électrogènes
- > Détection Automatique d' Incendie
- > Anti-intrusion, contrôle d'accès
- > Dépannage, Entretien, Maintenance 24h/24



www.ineo.com

INEO ATLANTIQUE
17, rue Claude Berthollet
Z.I. République III - 86000 POITIERS
Tél : 05 49 52 33 33 - Fax : 05 49 55 45 12

INEO
SVEZ
La Passion d'Entreprendre



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

DALKIA, créateur
de solutions énergétiques.



AGENCE VIENNE DEUX-SÈVRES
ZI de la Pointe à Miteau
3, rue de la Garenne - BP 35
86001 POITIERS CEDEX
Tél : 05.49.52.33.52 - www.dalkia.com



"L'énergie est notre avenir, économisons-la"

La coordination hospitalière au service de la proximité

A travers l'existence de deux schémas d'organisation sanitaire (le SROS et le SIOS), un maillage de plus en plus fin du territoire s'opère aujourd'hui. Les collaborations menées par le CHU de Poitiers avec les autres structures hospitalières à l'échelle de la région et de l'interrégion permettent de hiérarchiser le lieu de prise en charge du patient tout en assurant la qualité et la sécurité des soins.

Face aux contraintes de la démographie médicale et afin de permettre la continuité des soins dans certaines disciplines médicales, la mutualisation des moyens est devenue indispensable. Le premier niveau dans la graduation de la prise en charge se situe sur le territoire de santé de «proximité» (le département de la Vienne pour Poitiers). L'un des

pitalière (FMIH) a ainsi été constituée par le CHU de Poitiers et le centre hospitalier de Montmorillon. Cette forme de coopération permet aux professionnels des deux établissements de travailler en équipe sur les deux sites tout en conservant l'autonomie de chaque établissement. « Cette fédération permet de maintenir l'activité chirurgicale dans de bonnes conditions, estime le Pr Joseph Allal, président de la commission médicale d'établissement (CME). Les médecins peu enclins à travailler dans des petites villes trouvent là un intérêt en termes de soins et de formation en ayant la possibilité d'exercer dans un CHU. » Pour conserver des accueils d'urgences, les établissements doivent disposer d'une activité de radiologie. Pour faire face au manque de radiologues dans



objectifs des coopérations au sein de ce territoire est de permettre le maintien d'une activité de proximité de qualité conformément aux préconisations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 3^e génération, publié le 31 mars 2006.

Dans le domaine de la chirurgie viscérale, une fédération médicale inter-hos-

certains établissements de proximité tels qu'à Montmorillon et Confolens, le CHU de Poitiers et ces centres hospitaliers ont décidé, dans un premier temps, de créer un groupement de coopération sanitaire (GCS) expérimental. Cette structure permettra de mutualiser du temps médical de radiologues entre les établissements adhérents pour assurer la continuité des

soins et échanger en continu les données médicales grâce aux techniques de la télé-médecine. Les nouvelles technologies offrent en effet aujourd'hui la possibilité d'interpréter les clichés en urgence 24h/24 et 7j/7 grâce aux transferts des images au CHU de Poitiers.

Concernant les acquisitions techniques onéreuses, un groupement d'intérêt économique (GIE) associe depuis 2004 le CHU avec la Polyclinique de Poitiers pour l'utilisation du Pet Scan. Cette forme juridique permet au public et au privé de mutualiser les coûts d'acquisition et de fonctionnement de cet appareil sophistiqué et très performant dans le diagnostic précoce des cancers.

Le deuxième niveau dans la prise en charge des patients concerne la notion de recours sur le territoire régional. Dans certaines disciplines, seul le CHU est autorisé et dispose du personnel compétent et formé. Il est donc proposé des consultations avancées dans les autres établissements. «*Ce sont les médecins qui se déplacent dans ces établissements de référence pour aller à la rencontre des patients*», explique Céline Biche, directeur délégué à la coopération. Dans le domaine de la neurochirurgie, des conventions de temps partagé ou de mises à disposition permettent à certains chirurgiens du CHU de réaliser des consultations dans des centres hospitaliers généraux comme les centres hospitaliers de La Rochelle, Angoulême, Niort ou Saintes.

Les complémentarités entre les établissements de santé dépassent aujourd'hui les frontières régionales. Un nouveau niveau dans la planification sanitaire a été instauré depuis 2006 : dans ce cadre a été élaboré un schéma d'organisation des soins (SIOS) de l'interrégion Ouest qui comprend la région Poitou-Charentes et les régions Centre, Pays de la Loire et Bretagne. Ce schéma ne concerne que certaines activités hautement spécialisées et précisées par décret, à savoir la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les transplantations d'organes et greffes de cellules souches hématopoïétiques ainsi que le traitement des grands brûlés. Le SIOS définissant les compétences des uns et des autres dans ces disciplines devrait être publié d'ici à janvier 2008.

Les CHRU de cette interrégion, à savoir Brest, Rennes, Nantes, Angers, Orléans, Tours et Poitiers, se sont structurés en créant un groupement des CHRU de l'interrégion dénommé HUGO (hôpitaux universitaires du Grand Ouest) qui permet notamment d'être force de propositions dans cette nouvelle planification. «*Pour mailler l'interrégion, il a été décidé que tout le monde ne ferait pas tout*», précise le Pr Allal. Ainsi, seul le CHU de Rennes est habilité à réaliser des greffes de foie.

Outre les soins, la recherche et l'enseignement qui constituent les deux autres missions des CHU font également l'objet de complémentarités à ce niveau de territoire. En matière d'enseignement, ceux de 3^e cycles sont de plus en plus interrégionaux et, en matière de recherche, l'interrégion se concrétise déjà d'une part par la création d'un cancéropôle qui offre des plateformes biologiques de recherche commune et qui relie les équipes labellisées entre elles et, d'autre part, par l'existence d'une délégation interrégionale à la recherche clinique (DIRC). ■



Infections nosocomiales : vers un risque minimum



La lutte contre les infections nosocomiales est une priorité de santé publique. Au CHU de Poitiers, le comité de lutte contre les infections nosocomiales met en œuvre, par le biais de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et des correspondants médicaux et paramédicaux, des mesures de surveillance, de prévention et de formation de façon à réduire le risque que représentent les infections nosocomiales.

En novembre, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a réalisé son enquête annuelle de prévalence au sein du CHU afin de connaître à un temps donné le nombre de malades ayant contracté une infection nosocomiale. Ce sont ainsi plus de 1 400 patients qui ont été analysés. «*On entend par infections nosocomiales, rappelle le docteur Olivier Castel, responsable de l'unité d'hygiène hospitalière et président du CLIN, les infections associées aux soins contractées en établissement de santé. Ces infections apparaissent dans un délai de 48 heures après l'hospitalisation et n'étaient ni en incubation, ni présentes à l'admission du malade.*»

La première enquête nationale de prévalence date de 1996. Le taux des patients infectés à l'époque s'élevait à 8,5 %. Lors de l'enquête de 2006, celui-ci atteignait 3,6 %. Soit une baisse de plus de 50 % en 10 ans. «*Les résultats sont encourageants.*

Toutefois il convient de comprendre que les infections contractées à l'hôpital sont très souvent la conséquence de traitements ou de techniques sophistiquées qui touchent des malades que leur grande faiblesse désigne comme des cibles privilégiées. L'infection reste un danger permanent, notamment en chirurgie, et ce malgré des précautions rigoureuses et des protocoles sans cesse améliorés, car nous évoluons dans un environnement septique. L'objectif principal du CLIN est de réduire au minimum le risque d'infections nosocomiales.»

Surveiller, vérifier, former...

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière met en œuvre toute une série de mesures définies par le CLIN, pour lutter contre ce risque. Un programme ambitieux qui se décline en cinq grandes missions.

La première est la surveillance des infections nosocomiales. L'intérêt est autant épidémiologique – pour évaluer le risque au sein de l'hôpital et se comparer aux autres établissements – qu'interventionnel afin de repérer une épidémie et d'y remédier le plus vite possible. Ce qui se traduit par

une surveillance au jour le jour et la réalisation d'enquêtes de prévalences annuelles complétées tous les cinq ans par une enquête nationale. «*C'est grâce à la surveillance quotidienne, faite par Catherine Laland qui anime le réseau des correspondants médicaux volontaires de chaque service, que l'on peut notamment limiter des épidémies qui pourraient avoir des répercussions importantes si elles n'étaient pas prises à temps, note le docteur Castel. Pour les services, c'est un bon moyen d'évaluer si tous les protocoles, que ce soit d'hygiène ou d'utilisation des matériels, sont bien appliqués et, dans le cas contraire, d'apporter des correctifs. Nous participons également à différents réseaux de surveillance, sur les bactéries multi-résistantes par exemple ou encore sur les staphylocoques dorés résistants à la méticilline, mis en place par l'Institut de veille sanitaire ou par le CCLIN Sud-Ouest [voir encadré].*»

Autre type de surveillance, tout aussi importante et qui constitue la deuxième grande mission : la surveillance de l'environnement. «*La priorité est ici d'offrir un environnement le*

La lutte contre les infections nosocomiales : une organisation structurée

Le CLIN, comité de lutte contre les infections nosocomiales, est une instance de proposition et de programmation qui dépend de la commission médicale d'établissement (CME) via la sous-commission «qualité et sécurité des soins». Il travaille étroitement avec le comité des anti-infectieux, un des sept comités techniques de la CME qui contribue à la qualité et à la sécurité des soins. Le CLIN propose toutes mesures et actions au sein de l'hôpital de nature à limiter le développement des infections. Il travaille en collaboration étroite avec l'observatoire des risques. Il doit également fournir au ministère les données nécessaires au calcul des indicateurs mis en place. Il est membre du centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales Sud-Ouest (CCLIN), structure de coordination, de conseil et d'expertise.

plus sain possible pour les patients, poursuit Anne Bousseau, pharmacien à l'unité d'hygiène. *Chaque jour des prélèvements d'eau, d'air et de surfaces (environnement proche du patient, matériel de soins) sont effectués au sein des services du CHU avec une attention particulière portée aux secteurs les plus sensibles : les blocs opératoires, la stérilisation, les services d'hématologie ou de réanimation... et aussi sur les sites à proximité des travaux.* En tout, près de 8 000 prélèvements sont réalisés chaque année dans tous les services par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Trois techniciens effectuent les analyses. *« Cette mission favorise la sensibilisation du personnel à l'intérêt du nettoyage et de la désinfection des locaux et du matériel dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales. Si nous constatons un problème, nous nous rendons alors dans le service. Parfois l'explication est toute simple, des produits qui n'ont pas été renouvelés ou mal dilués, mais dans d'autres cas cela nécessite un travail avec les*

équipes pour revoir les protocoles d'entretien ou certaines pratiques. Cette surveillance environnementale se fait en collaboration étroite avec les services techniques.»

Des dispositions particulières réglementaires sont prises pour certains dispositifs médicaux comme les endoscopes. De plus, le laboratoire d'hygiène effectue des contrôles de stérilité (nutritions parentérales, greffons...), des contrôles sur les aliments, le lait maternel et le linge. La troisième mission, l'élaboration et la réactualisation de nouveaux protocoles, a un caractère plus opérationnel. *« Sa vocation est de venir en aide aux services, lors de la mise en œuvre de nouvelles recommandations ou de nouveaux matériels, pour écrire ou réécrire la bonne marche à suivre en matière d'hygiène, souligne Sarah Thévenot, maître de conférences à l'unité d'hygiène. L'élaboration ou la réactualisation de protocoles peuvent être décidées à notre initiative ou à celle d'un service. Quoi qu'il en soit, les personnels sont toujours associés pour une meilleure appropriation mais aussi, suivant les pratiques, pour s'assurer de leur application. »* En 2006, plus de 15 protocoles ont ainsi été établis ou réécrits par l'unité d'hygiène.

Qui dit nouveaux protocoles, dit nécessairement vérification de leur bonne application. L'unité d'hygiène assure alors une mission d'évaluation, la quatrième mission. *« Là aussi, l'évaluation ou l'audit peut être de notre initiative ou de celle d'un service mais également à la demande du CCLIN dans le cadre d'une enquête nationale, explique Catherine Petonnet, cadre supérieur à l'unité d'hygiène. L'objectif est, à partir d'une grille ou d'un questionnaire anonyme, de mesurer les écarts entre ce que l'on observe et les recommandations. C'est un travail important qui est mené avec l'aide des correspondants paramédicaux. »* Les résultats sont systématiquement restitués dans les services et, suivant la nécessité, des séances d'information

sont organisées pour recalculer les bonnes pratiques.

D'où la dernière grande mission du CLIN : la formation. *« C'est un élément essentiel qui est inscrit dans le plan de formation de l'établissement, soit dans le cadre de la formation continue du personnel ou soit par l'organisation d'après-midi thématiques, précise Sarah Thévenot. Ces derniers sont ensuite déclinés pour l'ensemble des établissements de la région. »* En outre, l'équipe d'hygiène assure la formation des élèves aides-soignant(e)s, infirmier(e)s, manipulateurs... et organise des opérations de sensibilisation auprès du grand public (voir encadré).

En parallèle de ces tâches, le CLIN propose l'introduction de nouveaux dispositifs, comme les solutions hydro-alcooliques ou du matériel de sécurité pour le personnel, en lien avec la médecine du travail. Il donne également son avis d'expert, lors des appels d'offres, pour le choix de certains produits ou matériels.

Une évaluation au niveau national

Autant de missions et d'actions qui font dorénavant l'objet d'une évaluation au niveau national avec l'établissement d'un tableau de bord des infections nosocomiales. L'indicateur ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) a été le premier à marquer cette démarche en 2005. Le CHU de Poitiers avait alors obtenu un résultat honorable de 95,5/100. Indicateur qui sera complété cette année par quatre nouveaux, axés essentiellement sur le qualitatif : la surveillance des infections du site opératoire, le taux de staphylocoques dorés résistants à la méticilline, le volume annuel de produit hydro-alcoolique utilisé pour l'hygiène des mains et le suivi de la consommation des antibiotiques. *« Les objectifs de ce tableau de bord sont d'inciter les établissements à améliorer davantage la qualité et de répondre à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers », conclut le docteur Castel. ■*

Une journée pour informer et sensibiliser

Durant toute la journée du 27 septembre l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du CLIN et les membres de la commission des anti-infectieux étaient présents dans le hall d'accueil de Jean Bernard dans le cadre de la 2^e journée d'information et de prévention sur les infections nosocomiales et associées aux soins. Le thème abordé cette année : les précautions particulières en hygiène hospitalière. L'objectif de cette journée était de sensibiliser les visiteurs et les professionnels aux précautions à prendre en matière d'hygiène et de renseigner sur les mesures mises en œuvre au sein de l'hôpital pour lutter contre le risque d'infection. Cette initiative, organisée au niveau du CCLIN Sud-Ouest, devrait être reprise l'année prochaine au niveau national.

L'évaluation de la satisfaction des patients par pôle, une première en France

Site test en 2004 pour la mise en œuvre du dispositif national de l'enquête de satisfaction menée auprès de patients hospitalisés, le CHU de Poitiers a été, cette année, un des seuls établissements en France à élargir l'enquête à sept pôles cliniques d'activité. La volonté de cette démarche : arriver à une analyse plus fine et objective de la qualité des soins et du service rendu.

En mars 2007, le CHU de Poitiers a mené une enquête pour évaluer la satisfaction des patients au sein de sept pôles cliniques d'activité. Cette étude, qui s'inscrit dans le cadre du protocole national d'évaluation Saphora, a pris cette année au sein du CHU un caractère innovant : Poitiers a été le seul établissement en France à l'effectuer par pôle. 891 patients¹ sortis d'hospitalisation ont répondu à un entretien téléphonique, mené par un institut de sondage indépendant (ISL), portant sur trois grands thèmes : la satisfaction des soins, la logistique et la préparation de la sortie.



La motivation première de cette enquête par pôle, comme le souligne le professeur Bertrand Becq-Giraudon, médecin référent à la direction de la qualité et de l'évaluation, «*était d'arriver à une analyse plus fine et objective de l'évaluation que nous réalisons chaque année depuis trois ans sur l'ensemble de l'établissement*²».

En 2004, en effet, le CHU de Poitiers était un des sites tests en France à mettre en œuvre le protocole Saphora. Mais ce dispositif mesurait la satisfaction des patients du CHU dans sa globalité. «*Dans ce baromètre général, il était difficile pour un secteur ou un service de s'iden-*

tifier puisque les résultats concernaient aussi bien la pédiatrie que la médecine d'adulte dont les problématiques sont loin d'être les mêmes.»

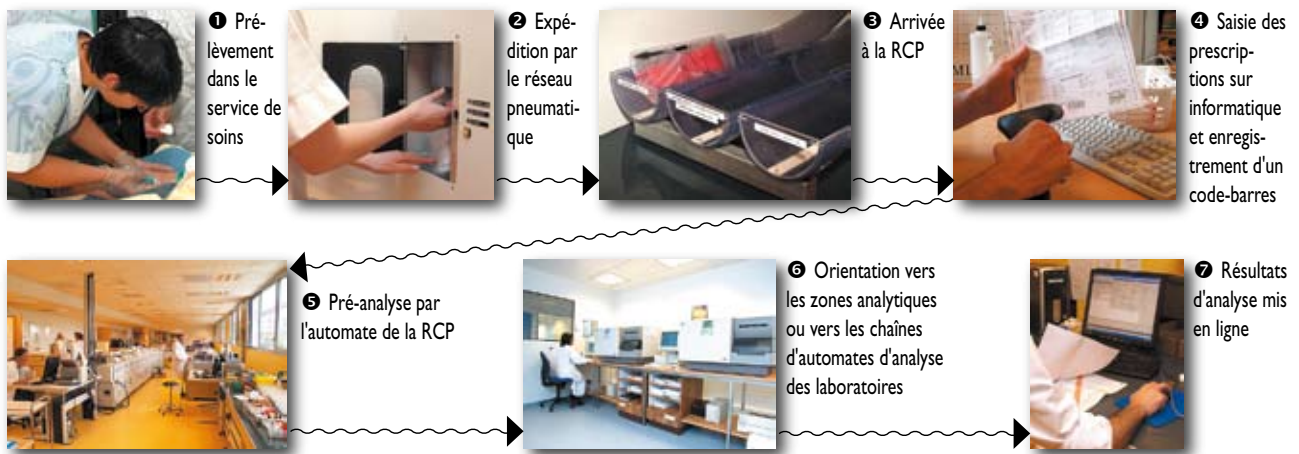
45 items ont été évalués. Chaque item a été mesuré par pôle. «*Les résultats s'expriment en scores négatifs et positifs par rapport aux résultats globaux de l'établissement, poursuit le professeur Becq-Giraudon. D'une manière générale, les points faibles sont les mêmes et portent essentiellement sur l'information et la sortie du patient. Il n'y a pas de gros écarts d'un pôle à l'autre. L'intérêt de cette démarche n'est pas de comparer les performances entre les pôles. Il s'agit de leur permettre d'identifier de façon objective leurs points faibles afin qu'ils y remédient. C'est pourquoi, les résultats des pôles ne sont connus que d'eux seuls.*»

Même si aujourd'hui, il est encore un peu tôt pour savoir précisément comment les responsables de pôle vont s'approprier ces résultats, il faut souligner que d'ores et déjà plusieurs pôles (neurosciences, locomoteur et vasculaire, cœur-poumons, médipool, cancérologie-hématologie et pathologie tissulaire, urgoss – orthopédie) ont inscrit l'information et l'accueil du patient dans les objectifs de leurs contrats de pôle.

Le CHU de Poitiers devrait servir d'établissement de référence afin que soit étendu au plan national, à l'ensemble des établissements de santé, ce type d'enquête par pôle. Au-delà de l'amélioration de la prise en charge des patients, l'enjeu de cette démarche sera à terme de valoriser les équipes qui produisent des prestations de qualité et en nombre conséquent. ■

¹ Un échantillon de 135 personnes a été choisi dans chacun des sept pôles d'activité participant à l'enquête.

² Les résultats ont été publiés dans *CHU Magazine* n° 52.



Le transport par pneumatique et le circuit des prélèvements au CHU

Le regroupement des laboratoires au sein du bâtiment urgences-biologie médicale, début 2006, a permis le lancement progressif d'un nouveau système de transport des prélèvements : le transport par pneumatique.

Mis en service au départ entre les urgences et la réception centralisée des prélèvements (RCP), ce type de transport s'est ensuite appliqué à l'ensemble des services de soins du bâtiment Jean Bernard et de ses satellites.

Jusqu'à la mise en route du système, le transport à pied des échantillons représentait les trois quarts du temps compris entre la prescription et le rendu des résultats. Le personnel soignant devait parfois interrompre ses tâches pour porter en urgence des échantillons auprès des laboratoires. De plus, les navettes à heure fixe livraient aux laboratoires tous les prélèvements en même temps, empêchant une ventilation du travail d'analyse.

L'étude des différents dispositifs du marché ainsi que l'expérience d'autres établissements de santé ont amené le CHU de Poitiers à opter pour le transport par pneumatique. Le principe est de glisser les prélèvements et leurs prescriptions dans des «sacs-parachutes» qui circulent par air pulsé dans des tuyaux, reliant directement les services de soins à la réception centralisée des prélèvements des laboratoires.

Les avantages sont multiples, tant pour le patient que pour les soignants ou les personnels des laboratoires. En effet, le gain de temps et le retour des résultats par informatique permet une prise en charge optimale et plus rapide des patients. Les personnels des services peuvent se consacrer plus particulièrement à leur mission première de soin auprès du malade. Les sacs-parachutes arrivent en continu à la réception centralisée des prélèvements, permettant une meilleure gestion du pic d'activité. Les urgences vitales sont distinguées des autres demandes par un code couleur.

Un gain de temps et des résultats en ligne

Le gain de temps est renforcé par l'automatisation du travail de préanalyse des échantillons, au sein même de la réception centralisée des prélèvements. Après un premier tri, l'enregistrement informatique des prescriptions et l'attribution d'un code-barres, les tubes sont placés dans l'automate de préanalyse qui va les trier, centrifuger, fractionner... si nécessaire. Ils

sont ensuite orientés vers les chaînes d'automates d'analyse ou vers d'autres zones analytiques. Les techniciens des laboratoires sont libérés des manipulations peu valorisantes pour se consacrer à celles à valeur ajoutée, comme la recherche ou le travail pointu qui incombe à certains échantillons.

La RCP et les laboratoires utilisent désormais les données sur un modèle informatique unique, le logiciel GLIMS, qui tient compte de la plupart des particularités de chaque laboratoire. Les résultats des analyses sont consultables en ligne dans les services de soins. Pour des raisons réglementaires, une copie papier est toutefois envoyée en parallèle.

Un système pensé pour ses futures extensions

Le parti a été pris d'utiliser le système 24h/24 et d'implanter une gare de départ par salle de soins, dans chaque aile du bâtiment Jean Bernard, au plus près des professionnels concernés et des patients. Le réseau a été pensé pour être étendu au futur pôle régional de cancérologie et assurer les échanges de concentrés globulaires avec l'Etablissement français du sang. Le pôle régional de cancérologie disposera même d'un circuit interne qui sera dédié aux liaisons entre l'unité de préparation des cytotoxiques, située aux étages inférieurs, et les zones de soins pour les chimiothérapies.

Trois types de transport par le réseau pneumatique

- Prélèvements (60 à 70% des échantillons du CHU sont acheminés par le pneumatique) ;
 - Produits sanguins labiles ;
 - Préparations cytotoxiques pour les chimiothérapies.
- Chaque réseau est dédié et adapté aux produits transportés (sacs de transport appropriés au contenu). Par ailleurs, certains échantillons, comme les prélèvements dits «précieux» (moelle,...) sont, par sécurité, acheminés à pied.

Chiffres-clés pneumatiques

2 000 mètres de réseaux pneumatiques. 160 mm de diamètre. Vitesse moyenne : 6 mètres/seconde (moins d'une minute pour relier Jean Bernard à l'UBM). 1 capteur tous les 30 mètres du réseau pour localiser les éventuelles pannes. Fournisseur : Swisslog France.

Les 15 ans de la fête de Saint-Cyr «Elle court, elle court... la vie !»

«Elle court, elle court... la vie», la manifestation organisée par l'association Un Hôpital pour les enfants pour soutenir ses actions d'animations auprès des enfants hospitalisés, a eu lieu le dimanche 10 juin au parc de loisirs de Saint-Cyr. Ce fut l'occasion de fêter, en compagnie de



l'humoriste Yannick Jaulin (photo ci-dessous), le parrain de cette édition, les 15 ans de ce rassemblement festif et familial. En 2008, la date du dimanche 15 juin est d'ores et déjà à inscrire sur vos agendas.

Sport et Collection

La 14^e édition de Sport et Collection se déroulera les samedi 31 mai et dimanche 1^{er} juin 2008 sur le circuit du Vigeant, dans le sud de la Vienne. Depuis 1995, l'association Sport et Collection et le Rotary Club Sud Vienne organisent cette manifestation automobile sur ce circuit au profit de la recherche contre le cancer au CHU de Poitiers. Au total, 1 210 000 € ont été recueillis pour la lutte contre le cancer et le soutien à la recherche dont 210 000 € en 2007.

Cette dernière édition a rassemblé près de 300 Ferrari et, au total, plus de 800 véhicules de prestige.

Le 3 juillet, Jean-Pierre Doury (à droite), président de l'association Sport et Collection, et Patrick Haim (à gauche), président du Rotary Club Civray Sud Vienne, ont remis un don de 210 000 € au Centre hospitalier



universitaire de Poitiers pour la recherche contre le cancer, en présence de Jacques Grandon, premier vice-président du Conseil général de la Vienne. L'établissement était représenté par Jean-Pierre Dewitte, directeur général, le professeur Jean-Marc Tourani, coordonnateur du pôle de cancérologie et chef du service d'oncologie médicale, le professeur François Guilhot, chef du service d'oncologie hématologique et thérapie cellulaire, ainsi que le professeur Ali Turhan, chef du service d'hématologie et d'oncologie biologique. Lors de cette cérémonie, Jean-Pierre Dewitte a annoncé la création d'un conseil scientifique chargé d'étudier les projets à financer et de rendre compte du suivi des décisions. En 2007, ce don a contribué au développement de la tumorotheque et de la recherche sur les cellules souches.

Dr Olivier Guillard, service de biochimie

Le docteur Olivier Guillard, MCU-PH, est le «monsieur métaux» du Centre hospitalier universitaire de Poitiers. Il travaille à la mesure et à l'analyse des métaux au sein d'une «salle blanche», unique dans les régions Poitou-Charentes, Centre et



Limousin, aménagée dans le bâtiment des urgences et de la biologie médicale. Depuis 2000, il est également chargé de l'analyse des catécholamines et de certaines vitamines.

Pourquoi et comment doser les métaux ?

Les métaux tels que l'aluminium, le plomb, le cadmium, le manganèse... présentent des risques pour la santé ; ils sont neurotoxiques et/ou néphrotoxiques. Malheureusement très polluants, ils sont très difficiles à doser.

Le secteur de biochimie spécialisée dispose d'une «salle blanche» permettant de mesurer le plus précisément possible et en toute sécurité ces éléments. Les dosages sont effectués sur plasma, sang total, urines, eaux de dialyse et autres liquides biologiques. Nous surveillons notamment les hémodialysés, sujets à des hyperaluminémies, ou encore les enfants en bas âge pour les risques de saturnisme infantile dans la région Poitou-Charentes. En parallèle, nous sommes chargés d'évaluer les métaux atoxiques comme le sélénium, le zinc, le cuivre, le magnésium. Le dosage du lithium, utilisé en thérapeutique, est réalisé en urgence.

Qui vous sollicite pour ces mesures ?

Les médecins du CHU de Poitiers et des centres hospitaliers font appel à nos services pour aider au diagnostic, adapter le dosage d'un traitement et suivre certains patients. Au niveau international, nous organisons depuis 1983 le contrôle international de qualité aluminium (70 participants répartis sur les 5 continents) ce qui nous a amenés à contrôler de célèbres structures : la Mayo Clinic, le Wadsworth Center de New York... Les contrôles statistiques sont effectués par Stéphanie Ragot et Joëlle Guilhot, méthodologistes. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) nous a désignés, depuis 1995, experts pour diriger le contrôle national de qualité plombémie. Nous avons rejoint le consensus (ensemble d'experts) de la Haute Autorité de santé sur le plomb dans le saturnisme infantile et sur le fer dans l'hémochromatose. Le CHU a donc un laboratoire référent pour les dosages de l'aluminium et du plomb. Enfin, nous engageons des collaborations dans le cadre des pathologies professionnelles et environnementales avec le docteur Eric Ben Brik.

Certains travaux vous ont-ils plus particulièrement intéressé ?

En effet, certaines recherches permettent de réduire les risques d'exposition aux substances toxiques. Par exemple, par le biais de nos mesures et analyses, nous avons décrit le premier cas d'hyperaluminémie recensé dans le monde, après l'usage pendant 4 ans d'un antitranspirant. Ce cas a d'ailleurs été publié dans *The American Journal of Medicine*. Nous avons par ailleurs incité une grande marque anglo-saxonne à modifier la composition d'un cathéter, lequel contenait du nickel et exposait les patients à des risques d'allergie généralisée.

De curieux patients à l'hôpital des nounours

Les mercredi 27 et jeudi 28 juin, dans le cadre de l'opération «Hôpital des nounours», le comité régional des étudiants en médecine (CREM) a accueilli des enfants de maternelle accompagnés de leur nounours préféré.

Pour l'occasion, pas moins de 24 étudiants ont répondu présent pour aménager, sous le hall d'accueil de Jean Bernard sur le site de l'hôpital de la Milétrie, un mini-hôpital constitué d'un secrétariat médical, de cabinets de consultation, d'une salle de radiologie, d'un bloc opératoire et d'une pharmacie. L'objectif de cette action était de dédramatiser le monde médical auprès des enfants. Les bambins ont suivi avec beaucoup d'attention et d'admiration les soins prodigués à leurs oursours, depuis la consultation jusqu'à l'opération en passant par la radiologie. Petits et grands ont profité de cette quatrième édition, à la fois rassurante pour les enfants et formatrice pour les étudiants.



Mission en Argentine

Du 21 au 30 mars 2007, Jean-René Martin, directeur des activités de soins (à gauche ci-dessous), a effectué un voyage en Argentine, dans le cadre de la coopération internationale. Il a notamment participé au congrès de l'association Orion, qui fêtait ses 10 ans d'existence. Les objectifs d'Orion sont basés sur les échanges inter-universitaires entre des universités d'Europe et d'Amérique latine ainsi que le CHU de Poitiers.

Jean-René Martin a visité différents établissements de santé, dont l'hôpital de Rio Gallegos, partenaire du Centre hospitalier universitaire de Poitiers. Il a rencontré de nombreux professionnels de santé, dont le ministre de la Santé de la province de Santa Cruz, le docteur Juan Carlos Nadalich (à droite). Ce dernier lui a exposé ses réflexions et ambitions de coopération à développer entre notre établissement et celui de Rio de Gallegos : formation à distance par vidéo-conférence, soins à domicile, prévention...



Equipe de direction

Thierry Lefebvre a été nommé directeur général adjoint du CHU de Poitiers. Jusqu'alors directeur des finances, de la contractualisation interne et du système d'information, il succède à Michel Vergès qui était directeur général adjoint depuis avril 2003. La direction du CHU de Poitiers a accueilli Jean-François Nicolas en qualité de chargé de mission et a salué le départ de Jean-Pierre Leroy. Depuis 1997, Jean-Pierre Leroy était directeur du personnel médical et, depuis 2003, également directeur de la qualité et de l'évaluation.

Depuis septembre dernier, l'organigramme de direction se présente comme suit :

Directeur général : Jean-Pierre Dewitte
 Directeur général adjoint : Thierry Lefebvre
 Directeur de cabinet : Floriane Waymel-Rivière

Directeur de la recherche : Louis-Marie Challet – Médecin référent : professeur Michel Eugène
 Directeur délégué à la coopération et aux réseaux : Céline Biche
 Directeur délégué à la gestion des risques : Céline Biche
 Directeur délégué à la communication : Stéphan Maret
 Coordonnateur des achats : Chantal Lovati
 Chargé de mission projet d'établissement 2008-2012 : Floriane Waymel-Rivière
 Chargé de mission : Jean-François Nicolas
 Délégué à la sécurité et à l'environnement : Pierre Boivin

Direction accueil patients : Jacques François
 Directeur des sites Milétrie et Pasteur : Jacques François
 Direction de la qualité et de l'évaluation – médecin référent : professeur Bertrand Becq-Giraudon
 Directeur des usagers : Jacques François
 Directeur délégué aux affaires juridiques et à la santé : Florence Eon

Direction des ressources humaines : Séverine Masson
 Directeur du personnel médical : Valérie Astruc
 Directeurs du personnel non médical : Séverine Masson – France Béréterbide
 Directeurs des activités de soins : Jean-René Martin – Martine Imbert

Direction des ressources matérielles, de l'ingénierie et de l'information : Eric Dupeyron
 Directeur des achats et de la logistique : Eric Dupeyron – Chantal Lovati – Jean Autexier
 Directeur délégué aux constructions et au patrimoine : Philippe Samson
 Directeur délégué au système d'information : Eric Potaux

Direction des finances, de l'activité et de la contractualisation : Thierry Lefebvre
 Directeurs des finances : Thierry Lefebvre – François Gasparina – Activité et facturation : Renaud Bègue
 Directeur délégué au contrôle de gestion et à la contractualisation : Véronique Pratt
 Information médico-administrative – médecin référent : docteur Laurence Boinot

Le CHU de Poitiers fête ses 50 ans

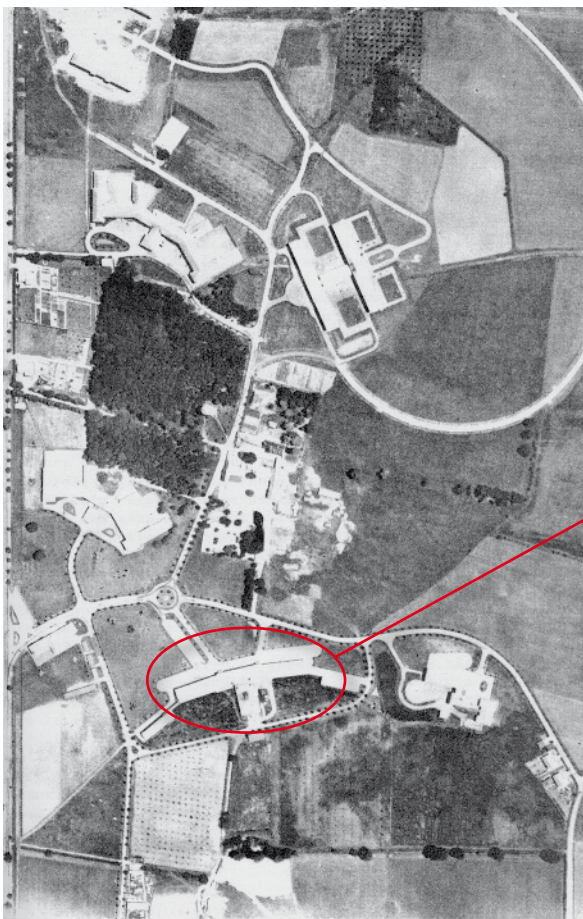
Pour l'occasion, des journées portes ouvertes sont organisées à l'attention du grand public les 12 et 13 janvier 2008.



En 2008, les CHRU de France s'associeront pour célébrer le 50^e anniversaire de l'ordonnance du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche. Dans le cadre des initiatives engagées, des journées portes ouvertes seront organisées les samedi 12 et dimanche 13 janvier par chaque établissement. Ainsi, au CHU de Poitiers, un parcours sera-t-il proposé au grand public. Des visites conduiront le public sur les étapes suivantes :

- la Faculté de médecine et de pharmacie ;
- l'hélicoptère ;

- l'unité de chirurgie ambulatoire ;
 - un bloc opératoire ;
 - le plateau de radiologie ;
 - la réception centralisée des prélèvements et la chaîne de préanalyse du plateau de biologie médicale ;
 - le garage du SAMU-SMUR
 - le pôle cœur-poumons ;
 - la prise en charge, à Camille Claudel, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
 - les vues panoramiques sur le chantier du pôle régional de cancérologie et la ville de Poitiers depuis le 11^e étage de Jean Bernard ;
 - la projection permanente de documents d'archives audiovisuels.
- Gratuites et ouvertes à tous, ces visites auront lieu de 10h à 17h.*



Le site de la Milétrie en 1950...



... Et aujourd'hui.



**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
après connexion avec votre centre 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**



**Hall Jean Bernard
La Milétrie
05 49 44 42 00**

**Maison médicale
de Chatellerault
05 49 02 22 48**

**Centre commercial
Auchan-sud
05 49 44 05 05**

**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**