



Dossier

Le pôle régional de cancérologie concentre les forces du CHU contre la maladie

- La chirurgie en réponse à l'obésité morbide
- Des labels comme levier d'attaque des maladies rares
- La chirurgie ambulatoire en pleine progression
- Cardiologie : des urgences à l'assaut du temps

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL



LE PLUS SOUVENT,
DÉPISTÉ À TEMPS,
UN CANCER COLORECTAL
N'EST PAS MÉCHANT.

CANCERINFOSERVICE

un service anonyme ouvert de 8h à 20h du lundi au samedi

0 810 810 821

prix appel local



À PARTIR DE 50 ANS : FAITES LE TEST CHEZ VOUS, TOUS LES DEUX ANS.
PARLEZ-EN AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT.



**VOTRE CENTRE DE COORDINATION
DU DÉPISTAGE DANS LA VIENNE**
79 rue de St Éloi - 86000 POITIERS
Tél. 05 49 62 75 58
Fax 05 49 62 75 59



www.e-cancer.fr

| | |
|--|-----------|
| En bref... | 4 |
| A la recherche des marqueurs tissulaires | 8 |
| <i>L'analyse des biomarqueurs tissulaires dans le cancer de la prostate est un exemple du passage de la recherche fondamentale à l'application clinique.</i> | |
| Assistance médicale à la procréation : reprise de l'activité | 10 |
| <i>L'activité d'assistance médicale à la procréation est de nouveau opérationnelle au CHU.</i> | |
| La chirurgie en réponse à l'obésité morbide | 12 |
| <i>Le CHU de Poitiers propose une réponse chirurgicale pour les patients les plus en danger.</i> | |
| Dossier | |
| Le pôle régional de cancérologie concentre les forces du CHU contre la maladie | 14 |
| <i>Avec le PRC, l'établissement se dote d'un puissant outil de lutte contre le cancer.</i> | |
| Cardiologie : des urgences à l'assaut du temps | 19 |
| <i>Une structure-conseil dédiée aux médecins extérieurs ajoute un rôle de proximité aux urgences cardiologiques.</i> | |
| La chirurgie ambulatoire en pleine progression | 20 |
| <i>La capacité d'accueil de la jeune structure va doubler en 2009.</i> | |
| Des labels comme levier d'attaque des maladies rares | 22 |
| <i>Le label représente un atout, facteur de sensibilisation et de moyens d'action contre les maladies rares.</i> | |
| Ouverture du centre régional de médecine du sport | 24 |
| <i>L'ensemble des activités concernant la médecine du sport a été regroupé au sein d'une même organisation.</i> | |
| Fiche unique ? Bon sang, mais c'est bien sûr ! | 26 |
| <i>La mise en service d'une fiche unique facilite les procédures administratives.</i> | |
| En bref... | 27 |
| Histoire | 30 |
| <i>Fouilles archéologiques sur le site de Pasteur.</i> | |

éditorial

L'année 2009 sera marquée par un événement majeur pour les habitants de Poitiers et de la région Poitou-Charentes : l'ouverture du pôle régional de cancérologie.

Ce nouveau bâtiment de 13 000 m² sera exclusivement dédié aux patients atteints de cancer. Sa construction et son équipement (50 millions d'euros) auront été facilités par un soutien de l'État dans le cadre du plan Cancer décidé par le Président de la République.

Cet ensemble permettra toutes les activités liées aux diagnostics, aux soins, aux traitements des patients. Il comportera également des locaux d'accueil, des lieux de vie, d'information, d'accompagnement social et psychologique pour les patients, leurs familles ; pour les associations de patients.

Nous avons voulu que ce lieu unique de prise en charge soit conçu comme la maison du cancer.

Le principe qui guide la démarche médicale consiste à organiser la prise en charge quel que soit le stade de la maladie en offrant sur un même lieu des consultations, un hôpital de jour, un accueil d'urgence, un hôpital de semaine, une hospitalisation complète si nécessaire.

Le médecin ira à la rencontre du patient dans ce pôle régional.

Régional car ce pôle disposera d'équipements uniques dans la région Poitou-Charentes, des techniques les plus innovantes et de la présence de professeurs de renom.

Régional et universitaire car ce pôle doit permettre au patient de disposer des molécules les plus récentes proposées dans le cadre d'essais cliniques qui offrent une chance supplémentaire de rémission, de guérison... grâce au développement de la recherche.

Enfin, il faut souligner que près de 300 personnes seront présentes 24h/24 pour soigner, soulager, aider, accompagner, entourer les patients et leurs familles dans le pôle régional lieu de vie et d'espoir.



Jean-Pierre Dewitte,
directeur
général

CHU le magazine - n° 57

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, Philippe Quintard, Hélène Richard, Anh-Gaëlle Truong)

Couverture Architecte : Vincent Rivoire / CRR Architectes et associés / Clermont-Ferrand

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

Publicité ComWest2 - 15 rue des Arènes romaines - 86000 Poitiers - Tél. 06 81 14 22 06 - Fax 05 49 88 57 86 - Courriel : comwest@free.fr

Dépôt légal 4^e trimestre 2008 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 14 000 ex.

Signature d'une nouvelle convention entre l'association En avant la Vie et le Centre hospitalier universitaire de Poitiers

Le mercredi 10 septembre 2008, Thierry Lefebvre, directeur général adjoint du Centre hospitalier universitaire de Poitiers, et Bernard Michel, président de l'association En avant la Vie ont signé une convention de partenariat, en présence du professeur Jean-Marc Tourani, coordonnateur du pôle cancérologie, hématologie et pathologies tissulaires, de représentants des équipes soignantes et de Louis-Marie Challet, directeur référent de ce pôle. Cette convention fixe les modalités de partenariat en vue de faciliter l'activité des bénévoles de l'association En avant la Vie auprès des personnes soignées au CHU de Poitiers atteintes de tumeurs cérébrales ainsi que de leur entourage. L'activité de l'association est orientée vers l'accompagnement à domicile du malade et de ses proches. Le soutien psychologique et moral consiste à se rendre disponible pour assurer une présence discrète et chaleureuse auprès du malade et de ses proches afin de partager des temps d'écoute et de parole. L'association a vocation à intervenir auprès des malades hospitalisés sur demande particulière du malade ou de ses proches.



De gauche à droite, le Pr R. Gil, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie, J.-P. Dewitte, directeur général, Alain Claeys, président du conseil d'administration, et le Pr J. Allal, président de la commission médicale d'établissement.

Conseil d'administration : nouveaux administrateurs

Suite aux élections municipales et cantonales, le conseil d'administration du CHU de Poitiers a accueilli son nouveau président et de nouveaux administrateurs :

- Alain Claeys, président du conseil d'administration, député-maire de Poitiers
- Christine Sarrazin-Baudoux, première adjointe à la ville de Poitiers
- Régine Laprie, adjointe à la ville de Poitiers
- Anne Joulain, adjointe à la ville de Poitiers
- El Mustapha Belgsir, adjoint à la ville de Poitiers
- Bruno Belin, premier vice-président du Conseil général de la Vienne
- Jean-Claude Cubaud, conseiller général du canton de L'Isle-Jourdain
- Roland Bouet, adjoint à la ville de Buxerolles
- Un représentant du conseil de la ville de Châtelleraut
- Christian Mallet, adjoint de la ville de Chauvigny

Equipe de direction : un départ et une arrivée

Après avoir été élève directeur de 2005 à 2006 puis directeur de cabinet à la direction générale, Floriane Rivière a cessé ses fonctions au Centre hospitalier universitaire de Poitiers pour rejoindre le CHU de Reims à partir du 1^{er} octobre 2008.

Cécile Beneuve lui succède depuis le 1^{er} septembre dernier. Originaire de Franche-Comté, elle a suivi des études de sciences politiques à Strasbourg avant d'intégrer l'Ecole nationale de santé publique (ENSP) en 2002. Elle a ensuite exercé en qualité de directeur adjoint à la direction des ressources humaines du CHU de Fort-de-France en Martinique. En 2006, elle a été chargée de mission pour la création de la maison de la femme-mère-enfant dont elle est devenue la directrice en mars 2008.



Carlos Riera Cervantes, consul honoraire de France en Argentine, en costume clair ci-dessus.

Visite du consul honoraire de France en Argentine

A l'occasion de son séjour en France, Carlos Riera Cervantes, consul honoraire de France en Argentine, s'est rendu au Centre hospitalier universitaire de Poitiers les 29 et 30 avril 2008. Ce déplacement s'inscrit dans le cadre des échanges qui ont eu lieu en janvier dernier avec Alicia Kirchner, ministre argentin du développement social, et dans le cadre de la coopération avec l'association Orion, dont les objectifs sont basés sur des échanges inter-universitaires entre des universités d'Europe, d'Amérique latine et le CHU de Poitiers.

Carlos Riera Cervantes a été accueilli par Jean-Pierre Dewitte, directeur général. Il a rencontré Jean-René Martin, directeur des soins, pour échanger sur les moyens à mettre en œuvre, afin de créer des outils de coopération dans le domaine de la formation continue des infirmières. Il a également visité les blocs opératoires ainsi que l'unité de chirurgie ambulatoire, guidé par le Pr Michel Carretier, chef du service de chirurgie viscérale.

Dernière rentrée solennelle du Pr Roger Gil, doyen

L'émotion était palpable le 26 septembre dernier lors de la dernière rentrée solennelle du Pr Roger Gil, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie. Au cours de ses deux mandats, le Pr Roger Gil a notamment soutenu le projet de nouvelle Faculté de médecine et de pharmacie à proximité du CHU, milité pour l'extension du numerus clausus et pour la création d'une école d'orthophonie, dont il s'occupe plus particulièrement désormais. Le Pr Gil poursuit également ses actions au sein du centre mémoire de ressources et de recherche et en neuropsychologie du comportement et du vieillissement ainsi que ses missions de président du comité d'éthique.



Le professeur Roger Gil, deuxième à gauche au second rang, en compagnie de Jean-Pierre Gesson, président de l'Université, de professeurs de l'Université ainsi que de représentants du Comité régional des étudiants en médecine.

Election du Pr Michel Morichau-Beauchant

En octobre dernier, le professeur Michel Morichau-Beauchant a été élu doyen par le conseil de la Faculté de médecine et de pharmacie.



Le professeur Michel Morichau-Beauchant.

1958-2008 : 50 ans des CHU

En 2008, les CHRU de France ont célébré 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. Inaugurée le 11 janvier 2008 à la Faculté de médecine et pharmacie, l'exposition «50 ans du CHU de Poitiers» est visible jusqu'en janvier à l'Espace Mendès France.

Réalisée avec le concours du centre de culture scientifique de Poitiers, cette exposition propose l'histoire du CHU de Poitiers en dix étapes : La naissance de l'université : les premiers temps de la Faculté de médecine et les premiers hôpitaux de Poitiers ; L'hôpital dans la ville ; L'École de médecine et l'hôpital au XIX^e (l'hôpital au Grand Séminaire, l'enseignement à l'Hôtel-Dieu) ; 1958 : la réforme Debré ; Les premiers pas du CHU ; La «tour» Jean-Bernard ; Les derniers temps de l'Hôtel-Dieu ; Soins d'hier et d'aujourd'hui ; Le CHU aujourd'hui ; L'avenir du CHU. Ne ratez pas le dossier spécial sur le CHU de Poitiers et ses forces vives dans le magazine trimestriel *L'Actualité Poitou-Charentes* d'avril 2008.



Banque de sang placentaire

L'Agence de biomédecine a donné un accord de principe pour la création d'une banque de sang placentaire au Centre hospitalier universitaire de Poitiers. Cette décision et la création de cette banque confortent la place du CHU de Poitiers au sein de l'interrégion des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (Hugo).

Une banque de sang placentaire permet la conservation de sang de cordon pouvant servir aux transplantations allogéniques de cellules souches hématopoïétiques. Cette transplantation reste la seule possibilité thérapeutique pour un grand nombre de patients atteints de certaines formes de leucémie, de lymphomes malins, de myélomes, d'aplasie médullaire et de syndromes myéloprolifératif ou myélodysplasique entre autres.

Il existe actuellement en France quatre banques de sang placentaire : celles d'Annemasse, de Besançon, de Bordeaux et de Paris.

La réalisation de ce projet à Poitiers pourrait être envisagée en 2009 dans le cadre de la déclinaison et de la mise en œuvre organisationnelle et financière du schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS).

Dans le cadre de l'élaboration de ce schéma, qui vient d'être arrêté par les agences régionales de l'hospitalisation des régions Bretagne, Pays-de-Loire, Centre et Poitou-Charentes, les CHU de la zone Hugo ont proposé qu'une banque de sang placentaire soit créée au CHU de Poitiers.

Un appel d'offres de l'Agence de biomédecine avait été lancé en août 2007 pour ouvrir de nouvelles banques sur le plan national. Avec le soutien des CHU de la zone Hugo et plus particulièrement l'implication des maternités du Centre hospitalier régional d'Orléans et du CHU de Tours, le CHU Poitiers, en lien avec les maternités du Centre hospitalier de Châtellerauld et la clinique privée du Fief de Grimoire à Poitiers, a fait parvenir un projet de création.

Grâce à un appel au don réalisé auprès des futures mamans, les prélèvements seront effectués lors des accouchements, dans les différents établissements composant le réseau de cette banque de sang placentaire, et seront adressés au CHU de Poitiers qui procédera aux analyses, à la validation et au stockage des unités de sang placentaire (USP). Au-delà du soin, l'existence de cette banque va permettre d'accroître les travaux de recherche en matière de cellules souches hématopoïétiques.

Professeur René-Jean Bensadoun, chef du service d'oncologie radiothérapique

Le professeur René-Jean Bensadoun a pris ses fonctions au CHU de Poitiers le 1^{er} septembre dernier, en qualité de chef du service d'oncologie radiothérapique. Il succède au professeur Alain Daban qui exercera désormais en qualité de consultant au CHU de Poitiers.



Quel est votre parcours professionnel ?

Pr René-Jean Bensadoun – J'ai grandi et j'ai vécu à Nice jusqu'à mon arrivée à Poitiers en septembre. J'y ai fait mes études de médecine et j'ai été major de 1^{re} année à 18 ans. Pendant mon internat, j'ai choisi de me spécialiser en cancérologie pour le côté «humain» que cela représente, et plus particulièrement en radiothérapie qui a une qualité clinique presque chirurgicale. Je me suis ensuite spécialisé dans les cancers ORL qui sont des tumeurs sensibles aux techniques d'irradiation les plus modernes avec aujourd'hui un important potentiel de guérison et des patients guéris quasi dénués de séquelles. Après mon internat, j'ai fait un diplôme d'études approfondies de radiobiologie-radiopathologie (DEA) à Paris et, à mon retour, j'ai obtenu un poste de spécialiste au centre anti-cancéreux Antoine-Lacassagne à Nice. En 1996, je suis devenu chef du service de radiothérapie puis coordonnateur de département en 2007.

Quelles ont été vos motivations pour venir exercer au CHU de Poitiers ?

Pr René-Jean Bensadoun – Le pôle régional de cancérologie (PRC) est un projet majeur en France pour la cancérologie. Il sera doté des meilleurs équipements de radiothérapie, d'accélérateurs de particules de dernières générations dotés des dernières avancées techniques (IMRT, VMAT...), dans des locaux vastes et particulièrement fonctionnels. C'est un projet ambitieux, activement mené par la direction du CHU et coordonné sur le plan médical par le Pr Jean-Marc Tourani, coordonnateur de pôle. Le service d'oncologie radiothérapique a déjà une excellente renommée grâce au professeur Alain Daban et à son équipe. Nous avons beaucoup travaillé ensemble ces derniers mois. Nous avons les mêmes orientations stratégiques pour mettre en place ce projet. Le PRC a été pensé pour favoriser la prise en charge du patient, par la proximité des services de cancérologie mais également des soins de support qui font partie intégrante des traitements. Cela permet de travailler dans une ambiance sereine et d'être ainsi plus efficace, de se concentrer sur nos priorités. De plus, il n'y a pas de concurrence dans le département de la Vienne et il n'existe pas de centre de lutte contre le cancer dans la région Poitou-Charentes, ce qui assure un fort recrutement au pôle de cancérologie.

Quels sont vos projets en terme de recherche pour le CHU de Poitiers ?

Pr René-Jean Bensadoun – Je souhaite développer la recherche clinique et aussi la recherche appliquée, c'est-à-dire le transfert à notre pratique quotidienne, sur le patient traité, de la recherche fondamentale (biologique et physique) en

radiothérapie. Collaborer le plus activement possible avec le centre d'investigation clinique coordonné par le professeur François Guilhot, et participer à différents essais cliniques multicentriques. Je souhaite aussi associer la physique médicale à la recherche, grâce aux nouveaux équipements tels que les accélérateurs de particules et à nos contrats de partenariat scientifique avec les constructeurs. La démarche thérapeutique sera inscrite dans une perspective d'excellence et d'évaluation associée à une démarche d'optimisation de la sécurité et de la qualité.

Comment pensez-vous organiser le déménagement de votre service vers le PRC et son activité ?

Pr René-Jean Bensadoun – Je pense que c'est plutôt un aménagement, aussi bien pour le côté matériel qu'organisationnel. Il y a tout à créer au sein de ce nouveau pôle. Le projet architectural a été très bien pensé. La conception des services est remarquable et fonctionnelle. Nous allons mettre en place un fonctionnement moderne adapté aux exigences de qualité et de sécurité, aidé par l'ergonomie des locaux. Nous continuons de travailler avec l'ensemble de l'équipe de radiothérapie sur cette nouvelle organisation. Nous souhaitons également repenser le circuit du patient, mettre en place des parcours personnalisés et nous coordonner pour que les patients aient une meilleure visibilité de leur traitement et de leur prise en charge.

Sport et Collection 2008 : 220 000 € contre le cancer

Jean Pierre Doury, président de l'association Sport et Collection, et Michel Hénot, président du Rotary Club Civray Sud Vienne, ont remis, le mercredi 2 juillet, un don de 200 000 euros au Centre hospitalier universitaire de Poitiers pour la recherche contre le cancer. A cette somme, s'ajoute un don de 20 000 euros de Peter Mann, président du Club Ferrari France, qui avait annoncé son intention d'effectuer un don personnel à hauteur de 10 % de la somme remise au CHU par Sport et Collection et le Rotary Club Sud Vienne au titre de l'année 2008.

L'établissement était représenté par Jean-Pierre Dewitte, directeur général, Louis-Marie Challet, directeur de la recherche et du pôle de cancérologie, le Pr Michel Eugène, médecin référent à la direction de la recherche, le Pr Joseph Allal, président de la commission médicale d'établissement, le Pr Jean-Marc Tourani, coordonnateur du pôle de cancérologie, le Pr Alain Daban, alors chef du service d'oncologie radiothérapique, le Pr François Guilhot, chef du service d'oncologie hématologique, ainsi que par le Pr Gaëlle Fromont Hankard et le docteur Lucie Karayan Tapon. Cette somme a été collectée lors de la 14^e édition de Sport et Collection «400 Ferrari contre le cancer» qui s'est déroulée les samedi 31 mai et dimanche 1^{er} juin derniers. Près de 1 050 automobiles d'exception y ont participé dont plus de 450 Ferrari. Il reviendra au conseil scientifique, mis en place fin 2007, de répartir l'utilisation

du don 2008 et d'arbitrer les projets à soutenir. L'édition 2009 de Sport et Collection se déroulera les 5, 6 et 7 juin.



Nouveautés de la prise en charge en rhumatologie

Bilan social 2007

Le bilan social est un recueil d'informations qui permet d'apprécier la situation de l'établissement dans le domaine social ainsi que ses évolutions historiques, à travers sa présentation pluriannuelle. Il est réalisé selon les dispositions prévues par le décret du 7 octobre 1988. Il comporte des informations sur l'emploi, les rémunérations et les charges accessoires, les conditions d'hygiène et de sécurité, l'ensemble des conditions de travail, la formation et les relations professionnelles. Plusieurs phénomènes importants apparaissent dans le bilan social 2007 :
 – la masse salariale a encore augmenté en 2007 de 0,78% soit 34 ETP ; sa répartition interne s'est modifiée en fonction des différents statuts ;
 – les départs à la retraite ont baissé par rapport aux deux précédentes années, ainsi d'ailleurs que le nombre de départs de l'établissement. La mobilité interne et externe a donc été, elle aussi, réduite ;
 – l'âge moyen du personnel est stable depuis cinq ans, même si l'âge moyen du personnel masculin augmente légèrement ;
 – la promotion professionnelle a été maintenue à un niveau élevé puisque ce sont 95 personnes qui en ont bénéficié en 2007.

Le Centre hospitalier universitaire a inauguré, le mardi 7 octobre dernier, une borne éducative à disposition des patients de rhumatologie. Ce guide interactif, mis en place au niveau des hospitalisations, permet aux personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde et de spondylarthrite ankylosante de mieux vivre leur maladie au quotidien. Elle propose aux patients, à leurs familles et amis, d'identifier les bons gestes et comportements de tous les jours.

Le service de rhumatologie s'est également doté récemment d'un appareil d'échographie ostéo-articulaire pour aider au diagnostic précoce des polyarthrites débutantes, pour évaluer la réponse au traitement et éventuellement guider la réalisation de ponctions et/ou d'infiltrations intra et péri-articulaires. Enfin, des séances d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de ces maladies inflammatoires, et pour leur entourage, sont mises en place depuis début octobre. Ces séances sont l'occasion d'apprendre à vivre avec sa pathologie et de maîtriser certains gestes de soins, comme la piqûre, afin de gagner en autonomie.



Assemblée générale de la bibliothèque : appel à bénévoles

L'association de la bibliothèque du CHU de Poitiers a tenu son assemblée générale le 9 octobre dernier. Cette association compte 61 bibliothécaires bénévoles et une salariée. Située au 11^e étage de Jean-Bernard et ouverte aux usagers et au personnel, elle a assuré, en 2007, 1 000 heures d'accueil du public et 900 à 1 000 passages dans les chambres ont pu être effectués au plus près des patients. Le prêt de documents écrits aux hospitalisés représente 80 % de l'activité contre 20 % pour le personnel. Le fonds est composé de livres (adultes, enfants, large vision, en langue étrangère), de journaux et de magazines (70 abonnements), de documents sonores pour les personnes malvoyantes et de 25 DVD. Le budget de 12 700 euros provient des subventions, dont celle du CHU de Poitiers principalement. Dans les projets 2009 de l'association figure notamment la nouvelle organisation des passages des bénévoles pour l'ouverture du pôle régional de cancérologie. Un appel à bénévoles est d'ailleurs lancé. Pour tout renseignement, appelez le 05 49 44 41 20.

Bilan 2008 de la fête de Saint-Cyr

A l'occasion de la 16^e édition de la fête familiale «Elle court, elle court... la vie», qui s'est déroulée le 15 juin dernier au parc de loisirs de Saint-Cyr, l'association «Un Hôpital pour les enfants» remercie ses bénévoles, partenaires, donateurs et collectivités pour leur participation active à cet évènement.

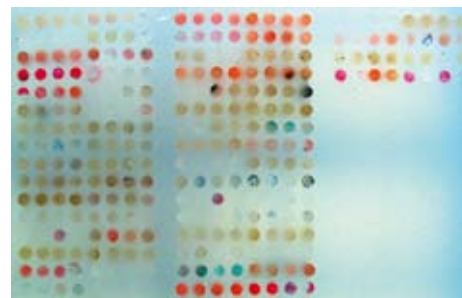
Cette année, la fête a attiré près de 3 500 visiteurs et a généré une recette de 12 255 €, soit 6 219 € de bénéfice. Cette somme permettra de soutenir les actions de l'association auprès des enfants hospitalisés au Centre hospitalier universitaire de Poitiers. Toma Sidibé (*photo ci-dessous*), musicien, chanteur, conteur, était le parrain de ce 16^e rassemblement festif et familial.

En 2009, la manifestation «Elle court, elle court... la vie» se déroulera le dimanche 14 juin au parc de loisirs de Saint-Cyr.



A la recherche des marqueurs tissulaires

Stratégie novatrice, l'analyse des biomarqueurs tissulaires dans le cancer de la prostate est un exemple du passage de la recherche fondamentale à l'application clinique. C'est à ce carrefour des compétences que le Pr Gaëlle Fromont-Hankard, au sein du service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU, situe sa mission de recherche.



Environ un tiers des hommes de plus de 50 ans possèdent des cellules cancéreuses dans leur prostate. Malgré les informations apportées par la mesure du taux de PSA et les données des biopsies prostatiques, il n'est pas possible aujourd'hui de prédire quand et à quelle vitesse le cancer de la prostate se propagera. Les médecins qui prennent en charge ces patients ont donc besoin de nouveaux marqueurs prédictifs de l'évolution et de la réponse aux traitements. L'anatomie pathologique consiste en l'analyse microscopique des tissus et des organes malades, afin de déterminer un diagnostic et un pronostic. Les techniques morphologiques de recherche des marqueurs sont l'immuno-histochimie (IHC), processus de détection d'antigènes dans les tissus au moyen d'anticorps, ou l'hybridation in situ (HIS), qui met en évidence ADN et ARN. La première étape consiste à rechercher

les différentes anomalies au niveau du génome tumoral. *«Mais ces techniques coûtent cher, aussi ne peut-on le faire que sur peu de cas. Les résultats vont par contre permettre de déterminer des gènes candidats que l'on teste cette fois sur plusieurs centaines de patients selon des études cas-témoin»*, explique le Pr Fromont-Hankard.

Pour celle-ci, le challenge est de faire communiquer les deux mondes de la recherche fondamentale et de la recherche clinique. *«Les chercheurs fondamentaux ont besoin de tissus humains pour mieux comprendre. Les cliniciens possèdent les données sur les patients et ont besoin des fundamentalistes pour aller plus loin. En tant que pathologiste, j'ai accès aux tissus et aux marqueurs, et je peux développer in situ la recherche fondamentale.»*

Membre de l'Institut national du cancer, le Pr Fromont-Hankard collabore avec des réseaux de chercheurs dont le CeRePP¹ et des associations de patients comme l'APCLP², et cherche à fédérer les acteurs du CHU autour d'une étiquette lisible. Une politique de travail en commun, dont l'ambition est une meilleure prise en charge des patients. *«Les fundamentalistes, les cliniciens, les pathologistes et les mathématiciens pour modaliser ces marqueurs : voilà le quatuor idéalement efficace !»* ■

Le Pr Gaëlle Fromont-Hankard



¹ Centre de recherche sur les pathologies prostatiques

² Association de patients porteurs d'un cancer localisé de la prostate

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"

" **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



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

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



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

**Qui vient
voir
Emilien ?**



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



Forte de son histoire et de la compétence de ses équipes, SPIE redevient indépendante et plus SPIE que jamais.

Spécialiste du génie électrique, mécanique et climatique, de l'énergie, des réseaux de communication et des infrastructures de transport, SPIE équipe notre cadre de vie et accompagne ceux qui le font changer, collectivités et entreprises, dans la conception, la réalisation, l'exploitation et la maintenance de leurs installations.

Avec appui de son nouvel actionnaire, SPIE entend renforcer son développement et œuvrer, chaque jour, pour permettre à chacun d'échanger, de communiquer, de se déplacer, de vivre en sécurité et de travailler avec efficacité.

SPIE, l'ambition partagée

Direction Régionale
Poitou Charentes Centre Limousin
1 rue des Entreprises - BP 32
86440 Migné-Auxances

Tél : 05.49.39.37.37
Fax : 05.49.39.37.39

www.spie.com

Assistance médicale à la procréation : reprise de l'activité

Après plus de trois ans d'interruption, l'activité d'assistance médicale à la procréation est de nouveau opérationnelle au centre de médecine de la reproduction du **CHU de Poitiers** grâce au recrutement d'une biologiste et d'une clinicienne de la reproduction agréées par l'Agence de biomédecine.

Attendu par de nombreux couples de la région confrontés à des problèmes de fécondité, le centre d'assistance médicale à la procréation (AMP) du CHU de Poitiers a rouvert ses portes depuis septembre. Ce dernier avait été contraint de cesser son activité en juin 2005, suite au départ de son biologiste de la reproduction. *«Il faut comprendre que c'est une activité très encadrée, qui nécessite la présence de professionnels possédant un agrément délivré par*

de proposer sur la région un service public de médecine de la reproduction.» Il s'agit de Muriel Rousseau, docteur en biologie, et de Marianne Blasquez, clinicienne. Après un parcours, pour la première, dans plusieurs hôpitaux à Toulouse, Paris, Bruxelles, et pour la seconde à Nîmes et Paris, les deux femmes ont opté pour Poitiers afin *«de relever le challenge de redémarrer l'activité.»*

Ce qui n'est d'ailleurs pas aussi simple. *«Il ne suffit pas d'avoir le personnel compétent, poursuit le professeur Fabrice Pierre, il faut remettre tout le matériel en conformité. D'importants investissements ont été réalisés, notamment l'acquisition d'un nouveau micro-injecteur (outil qui sert à injecter, sous contrôle microscopique, un spermatozoïde dans chacun des ovocytes obtenus par ponction des ovaires).»*

L'aide à la procréation suppose que le clinicien et le biologiste forment un véritable binôme. *«En venant ici, chacune a apporté son organisation de travail, précise Muriel Rousseau. Il a fallu confronter nos expériences afin d'arriver à la même approche de l'AMP et d'avoir le même discours auprès des couples. Car la problématique n'est pas tant du point de vue technique, de ce côté-là il n'y a pas de problème, nous maîtrisons les outils, c'est le côté humain qui est plus compliqué à appréhender. Nous accueillons des personnes qui viennent avec beaucoup d'espoir. Nous nous devons d'avoir une prise en charge très centrée sur les patients.»* Mais sans leur donner de faux espoirs : *«Ce que j'explique aux couples, c'est qu'avec nos techniques, nous ne faisons pas mieux que la nature, souligne le docteur Marianne Blasquez. En moyenne, un couple sans problème de fécondité a 25 % de*



Injection intra-cytoplasmique des spermatozoïdes



l'Agence de la biomédecine. Et, ils sont très peu sur le territoire français à en être détenteurs¹», précise le professeur Guillaume Magnin, chef du service gynécologie-obstétrique.

Néanmoins, durant cette période, le centre de médecine de la reproduction a continué d'assurer ses missions de consultation de gynécologie et de médecine de la reproduction. Mais pour les actes de fécondation assistée tous les patients étaient réorientés vers Tours, La Rochelle, Bordeaux ou Limoges.

Une prise en charge centrée sur le patient

«La quête aura été longue, note le professeur Fabrice Pierre. Mais nous avons enfin trouvé les deux personnes tant attendues, ce qui permet aujourd'hui

¹ Seules 318 unités sont agréées en France.

chance d'avoir un enfant. En venant ici, nous permettons aux couples ayant des chances diminuées de grossesse d'atteindre le taux de conception spontanée par cycle.»

Insémination, FIV, ICSI

Trois techniques principales sont ainsi réalisées par le service lorsque la nature s'avère capricieuse. La plus simple, l'insémination intra-utérine. Elle a pour but de déposer les spermatozoïdes, après sélection des plus mobiles, directement dans la cavité utérine de la femme pour augmenter les chances de rencontre avec l'ovocyte.

Quand les paramètres spermatiques (concentration, mobilité, morphologie) ne sont pas satisfaisants, les médecins ont recours à la fécondation in vitro (FIV). Le principe consiste à ponctionner du liquide folliculaire dans lequel se trouvent des ovocytes qui sont mis en culture avec des spermatozoïdes préparés afin d'obtenir une fécondation. Le transfert des embryons dans l'utérus de la patiente est réalisé ensuite quelques jours plus tard.

Lorsqu'il y a des anomalies majeures du sperme (très petit nombre et/ou une mobilité très faible), une micro-injection ou injection intra-cytoplasmique des spermatozoïdes (ICSI) doit être envisagée. Elle débute comme une FIV classique mais, au lieu de mettre en culture les ovocytes et les spermatozoïdes et d'attendre la fécondation, le biologiste introduit lui-même, sous microscope, un spermatozoïde mobile dans chaque ovocyte ponctionné.

La mise en œuvre de l'une ou l'autre de ces techniques, décidée collégalement entre le clinicien et le biologiste, n'est pas systématique. La stimulation, les traitements médicaux ou la chirurgie sont parfois suffisants.

Mais quelle que soit l'option retenue, les médecins du service d'AMP ne travaillent pas seuls dans leur coin. *«C'est une activité multidisciplinaire qui nécessite la collaboration d'un ou plusieurs spécialistes comme les endocrinologues, les généticiens, les urologues, les psychologues... Ils interviennent bien souvent en amont du processus de procréation : lors de la première consultation consacrée*

au bilan physiologique, nous sommes amenés à détecter certaines pathologies qui impliquent une prise en charge.»

Des consultations en augmentation

Et si les attentes de reprise de cette activité étaient fortes, c'est que la demande de prise en charge est sans cesse en augmentation. *«En deux ans, le nombre de couples qui consultent a pratiquement doublé, souligne le docteur Marc Deshayes, gynécologue-obstétricien qui a assuré lors de la cessation d'activité du service AMP les consultations et qui effectue conjointement avec le docteur Marianne Blasquez les inséminations, FIV ou ICSI. Deux raisons majeures expliquent cette conjoncture : la diminution de la qualité du sperme liée à des facteurs environnementaux et le recul de l'âge chez les femmes pour avoir un enfant. Nous estimons l'activité pour cette année aux alentours de 350 ou 400 inséminations ou FIV, ce qui veut dire environ 600 consultations.»*

Quand on leur demande à partir de quel moment les couples doivent consulter, les médecins du service sont unanimes : *«Le plus tôt possible ! Même si la consultation n'aboutit pas à une prise en charge, nous avons la possibilité de donner de l'information et d'envisager de nous revoir un peu plus tard, s'il n'y avait pas de fécondité dans l'année ou dans les deux ans, selon l'âge de la femme. Trop souvent nous voyons des couples avec un lourd passé...»* ■

Une pratique très encadrée

La loi de Bioéthique de 1994 encadre la pratique d'assistance médicale à la procréation (AMP). L'AMP n'est admise qu'au sein de couples qui répondent aux exigences suivantes : il s'agit de couples hétérosexuels mariés ou concubins vivant ensemble depuis plus de deux ans. Le couple doit être en âge de procréer et la femme ne peut pas être âgée de plus de 42 ans. L'AMP ne peut se pratiquer que sur la femme du couple infertile, ce qui exclut les mères porteuses. En cas de double stérilité, le recours à un double don de gamètes n'est pas possible. Dans ce cas, seul le don d'embryon peut être proposé. L'Agence de la biomédecine doit être informée de chaque étape du processus de procréation, de l'accueil jusqu'à la naissance de l'enfant.

Contact : Centre d'assistance médicale à la procréation
tél. 05 49 44 39 56

La chirurgie en réponse à l'obésité morbide

Face au nombre croissant de personnes souffrant d'obésité en échec de traitement, le CHU de Poitiers propose depuis un an une réponse chirurgicale à cette maladie pour les patients les plus en danger. Elle s'inscrit au sein d'une équipe multidisciplinaire et porte sur des interventions du type gastroplastie ou gastrectomie.

Longtemps considérée comme relevant plus du domaine esthétique que médical, l'obésité est reconnue depuis 1998 comme une maladie chronique aux conséquences néfastes pour la santé. Elle est à l'origine de nombreux problèmes vasculaires et métaboliques qui représentent pas moins de 5 % des dépenses de santé publique : hypertension, diabète, troubles cardiovasculaires, insuffisance rénale, douleurs articulaires... sans compter les répercussions psychologiques et sociales. La loi d'août 2004, relative à la politique de santé publique, a classé l'obésité comme un des objectifs nationaux de santé. Et pour cause, les chiffres sont alarmants : en 1997, le nombre d'obèses adultes en France était estimé à 8 % ; en 2003, il était de 11 % et ce chiffre devrait atteindre 20 % en 2020.

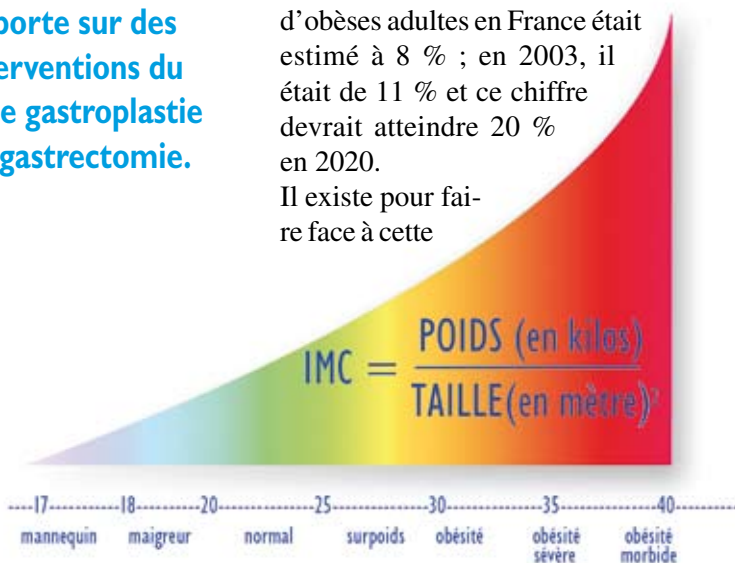
Il existe pour faire face à cette

maladie chronique une prise en charge médicale associant règles hygiéno-diététiques et/ou traitement médicamenteux. «*Mais chez certains patients, elle s'avère inefficace voire dangereuse dans le cas d'utilisation de certains médicaments et, compte tenu des risques vitaux encourus liés aux pathologies associées, une autre alternative s'impose*», précise le docteur Jean-Pierre Faure du service de chirurgie viscérale.

Aussi, le CHU de Poitiers propose depuis un an une approche chirurgicale au traitement de cette maladie. «*Elle s'adresse à des personnes les plus touchées ayant un IMC entre 35 et 40, présentant une co-morbidité, ou un IMC supérieur à 40¹. Ce sont des personnes qui souffrent d'une obésité dite morbide.*» Cette solution thérapeutique est devenue possible suite à l'avènement de la cœlioscopie. «*Elle diminue la taille des incisions toujours délicates chez ces patients et limite ainsi les complications postopératoires du type éventration.*»

«Pas une solution miracle»

Le chirurgien n'est pas seul à prendre la décision opératoire. Elle se fait au sein d'une équipe pluridisciplinaire intégrant psychiatre, nutritionniste, chirurgien, anesthésiste, diététicienne... et n'intervient qu'après un long suivi d'au moins un an des patients. L'objectif est de détecter et de corriger, dans la mesure du possible, les anomalies métaboliques et nutritionnelles. Outre les pathologies associées, l'obésité est très souvent accompagnée de difficultés ou de problèmes psychologiques et il faut comprendre pourquoi le patient ne parvient pas à équilibrer son alimentation en fonction de ses besoins réels. Le nutritionniste a un rôle prépondérant. «*Durant cette période, nous travaillons à la fois sur la diététique et sur le comportement alimentaire*, souligne le docteur Martine Breux, nutritionniste. *Si l'on observe*



Obésité : de quoi parle-t-on ?

L'obésité se définit comme un excès de masse adipeuse ou masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé. Elle se mesure par l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres. L'IMC est normal de 18,5 à 25 kg/m². On parle de surpoids entre 25 et 30 et d'obésité lorsque l'IMC est égal ou supérieur à 30 avec trois degrés : modérée (30 à 35), sévère (35 à 40) et massive ou morbide (> à 40). Il convient également de tenir compte du tour de taille car la présence d'un excès de graisse au niveau de l'abdomen avec un tour de taille supérieur à 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme indique une obésité viscérale qui entraîne un risque plus élevé de développer d'autres problèmes de santé.

que la courbe de poids s'inverse, l'intervention n'apparaît peut-être plus comme la seule solution, on préfère se donner du temps. Dans le cas contraire, le patient doit comprendre que le succès de la chirurgie suppose de sa part une coopération importante pour modifier son mode de vie et ses habitudes alimentaires.»

En aucun cas la chirurgie est une solution miracle, «elle est le bras de levier qui va permettre au patient de maigrir, ajoute le docteur Faure, dans des proportions qui dépassent rarement 50 % du surpoids mais qui sont suffisantes pour corriger certaines pathologies associées et améliorer leur qualité de vie».

Le choix de la technique au cas par cas

Le choix du type de l'intervention se fait donc en tenant compte d'un grand nombre de facteurs cliniques, nutritionnels, familiaux et sociaux du patient. «Trois techniques sont proposées au CHU, poursuit le doc-

teur Faure. Chacune est appliquée au cas par cas.» L'an dernier, près de 50 patients ont bénéficié de cette prise en charge chirurgicale. La première technique, la plus courante (70 % des interventions), la gastroplastie par anneau, ou anneau gastrique, «s'adresse à des patients plutôt actifs qui sont capables de s'adapter à un régime alimentaire». Elle consiste à mettre un anneau en silicone (schéma 1) entourant la partie haute de l'estomac le séparant en deux poches dont une supérieure de 20 cm³ (le volume d'un repas doit tenir dans une

sous-tasse à café). L'estomac est transformé en un véritable sablier. Le volume des prises alimentaires va être grandement diminué ce qui va stimuler le centre de satiété. Les apports caloriques vont fortement baisser, obligeant l'organisme à puiser dans ses réserves. Suivant la courbe de perte de poids, l'anneau qui est raccordé par un petit boîtier situé sous la peau, au niveau de l'abdomen, peut être resserré ou desserré. La deuxième méthode, le bypass gastrique (schéma 2), consiste à sectionner l'estomac par agrafage pour obtenir une petite poche équivalente à celle réalisée avec l'anneau. Cette technique permet de faire un court-circuit d'une partie de l'intestin grêle ce qui, en plus de son caractère restrictif, réduit le trajet des aliments et entraîne une diminution de la réabsorption des aliments et surtout des graisses. Cette technique s'adresse en priorité aux patients ayant du mal à accepter un régime trop contrai-

de l'estomac ne conservant qu'un «tube gastrique de très faible diamètre» (schéma 3). La sleeve agit ainsi sur plusieurs mécanismes qui associent la restriction et, par un passage très rapide des aliments dans l'intestin grêle, la diminution du taux de ghréline, hormone de la faim, qui entraîne un désintérêt pour la nourriture. Elle est proposée à des patients hyper obèses répondant aux critères du bypass mais pour lesquels cette solution serait susceptible d'entraîner trop de complications. «La sleeve est en effet une intervention chirurgicale techniquement plus aisée à réaliser.»

Toutefois, quelle que soit l'option retenue, le patient doit être conscient que la chirurgie de l'estomac n'est pas dénuée de risques vitaux (phlébite, embolie pulmonaire, hémorragie...). Ils sont estimés aux alentours de 2 à 5 %.

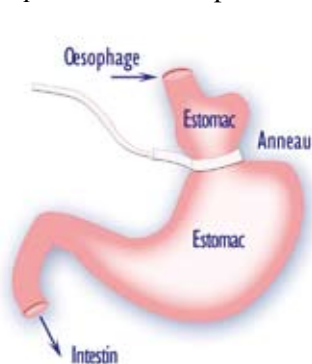
Après l'intervention, le patient n'est pas lâché dans la nature, «ce sont des gens qui doivent être suivis à vie».

La surveillance chirurgicale post-opératoire débute par des rendez-vous tous les trois mois la première année. Ensuite ces rendez-vous s'espacent à une fois par an dans le meilleur des cas.

Mais il faut asso-

cié à cela le suivi avec le nutritionniste et le psychiatre qui eux peuvent être amenés à suivre le patient à une fréquence plus soutenue. «Nous passons un véritable contrat moral avec eux. Le succès de l'opération dépend de la personne elle-même, principalement dans sa capacité à supporter durablement les grandes contraintes alimentaires auxquelles elle doit faire face chaque jour. D'où l'importance d'une bonne sélection des patients», conclut le docteur Faure. ■

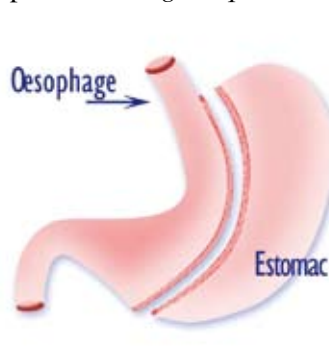
¹ Critères retenus par la Sécurité sociale pour le remboursement de la prise en charge.



1- Gastroplastie par anneau



2- Bypass gastrique



3- Sleeve gastrectomie

gnant et/ou présentant une obésité morbide grave. La perte de poids est plus importante et plus durable qu'avec la pose d'un anneau gastrique, mais la contrepartie est que les patients sont obligés de prendre des compléments vitaminiques, calciques et pour certains protéiques quotidiens à vie. De fait, un suivi nutritionnel strict, nécessitant des bilans sanguins répétés, doit être mis en place après l'intervention. Enfin la dernière technique, la plus récemment mise au point, est la sleeve gastrectomie. L'opération consiste en une résection verticale



Le pôle régional de cancérologie concentre les forces du CHU contre la maladie

Avec le pôle régional de cancérologie (PRC), le CHU de Poitiers se dote d'un puissant outil de lutte contre le cancer. Tous les leviers facilitant la collaboration entre les acteurs de la prise en charge ont été activés. Les patients bénéficieront des meilleurs traitements dans un environnement sécurisant et favorisant le soutien moral des malades et des familles.

Le pôle régional de cancérologie (PRC) s'élève aujourd'hui à l'ouest de la tour Jean-Bernard. Le bâtiment a été livré en décembre 2008. L'inauguration se déroulera à la mi-mars 2009 et associera la population poitevine en proposant des portes ouvertes les 14 et 15 mars. Sa création a fait l'objet d'un avenant

au contrat d'objectifs et de moyens signé en janvier 2004. Depuis, le projet a pris corps avec pour maîtres-mots : unité, coordination et ouverture. Unité de lieu, coordination de tous les acteurs, ouverture vers et à la ville.

Unité de lieu

Jusqu'à aujourd'hui, les services dédiés à la cancérologie étaient dispersés sur le site de la Milétrie. «*Le PRC apportera une unité de lieu aux médecins comme aux patients*», souligne le coordinateur du pôle et oncologue, le professeur Jean-Marc Tourani. En regroupant les forces, cette unité permet de mutualiser les moyens pour les traitements et les soins de support. Elle favorise la mise en commun des

compétences et la pluridisciplinarité. «*Mais, si le PRC n'apportait qu'une unité de lieu, il n'aurait qu'un intérêt limité.*» En effet, le projet de pôle fut l'occasion de renforcer les synergies à l'intérieur et avec l'extérieur de l'hôpital en multipliant les ponts entre les acteurs. «*La qualité passe par la coordination des actions. Le PRC a son rôle à jouer dans les domaines de l'expertise et de la référence, que les patients soient ou non pris en charge au CHU. Cette coordination et l'insertion du CHU dans ce réseau d'acteurs sont aussi importantes que le nombre de patients effectivement pris en charge au PRC*», ajoute Louis-Marie Challet, directeur référent de la filière cancérologique du CHU.

Première réunion : les oncologues

Jusqu'alors les services d'oncologie médicale, d'oncologie hématologique et d'oncologie radiothérapique étaient géographiquement séparés. Par exemple, un patient opéré en chirurgie viscérale pour un cancer du rectum devait ensuite recevoir sa radiothérapie au deuxième sous-sol d'un bâtiment, puis une chimiothérapie soit au 5^e étage, soit au pavillon Le Blaye. S'il était hospitalisé pour une chute des globules blancs, il séjournait au 5^e étage dans le service d'oncologie hématologique, voire dans un autre service. La collaboration entre les services

était rigoureusement mise en place mais coûteuse pour l'établissement et chronophage pour les équipes. Le parcours était difficilement lisible et inconfortable pour le patient.

La réunion des oncologues dans le PRC pallie ces problèmes et constitue un bénéfice majeur : les coordinateurs du projet misent sur la réunion physique des acteurs de la prise en charge pour dynamiser, fluidifier, stimuler la pluridisciplinarité des avis médicaux. «*De cette synergie doivent émerger plus de créativité et d'innovation, piliers de la mission de recours d'un CHU*», explique Jean-Marc Tourani.

Second rapprochement : les spécialistes d'organes

Aux cancérologues viendront s'ajouter les spécialistes d'organes, chirurgiens comme médecins. Ce rapprochement se traduit par un premier élément : la création au sein du pôle régional de cancérologie (PRC) d'un plateau de consultation intégrant les spécialistes d'organes. Ainsi, en consultant au PRC, les patients disposent d'un environnement adapté au cancer et non à l'organe traité. De fait, même si leur traitement repose sur la seule chirurgie, les patients auront recours à toute la palette de soins de supports du PRC et pourront profiter des infrastructures propres au pôle. Les chirurgiens et les médecins d'organes, quant à eux, pourront immédiatement faire appel au cancérologue (et inversement) pour des conseils, un échange pluridisciplinaire sur la démarche à suivre, voire un simple échange d'information sur les pratiques et les limites des autres

Vue d'architecte du hall d'accueil.



La cancérologie au CHU

En 2007, le CHU a accueilli 6 900 patients atteints d'une pathologie cancéreuse dont 3 800 nouveaux patients. Au CHU, la cancérologie représente 9 000 hospitalisations complètes (dont 2 500 pour la chirurgie et 6 500 pour la médecine cancérologique) et 45 000 séances ambulatoires (essentiellement de radiothérapie – 28 000 – et de chimiothérapie – 14 000).

Il y a une augmentation de la prévalence du cancer, identique en Poitou-Charentes à la moyenne nationale. L'augmentation du nombre de patients atteints du cancer est due à trois facteurs : le vieillissement de la population, la précocité croissante du diagnostic et du dépistage et l'augmentation des risques.



spécialités pouvant, parfois, induire une démarche différente et plus pertinente. Deuxième traduction concrète du rapprochement des spécialités d'organes et de la cancérologie : la généralisation des coordinations. Une infirmière de chacun des services d'organes suivra les patients atteints de cancers et assistera avec eux à la première consultation au pôle de cancérologie. Elle sera présente aussi lors des hospitalisations en services d'organes.

Centre de recours

Le pôle régional de cancérologie (PRC) affirme et confirme la fonction de recours du CHU. Son expertise doit profiter à l'ensemble des acteurs de la prise en charge du cancer en Poitou-Charentes. Cette capacité de recours naît de la réunion des spécialistes, de la possession d'équipements de pointe, de la mise en œuvre de traitements innovants, de la pratique de la recherche clinique et du transfert quotidien des compétences. Toutes ces conditions sont réunies au PRC.

Chirurgie, oncologie médicale, radiothérapie et hématologie représentent les quatre bras armés de la médecine contre le cancer. Très souvent, de plus en plus souvent, plusieurs de ces spécialités sont sollicitées pour le traitement d'un seul malade. Avec le PRC, la radiothérapie bénéficiera des apports techniques de trois accélérateurs neufs qui par exemple permettent d'adapter l'émission des rayons au mouvement naturel de la respiration. Le service va également développer la curiethérapie «haut-débit». Rappelons que la curiethérapie consiste à implanter des sources radioactives directement dans les tissus. Le HD va permettre de réduire considérablement le temps de délivrance de la dose, d'environ 5 jours à une ou deux séances en ambulatoire.

Le PRC propose un espace dédié aux chercheurs au dernier étage. Il travaillera évidemment avec le centre d'investigation clinique et les laboratoires de recherche fondamentale du site. De nouvelles molécules ou de nouvelles stratégies de traitement naîtront de cette synergie dont bénéficieront immédiatement les patients.

Un diplôme universitaire de cancérologie réservé au personnel soignant, hors médecin, vient de voir passer sa première promotion. Une formation continue en cancérologie a été créée à destination des médecins généralistes de la région.

Troisième rapprochement : avec les soignants de ville

En cancérologie, la pluridisciplinarité est inscrite dans le parcours de tous les patients puisque la stratégie thérapeutique est décidée lors de réunions de concertation pluridisciplinaires. Le dossier du patient y est présenté à des médecins issus, au minimum, de trois spécialités différentes. Les médecins généralistes sont invités à assister à ces réunions qui se déroulent souvent par visioconférences. «*Les médecins généralistes connaissent très bien leurs patients, leur environnement, leur entourage. Ils sont d'une aide précieuse pour une prise en charge globale et pertinente*», note le Pr Jean-Marc Tourani.

A un autre niveau dans le parcours des patients, le PRC souhaite améliorer la fluidité des entrées et sorties des patients à l'hôpital. L'hôpital s'engage à coordonner les sorties complexes (nécessitant un accompagnement social, sollicitant des services d'aides à domicile ou des soins de support, etc.) et réserve deux lits dans le pôle de cancérologie pour toutes les hospitalisations non programmées (et urgentes) des patients atteints de cancers. Ce qui leur évite de passer par les urgences et raccourcit leur trajet dans un moment souvent difficile.

De plus, le pôle va mettre en place une ligne téléphonique, réservée aux soignants libéraux, pour faciliter les échanges d'informations et rendre l'hôpital plus accessible aux médecins de ville. «*Si on*

aide les médecins et les soignants libéraux à maintenir un malade à domicile, il pourra y rester plus longtemps et on évitera des retours en urgence à l'hôpital», explique le coordinateur du pôle.

Soins de support

Pour compléter le tableau de la prise en charge, rappelons que cette dernière comprend d'autres aspects que le soin. Les soins dits de support sont indissociables des traitements pour augmenter les chances de guérison. Mieux le patient se sent dans sa tête et dans son corps, plus le traitement sera efficace. Les kinésithérapeutes, les spécialistes du traitement de la douleur, les équipes de soins palliatifs, l'aide sociale, les diététiciens aident, avec les techniques qui leur sont propres, les malades du cancer à se mobiliser psychologiquement, à garder le moral, à se relaxer, à éprouver des sensations perdues, à s'approprier leur nouvelle image, etc. Le PRC propose tous ces soins de support à ses patients avec, en nouveauté, des soins de confort apportés par des bains à jets. De plus, au rez-de-chaussée, une socio-esthéticienne disposera d'un salon. En effet, avec le cancer, l'amaigrissement, la perte de cheveux, la détérioration de la peau affectent profondément l'image de soi. Les socio-esthéticiennes aident les patients à mieux assumer les transformations que la maladie inflige à leur corps.

Les associations de malades

De nombreuses associations, généralistes comme la Ligue contre le cancer, ou dédiées à un type de cancer ou de traitement (leucémies, cancers cérébraux, patients laryngectomisés, patients atteints d'un cancer de la prostate...) proposent des services, des conseils ou de l'entraide aux malades porteurs du cancer. L'intervention des associations dans l'établissement est fixée par une convention signée entre le CHU et chaque association qui le souhaite. L'hôpital de Poitiers s'engage à informer les patients de l'existence et des objectifs de ces associations. Des locaux, au PRC, seront dédiés à la tenue de leurs permanences. Une visite personnalisée du pôle sera proposée aux associations.

Les bonus du pôle

Le pôle de cancérologie est l'occasion pour le CHU d'enrichir sa proposition de soin, de matériel, d'hébergement, d'améliorer ses bâtiments et son organisation interne. Voici la liste des nouveautés que le PRC apporte à la cancérologie.

- Création d'une unité d'hébergement à temps complet pour l'oncologie médicale de 30 lits.
- Développement de la curiethérapie avec haut-débit de doses.
- Ouverture d'un espace de rencontres et d'informations (ERI).
- Création de deux lits pour accueillir les hospitalisations non programmées.
- Généralisation de la coordination entre les services d'organes et la cancérologie.
- Création d'un plateau de consultations.
- Installation d'un système de traitement de l'air extrêmement performant dans le service d'oncologie hématologique pour protéger les patients immunodéprimés. Un filtrage absolu y est combiné à un champ électrostatique.
- Toujours en hématologie, afin d'éviter la stagnation de l'eau dont raffole la légionellose, l'eau circule en permanence dans les circuits. Les robinets sont purgés automatiquement tous les jours.
- Le PRC est «irrigué» par trois réseaux de pneumatiques. Le premier permet d'envoyer les prélèvements à analyser au pôle de biologie. Le second relie les unités du PRC à l'antenne de pharmacie pour le transfert des reconstitutions de chimiothérapie. Le troisième assure automatiquement le transfert des poches de sang depuis l'établissement français du sang jusqu'au PRC.
- Un automate – qui représente une première en France – réalise les préparations de chimiothérapie en milieu stérile d'après les prescriptions électroniques (contrôle du poids de la préparation à chaque étape et système de codes-barres pour sécurisation et adaptation au patient).
- Room service : les patients peuvent passer des commandes à la cafétéria depuis leur chambre et être livrés.

Un hôpital qui n'en a pas l'air

Enfin, le PRC est la traduction architecturale de cette volonté de favoriser le bien-être des patients, de stimuler leur moral. *«Le CHU a commandé aux architectes un bâtiment qui ne ressemble pas à un hôpital»,* précise Louis-Marie Challet.

Aussi, le rez-de-chaussée met-il l'accent sur les approches qui ne sont pas strictement liées au soin. *«Nous avons accordé beaucoup d'importance et d'espace aux lieux de rencontre, d'information et d'échange, parce que la charge émotionnelle autour du cancer est plus importante qu'avec n'importe quelle autre maladie et qu'elle affecte non seulement les patients mais également leurs familles»,* note Louis-Marie Challet.

De fait, le pôle régional de cancérologie s'ouvre sur un atrium où les éléments de bois blond se mêlent à des structures couleur aubergine. Une

sculpture de Franck et Olivier Turpin a remporté l'appel d'offres de l'hôpital et sera placée dans cet atrium. Le rez-de-chaussée accueille également un espace de rencontres et d'informations (ERI). Cet espace est une réponse à un besoin exprimé par les malades du cancer lors des Etats généraux organisés par la Ligue contre le cancer en 1998. L'appellation est un label attribué par la Ligue. Sans médecin, ni infirmière, l'ERI initie un dialogue autour de la maladie en général et non sur le dossier médical. C'est un lieu d'information mettant une borne internet et des ouvrages à la disposition des visiteurs. C'est aussi un lieu d'expression : l'animateur peut organiser des échanges entre les patients, entre les familles. Le rez-de-chaussée accueille encore une socio-esthéticienne et une cafétéria.

Dans tout le pôle, le travail des couleurs (alliance de tons vert, prune et chocolat), le traitement des surfaces extérieures (feuillage teinté dans la masse) et l'agencement inhabituel des chambres (dont le plan est inversé) répondent à la volonté de se démarquer des codes de l'hôpital pour les rapprocher de ceux utilisés dans l'hôtellerie.

Grâce au wifi, l'accès à internet se généralise aux patients qui pourront apporter leur ordinateur portable ou le louer sur place. Ils achèteront ensuite du temps de connexion. En outre, un site internet en cours d'élaboration permettra de réunir toutes les informations sur le cancer et les soins dispensés par le CHU pour le combattre. Il sera en accès libre depuis le site internet du CHU. ■

Les principales localisations des cancers chez les patients du CHU

- Appareil digestif : 1 200
- Sein : 1 000
- Organes génitaux masculins : 800
- Hématologie : 800
- Appareil respiratoire : 540
- Peau : 500
- Lymphomes : 480
- Voies urinaires : 360
- Organes génitaux féminins : 350
- Voies aérodigestives supérieures : 340

Au rez-de-chaussée, une socio-esthéticienne disposera d'un salon.



Le PRC en chiffres

Le pôle régional de cancérologie (PRC) s'étend sur 13 000 m² et sur 4 niveaux.

Au **rez-de-chaussée**, le plateau technique de radiothérapie et curiethérapie doté de quatre salles de traitement et d'un scanographe dosimétrique occupe 2 000 m². Le pôle dispose de sa propre antenne pharmaceutique pour les reconstitutions de cytotoxiques et la dispensation des médicaments en rétrocession et en essais cliniques.

Le **1^{er} étage** accueille l'hospitalisation de jour et le plateau de consultations.

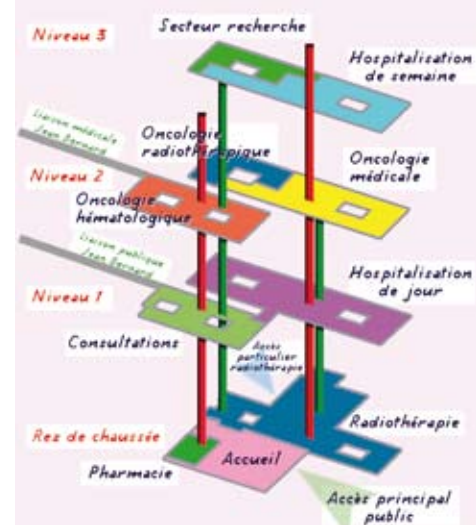
Au **2^e étage** se trouvent les services d'oncologie hématologique, d'oncologie médicale et de thérapie physique.

Au **3^e étage** : hospitalisation de semaine et recherche.

Le PRC propose 135 lits et places répartis pour l'hôpital de jour d'oncologie (46 places), l'oncologie médicale (30 lits), la thérapie physique (9 lits), l'hospitalisation de semaine (26 lits) et l'oncologie hématologique (24 lits dont 8 dédiés aux greffes de moelle osseuse).

Globalement, environ 80 personnes (soignants et non-soignants) supplémentaires seront mobilisées autour de la cancérologie avec la création du pôle.

Coût du PRC : 50 M€ (36 M€ pour le bâtiment, 8 M€ pour les équipements d'imagerie et de radiothérapie, 6 M€ pour l'équipement de la structure).



Des urgences à l'assaut du temps

Avec une unité de lieu et un accueil 24h/24 pour la prise en charge des cas les plus graves, les urgences cardiologiques assument pleinement leur rôle de recours. Désormais, elles ont également un rôle de proximité, grâce à une structure-conseil dédiée aux médecins extérieurs.

Au sein du pôle cœur-poumons, les Urgences cardiologiques du CHU de Poitiers sont organisées pour accepter et gérer les cas d'urgence les plus lourds et les plus graves. Véritable relais de la compétence de l'équipe médicale, l'organisation a été pensée pour lutter contre l'ennemi n° 1 de l'urgence cardiaque, le temps.

Spécificité rare, voire unique en France, les urgences appartiennent à un service médico-chirurgical de cardiologie, une entité unique destinée à favoriser une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire du patient. «*Sur un même niveau du pavillon Beauchant, à proximité immédiate de la chirurgie cardiaque et à la réanimation cardiochirurgicale*», explique le Pr Joseph Allal, chef du service médicochirurgical de cardiologie.

Quatre lits, équipés comme des unités de soins intensifs, sont dédiés à la prise en charge de la douleur thoracique et des urgences cardiologiques. Avec accès direct aux soins intensifs de cardiologie, aux salles d'exploration de rythmologie et de cardiologie interventionnelle, à la réanimation cardiothoracique et aux blocs opératoires. Aussi, en cas de problème médico-chirurgical, la confrontation est-elle instantanée entre les cardiologues, les chirurgiens, les anesthésistes et les réanimateurs. Zéro perte de temps, pour une décision thérapeutique en temps réel.

Une astreinte de rythmologie

Grâce à un cardiologue de garde, le service prend en charge 24h/24 la cardiologie interventionnelle, soit le traitement des troubles de l'infarctus par angioplastie.

Depuis six mois, la mise en place d'une astreinte de rythmologie permet également la prise en charge continue des troubles du rythme les plus graves. «*Lorsqu'un patient arrive en urgence avec un stimulateur cardiaque triple chambre ou un défibrillateur, qui sont des machines extrêmement complexes, il faut l'hyperspécialisation du*

rythmologue pour gérer la situation. Nous avons récemment recruté un troisième spécialiste pour maintenir l'astreinte», poursuit le Pr Joseph Allal.

Un hôpital de proximité

A côté du recours, le service tient à jouer son rôle d'hôpital de proximité. A cet effet, une structure-conseil, destinée aux médecins généralistes et extérieurs au CHU, vient d'être mise en place pour débiter au mois de novembre. «*Lorsqu'un médecin a un patient dans son cabinet qui nécessite un avis, un conseil thérapeutique, une consultation rapide, une hospitalisation sans délai... il dispose désormais d'un interlocuteur coordinateur, avec un numéro direct*», précise le Pr Allal. Cet interlocuteur est une infirmière, dont l'unique mission est de gérer ces appels. En fonction de la décision à prendre, elle dirigera le médecin vers un autre interlocuteur, ou organisera une hospitalisation. Un rôle-clé assuré par Claudie Fleurisson. Recrutée pour cette création de poste à la suite d'un appel d'offres, celle-ci a un excellent sens relationnel et connaît sur le bout du doigt le fonctionnement du service de cardiologie. «*Nos collègues médecins n'auront plus à passer par le secrétariat. C'est à la fois un gain de temps, et une réponse à leur question facilitée. Ils auront par ailleurs toujours la même personne en ligne, ce qui est rassurant. Car une petite urgence peut rapidement se transformer en drame. La difficulté avec la douleur thoracique, c'est de faire le bon diagnostic. Il faut par-dessus tout éviter de passer à côté de l'infarctus*», fait remarquer le Pr Allal.

Les chiffres actuels sont encourageants. Dans 20 à 30 % des cas, l'infarctus entraînait le décès en 1970. Aujourd'hui, les chiffres ont été ramenés autour de 7 %. «*En informant la population, en continuant à se perfectionner, conclut le Pr Allal, on peut encore gagner du temps et sauver des vies. Toute organisation est perfectible.*» ■

Les numéros d'urgence

Urgences cardiologiques :
05 49 44 46 27

Cardiologue de garde
24h/24 : 05 49 44 41 32

Structure-conseil
(Claudie Fleurisson,
aux heures ouvrables) :
05 49 44 37 27

Claudie Fleurisson



La chirurgie ambulatoire en pleine progression

Face à l'enjeu que représente la chirurgie ambulatoire dans le développement de l'activité chirurgicale, le CHU de Poitiers a ouvert il y a un an une unité de chirurgie ambulatoire de 15 places. Après une première année d'exercice, le bilan est plus que positif : la capacité d'accueil de cette jeune structure va doubler en 2009.



«*D*e 12 patients les premiers mois, nous atteignons aujourd'hui une moyenne de plus de 20 patients chaque jour avec des pics de fréquentation allant jusqu'à 28 personnes», se félicite le professeur Bertrand Debaene, chef du service d'anesthésie-réanimation, coordinateur de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Avec une capacité maximum de 30 personnes pour 15 places – deux personnes peuvent être prises en charge sur une même place (voir encadré) – l'unité de chirurgie ambulatoire, qui a ouvert ses portes en novembre 2007, fait «le plein».

Progrès techniques et pression des pouvoirs publics

Confort pour le malade, réduction des coûts et diminution des risques d'infections nosocomiales : les atouts de ce mode de prise en charge à la journée expliquent, en partie, les résultats «très positifs» de cette nouvelle unité. Sa création est d'abord liée à l'évolution des progrès techniques dans le domaine de la chirurgie : anesthésie de courte durée, chirurgie moins in-

vasive et organisation des plateaux techniques réduisant les délais de prise en charge.

Mais cette nouvelle unité répond aussi au souhait des patients hospitalisés de rester le moins longtemps possible à l'hôpital.

«*Ce qui a réellement accéléré le mouvement, c'est la pression très récente des pouvoirs publics par la préconisation d'actes devant être obligatoirement réalisés en ambulatoire.*» A l'heure actuelle, 18 actes traceurs ont été définis. Désormais, pour certains d'entre eux, une entente préalable est exigée par la Sécurité sociale si ces actes ne sont pas réalisés en ambulatoire, comme la cataracte ou les varices. L'objectif est de combler le

retard vis-à-vis des autres pays. Et le fossé est grand : aux États-Unis, le taux de chirurgie ambulatoire atteint près de 80 %, celui des pays du Nord de l'Europe plus de 70 %. En France, la part du secteur public oscille aux alentours de 20 %.

Alternative à l'augmentation de l'activité chirurgicale

«*La naissance de cette unité, objectif du projet d'établissement 2001-2007, a nécessité dans un premier temps de regrouper l'existant dans un même lieu*», précise Eric Dupeyron, directeur adjoint de la direction des équipements et de la logistique et chef de projet, à l'époque, de la chirurgie ambulatoire. En effet, plusieurs services pratiquaient déjà

Pas de salle dédiée

Neuf spécialités ont recours à la chirurgie ambulatoire : la gynécologie, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, l'ORL, l'orthopédie, la chirurgie plastique, la radio interventionnelle, l'urologie et la stomatologie.

Le choix du CHU n'a pas été de créer de salle opératoire dédiée à l'unité, comme cela se fait dans certains établissements. «*En effet, l'expérience montre que dans la plupart des cas les salles dédiées n'ont pas une activité suffisante qui justifie les moyens engagés*», précise le professeur Debaene. En outre, cette unité qui a dû voir le jour avec des moyens constants, a été initiée après une restructuration complète des blocs opératoires.

la chirurgie de jour, notamment l'ophtalmologie, l'urologie ou la chirurgie plastique. «*Ensuite nous avons pris notre bâton de pèlerin pour expliquer le projet et recueillir les besoins de chaque service. Nous nous sommes positionnés volontairement en prestataire de service afin de ne rien imposer.*» Chacun a ainsi pu choisir les créneaux et les jours opératoires. «*Il faut comprendre que pour certains ce nouveau schéma est un vrai changement dans leur pratique chirurgicale mais aussi en terme d'organisation, ils renoncent à une partie de leurs lits au profit d'une structure commune. Cependant, ils ne sont pas perdants, l'ambulatoire permet une augmentation de leur activité et libère des lits pour les hospitalisations traditionnelles*», ajoute le professeur Debaene.

Après quelques mois d'activité, il est apparu que certains services avaient du

mal à s'inscrire dans le planning qui avait été établi. «*Nous avons donc tout remis à plat.*» Les résultats ne se sont pas fait attendre. «*Il y a des jours où l'activité arrive quasi à saturation.*»

15 places supplémentaires

D'où le projet de doubler la capacité d'accueil. «*Une nécessité afin de répondre à une demande grandissante des services, qui appréhendent mieux l'intérêt du recours à l'ambulatoire, mais aussi pour faire face à un nombre d'actes à réaliser à la journée qui devrait rapidement augmenter.*» A cela s'ajoute l'accueil depuis peu de la chirurgie ambulatoire des enfants qui se faisait auparavant en pédiatrie.

La nouvelle capacité de 15 lits supplémentaires tient donc compte de ce contexte mais également du volume de patients encore pris en charge en hospitalisation traditionnelle mais qui dans les faits ne restent pas plus d'une journée. Mais 15 places supplémentaires est-ce suffisant ? «*Si pour la première tranche nous étions un peu dans le flou, nous avons aujourd'hui une bonne visibilité de la future activité*», poursuit Bertrand Debaene. Et le ratio est assez large. «*Avec 30 places, nous avons une capacité théorique de 60 patients. Si nous atteignons ce chiffre, cela voudrait dire que nous serions à 60 % d'ambulatoire (100 patients sont opérés en moyenne chaque jour au CHU), ce qui est énorme par rapport au taux actuel de 20 %.*» Cette marge de progression permettra ainsi d'accueillir des patients qui nécessitent de rester en observation sur la journée.

En prévision de cet agrandissement, des réserves foncières avaient donc été faites dans les locaux des anciennes urgences, site d'implantation de l'actuelle unité. «*Un emplacement idéal puisqu'il est proche des blocs opératoires*», souligne Eric Dupeyron. Les travaux d'agrandissement devraient être menés courant 2009. ■

Une organisation bien huilée

«*Le fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire s'apparente à une mécanique de précision, le moindre couac ou autre grain de sable, comme un patient qui arrive en retard, désorganise le service*», précise Agnès Chevrete, cadre de santé de l'unité.

L'unité compte quinze places dont cinq boxes, «*dans un univers agréable, coloré, loin des ambiances d'hôpital*». L'unité emploie quatre infirmières, trois aides-soignantes, deux secrétaires et une cadre de santé. Techniquement, ce sont trente personnes qui peuvent être accueillies, quinze le matin et quinze l'après-midi, dans les meilleurs cas, sachant que la chirurgie ambulatoire ne nécessite pas d'hospitalisation supérieure à douze heures.

Plus qu'un espace d'accueil, c'est un concept organisationnel centré sur le patient qui privilégie la gestion des flux. «*Ce qui nécessite un travail important d'information et d'éducation de la part du personnel.*»

C'est lors de la consultation chirurgicale que la proposition de prise en charge ambulatoire est faite, si le patient répond aux critères médicaux mais aussi sociaux (compréhension de ce qui est proposé, disponibilité d'une personne pour le raccompagner et rester la nuit suivante à son chevet, être domicilié à moins d'une heure d'un centre de soin). La décision de prise en charge en ambulatoire n'est validée qu'après la consultation d'anesthésie, au cours de laquelle la date opératoire est également fixée. La veille de l'intervention, la secrétaire de l'unité appelle le patient pour confirmer sa prise en charge, lui donner les consignes d'hygiène et l'obligation de venir à jeun. Le jour de l'opération le patient arrive dès 8h pour une opération, qui peut débuter à 9h. A 10h, il est de retour dans l'unité et reçoit la visite de contrôle. A midi, le patient peut rentrer chez lui, si tout va bien, avec son compte rendu opératoire accompagné des différentes consignes de soin et les ordonnances.

Le lendemain, une infirmière contacte le patient pour savoir comment s'est passée la nuit.

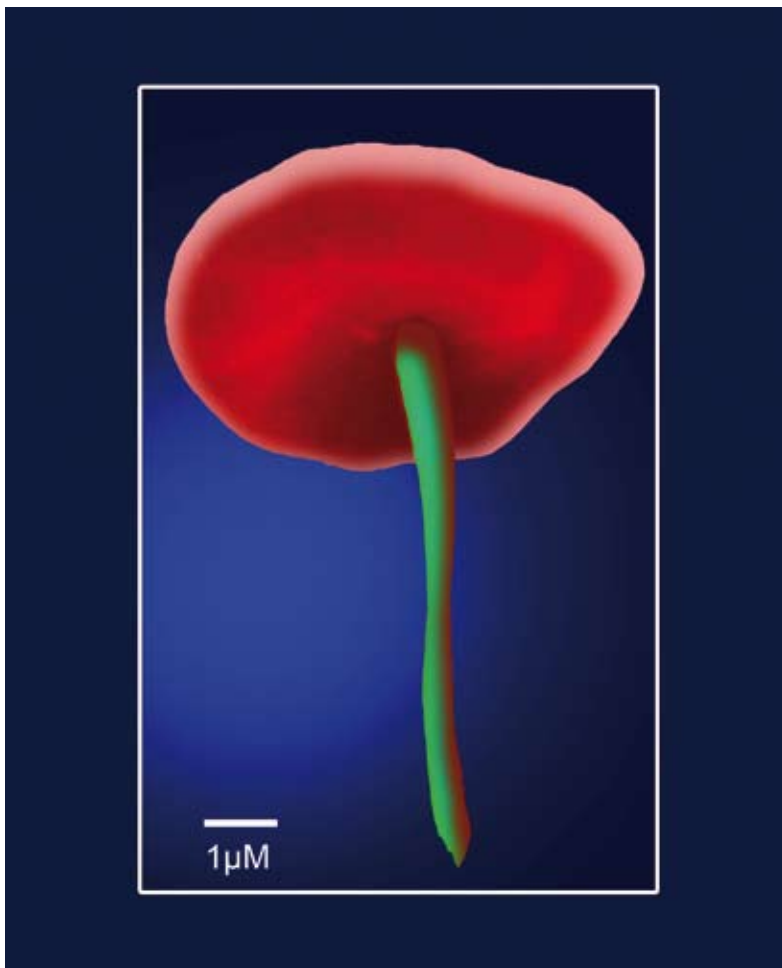
Sur les 10 derniers mois, 2 312 personnes sont passés par l'unité. «*Aujourd'hui aucun problème n'a été enregistré et le tri des patients est très satisfaisant. En effet, seules 2% des personnes opérées sont obligées de rester une nuit. Un taux inférieur au taux national qui atteint 2,5 %*», note Agnès Chevrete.

Des labels comme levier d'attaque des maladies rares

En 2006, le CHU de Poitiers a été labellisé centre de référence des amyloses primitives et des autres maladies de dépôts d'immunoglobuline. Début 2009, il espère être labellisé centre de compétence pour d'autres maladies rares. Le label représente, entre les mains des médecins, un atout facteur de sensibilisation et de moyens d'action contre ces maladies.

Mis en place dans le cadre du plan européen sur les maladies rares, le plan national maladies rares 2005-2008 a pour but de structurer sur le territoire une offre de soins et de prise en charge de l'ensemble des maladies rares et orphelines. A ce jour, on identifie 17 groupes de ce type de maladies, et 63 sous-groupes.

Cristal de protéine fixé à un globule rouge (image de microscope électronique colorisée)



Ce plan vient compléter des démarches antérieures de structuration de la prise en charge de certaines maladies rares (mucoviscidose, Rendu Osler). Le principe est de référencer des services en fonction de la qualité de leur prise en charge et de leurs travaux afin de leur apporter des moyens d'action complémentaires et de construire des réseaux nationaux de prise en charge.

Première pierre à l'édifice, la désignation de centres de référence. Ces centres, retenus par le Comité national consultatif de labellisation, ont pour objet de structurer un réseau de prise en charge au plan national, de déterminer les protocoles de soins, et de coordonner la recherche concernant la maladie pour laquelle ils sont labellisés.

A ce jour, 132 centres de référence ont été désignés. Parmi ces centres, une équipe du CHU de Poitiers a été retenue comme centre de référence national pour les amyloses primitives et les autres maladies par dépôts d'immunoglobuline. L'amylose se caractérise par le dépôt de fragments de chaînes légères d'immunoglobuline monoclonale dans le rein et autres tissus. On diagnostique environ 500 nouveaux cas par an atteints de ces maladies extrêmement lourdes, typées depuis une cinquantaine d'années, et dont la gravité est de l'ordre d'un cancer violent. «A Poitiers, nous ne traitons que l'amylose primitive AL, mais nous procédons au diagnostic de toutes les amyloses, la difficulté étant que plus d'une vingtaine de protéines peuvent donner de l'amylose», remarque le Pr Guy Touchard. Ce centre de référence bicéphale regroupe l'équipe du Pr Arnaud Jaccard, service d'hématologie du CHU de Limoges, et l'équipe du Pr Guy Touchard, service de néphrologie du CHU de Poitiers. Le laboratoire d'immunologie et le service d'anatomie pathologique du CHU de Poitiers sont

également impliqués dans l'activité du centre de référence. Le Pr Jaccard assure la coordination de cet ensemble

Des recrutements financés

La labellisation assure une allocation de fonctionnement à disposition du centre de référence concerné. Cette aide s'est traduite par le recrutement de deux techniciens de laboratoire, un à Limoges et un à Poitiers, et d'un assistant de recherche clinique à Limoges. De surcroît, un poste de praticien hospitalier commun aux deux entités devrait être prochainement pourvu.

Pour ses missions, le centre de référence est en contact avec des associations¹ de malades, et collabore étroitement avec l'unité CNRS dirigée par le Pr Michel Cogné à Limoges, ainsi qu'avec des centres européens travaillant sur les amyloses, dans le cadre du réseau Euramy. Autant de liens qui, de l'avis des médecins, ont été favorisés par la labellisation.

Candidats au titre de centre de compétence

La désignation de centres de compétence, rattachés aux 132 centres de référence labellisés à ce jour, constitue la deuxième étape de ce plan. Sortes de «satellites» des centres de référence, les centres de compétence assurent en particulier l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des patients.

399 centres de compétence ont été désignés en juin dernier et la désignation de 87 autres centres est en cours d'instruction. Parmi eux sept dossiers de candidature du CHU de Poitiers ont été retenus :

- maladies rares du foie, centre coordonné par le Pr Christine Silvain ;
- maladie de Rendu Osler, centre coordonné par le Pr Brigitte Gilbert ;
- hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), centre coordonné par le Pr Pascal Roblot ;

- maladies systémiques auto-immunes, centre coordonné par le Pr Pascal Roblot ;
 - maladies neurologiques, centre coordonné par le Dr Jean-Luc Houeto ;
 - hypersomnies rares, centre coordonné par le Pr Jean-Philippe Neau ;
 - déficits immunitaires rares, centre coordonné par le Dr Frédéric Millot.
- Pour les maladies suivantes, le CHU de



Poitiers est candidat en tant que centre de compétence associé au CHU de Tours :

- maladies bulleuses, centre coordonné par le Pr Gérard Guillet ;
- maladies de la surrénale, centre coordonné par le Pr Richard Maréchaud.

Précisons que l'activité des centres de compétence et de référence sera évaluée au bout de cinq années, préalablement au renouvellement de leur label. ■

¹ Association amylose infos
43 allée des Sapins
78980 Mondreville
www.amylose.net

Association française contre l'amylose,
66 rue Saint-Jacques
13006 Marseille
www.amylose.asso.fr

Ouverture du centre régional de médecine du sport

Dans une logique de visibilité, de cohérence et de simplification des procédures de prise en charge, l'ensemble des activités concernant la médecine du sport a été regroupé au sein d'une même organisation : le centre régional de médecine du sport. Ouvert depuis septembre aux sportifs de haut niveau et aux professionnels, il accueillera bientôt, tous les sportifs de la région.

Depuis septembre, les sportifs de haut niveau et les professionnels confrontés à des pathologies liées au sport ou devant simplement répondre à l'obligation du suivi médical longitudinal¹ n'ont qu'un seul numéro de téléphone à retenir pour être pris en charge par le CHU : 05 49 44 49 92².

Ce numéro est la porte d'entrée d'une nouvelle organisation, le centre régional de médecine du sport (CRMS), qui vient de voir le jour au sein de l'hôpital. Objectif : répondre de façon coordonnée à toutes les problématiques médicales des sportifs au-delà de l'évaluation des performances. Car c'est bien là que réside toute l'originalité de la structure, comme le précise le professeur Gilles Kemoun, chef du service de médecine physique et de réadaptation et coordinateur du CRMS : *«La plupart des centres de médecine du sport en France se spécialisent sur une thématique comme la traumatologie ou la physiologie. Nous avons volontairement choisi de jouer la carte de l'exhaustivité, ce qui en fait une structure unique au plan national.»*

Simplifier le parcours

L'idée de créer le CRMS est née d'un besoin de lisibilité de la médecine du sport au sein du CHU. *«La prise en charge des sportifs existe depuis de nombreuses années au CHU, rappelle Gilles Kemoun, mais sans harmonisation entre les services.»* En effet, une grande partie



de l'activité du suivi longitudinal était effectuée dans le service d'explorations fonctionnelles ainsi qu'en cardiologie, et en parallèle les sportifs consultaient, suivant leurs problèmes médicaux, les différents secteurs concernés par leur pathologie. Au premier rang desquels, on retrouve la médecine physique et de réadaptation (80 % de la pathologie du sportif est d'origine traumatique), puis viennent l'orthopédie-traumatologie ou encore l'endocrinologie. *«L'idée a donc été d'organiser une structure qui simplifie le parcours du patient.»*

D'autant que, dans certains cas, la lourdeur de l'ancien système pouvait être préjudiciable. *«Le suivi médical réglementaire doit être effectué suivant des dates précises, ajoute le docteur Maud Ottavy, du service d'explorations fonctionnelles. Mais entre le moment où le sportif a l'information lui imposant de réaliser les examens et celui où il doit remettre son dossier à sa fédération, les délais sont très courts. Il était parfois difficile d'avoir le même jour des disponibilités dans les différents services concernés pour effectuer les examens.»*

Plus qu'une entité, une organisation

Mais entre le constat et la mise en œuvre, la naissance du CRMS aura demandé plusieurs mois. Après un état des lieux, un comité de pilotage a été constitué, composé du

Principales disciplines suivies

A l'heure actuelle, le suivi médical concerne entre 150 et 200 sportifs de haut niveau, professionnels ou sportifs de clubs ayant passé une convention avec le CHU de Poitiers.

Les pôles régulièrement suivis sont : canoë-kayak, natation, hand-ball, athlétisme. A ces pôles s'ajoutent : le centre régional d'entraînement et de formation (CREF) d'escrime, le CREF triathlon, l'équipe professionnelle de volley de Poitiers, l'équipe professionnelle de basket (pro B), l'équipe féminine cycliste Vienne-Futuroscope, ainsi que des sportifs ne dépendant pas de structures particulières et issus de diverses fédérations (cyclisme, sports de glace, sports automobiles, motocyclisme, équitation...).

professeur Kemoun, du docteur Ottavy, du professeur Michel Eugène, chef du service d'explorations fonctionnelles, physiologie respiratoire et de l'exercice, et d'un représentant de la direction. Sa mission première a été de définir les champs d'intervention de chacun et trouver un mode de fonctionnement correspondant aux contraintes de tous les intervenants du CHU mais aussi des sportifs. «*C'est une clientèle particulière du fait des obligations légales en terme de suivi médical mais également à cause de leur emploi du temps conditionné par les entraînements, les compétitions et les contrats de sponsoring pour certains.*»

De plus, étant sur un fonctionnement innovant, le comité n'avait pas d'exemple sur lequel se caler. Le choix retenu n'a pas été pour le moment de créer une entité physique propre mais de s'appuyer sur un principe d'organisation.

Concrètement, cela se traduit par la mise en place d'un numéro de téléphone unique au bout duquel une secrétaire médicale, rompue aux problématiques de la médecine du sport, assure l'ensemble de la prise des rendez-vous au sein du réseau, garantit l'organisation du circuit du patient auprès des services et gère le suivi administratif. Pour assurer la bonne marche de cette organisation, des médecins référents ont été désignés dans les services partenaires (voir liste ci-contre).

En ce qui concerne les urgences, un protocole a été adopté : ces dernières se chargent des cas traumatiques aigus ; pour ceux n'ayant pas un caractère vital, les patients sont dirigés, le lendemain ou ultérieurement, vers la consultation de médecine du sport.

Afin de renforcer le bon fonctionnement de la structure, le CRMS s'est également doté d'un logiciel qui a permis l'instauration du dossier médical unique. «*Nous avons dorénavant une visibilité complète sur les antécédents et les caractéristiques médicales (asthme, allergie...) de chaque sportif*, note Gilles Kemoun. *Ce qui permet lors de chaque examen de gagner du temps et surtout d'éviter de faire des erreurs.*»

Une mise en œuvre en deux phases

Pour le moment, l'accès au CMRS est réservé exclusivement aux sportifs de haut niveau, aux professionnels et aux

sportifs de clubs ayant passé une convention avec le CHU. «*Cette première phase devrait s'étendre sur une période d'un an afin de conforter l'organisation et prendre les mesures d'adaptation et d'amélioration qui s'imposeront avant de l'ouvrir à l'ensemble des sportifs de la région.*»

Car l'objectif, à terme, est d'être un recours possible et visible pour tous les sportifs, quel qu'ils soient, ayant besoin d'un avis spécialisé en médecine du sport. «*La prise en charge sera exactement la même que celle qui est actuellement mise en œuvre pour les sportifs de haut niveau.*»

Cependant, face au volume important de la clientèle potentielle – rien que pour les licenciés, l'estimation s'élève à plus de 5 000 personnes –, «*cette prise en*

Les services partenaires au CRMS

Physiologie respiratoire de l'exercice, cardiologie, médecine physique et réadaptation, orthopédie traumatologie, urgences, radiologie, échographie, endocrinologie, néphrologie, hépato-gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL, dermatologie.

Emmanuelle Merlot,
cycliste de l'équipe Vienne-Futuroscope.



charge ne pourra être envisagée qu'avec l'ouverture d'un accueil géographique dédié, au sein duquel une consultation généraliste orientera les patients vers les différentes spécialités». Le but est également de répondre «à une demande grandissante de nouveaux publics en reprise d'une activité physique, comme les seniors ou les personnes obèses ou en surcharge pondérale, qui bénéficieront au sein d'un même lieu d'un bilan préalable physique complet», conclut le professeur Kemoun. ■

¹ Mise en place par un arrêté du 28 avril 2000, le suivi médical longitudinal est obligatoire pour les sportifs de haut niveau. Ils doivent se contraindre à plusieurs examens cliniques, biologiques et physiologiques. Le non-respect de ce suivi peut empêcher une participation aux compétitions.

² Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 13h.

Fiche unique ? Bon sang, mais c'est bien sûr !

La mise en service, depuis l'été 2008, d'une fiche unique de demande d'admission en soins de suite, valable dans l'ensemble des structures d'accueil du Poitou-Charentes, facilite grandement les procédures administratives. Il fallait y penser...

Après une hospitalisation, il arrive que le médecin prescrive à son patient un séjour en soins de suite et de réadaptation. Il s'agit d'un passage intermédiaire destiné à retrouver une autonomie avant le retour au domicile, ou avant l'entrée en établissement pour adulte dépendant.

Afin de garantir une place dans les meilleurs délais, il n'est pas rare de devoir faire une demande d'admission dans plu-

sieurs centres de convalescence répartis sur le territoire. Une démarche qui incombe au cadre et au médecin concernés, et qui, pour paraître une simple formalité, se révélait jusqu'à il y a quelques mois une tâche aussi longue que compliquée. « Chacun, parmi la vingtaine d'établissements de la région, possédait sa propre fiche, avec son propre questionnaire, plus ou moins détaillé. Il fallait donc renseigner autant de documents différents que de structures sollicitées, ce qui constituait une singulière perte de temps et d'énergie ! Par ailleurs, certaines de ces fiches, issues de plusieurs générations de photocopies d'originaux, devenaient fastidieuses à déchiffrer », témoigne Christine Aubeneau, cadre supérieure de santé à la direction de la qualité et de l'évaluation.

Fruit d'une réflexion conjointe, la fiche unique a été adoptée à l'unanimité. « Nous avons planché sur le sujet avec un médecin et des professionnels du service de soins à domicile de Poitiers, du réseau gérontologique de la Ville, et du CHU, pour arriver à une synthèse de l'ensemble des fiches, qui renseigne avec pertinence sur les besoins du patient. Puis nous avons sollicité l'accord de tous les établissements régionaux. » D'abord utilisée sous format papier, la fiche unique est désormais informatisée en ce qui concerne les admissions dans les soins de suite du CHU. Une procédure rapide, qui garantit une meilleure confidentialité. Les prochaines étapes concernent l'édition d'un annuaire informatique de l'ensemble des structures d'accueil de la région et l'extension de la fiche unique à des admissions en EHPAD ou en séjour de rééducation. ■



M. Wei, directeur de l'hôpital de Nanchang à droite, lors de sa visite des urgences, accompagné à gauche par Suzanne Neveu, cadre supérieur de santé du pôle urgences-Samu-Smur-



Centre 15-orthopédie-traumatologie.

Coopération avec la Chine

Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers accueille une délégation chinoise, du 27 au 29 octobre, dans le cadre de son programme de coopération avec l'hôpital de Nanchang.

En novembre, le CHU de Poitiers accueillera, pour des stages de six semaines à six mois, trois médecins de l'hôpital de Nanchang, un urologue, un urgentiste et un cardiologue, ainsi que trois médecins de l'hôpital de Gongli à Shanghai, un chirurgien viscéral, un neurochirurgien, un cardiologue.

Depuis 2005, dans le cadre d'une convention signée entre l'Université de Poitiers (Institut d'administration des entreprises), l'Université de Nanchang et le Centre hospitalier universitaire de Poitiers, une formation aux techniques de management françaises a été mise en place à l'attention des futurs directeurs d'hôpitaux chinois.

Cette formation, à la fois théorique et pratique qui associe d'autres établissements hospitaliers de la région, débouche sur un diplôme universitaire de management sanitaire et hospitalier, délivré par l'IAE de Poitiers et intégré dans un cursus de validation d'un master. A ce jour, quatre promotions correspondant à 60 étudiants ont été formées, dans le cadre d'un cursus intégralement financé par les partenaires chinois. Ces échanges réguliers ont permis, par ailleurs, d'identifier des axes de formation médicale et/ou technique au profit de tous les médecins, cadres et personnels soignants chinois en fonction des besoins de leur établissement de rattachement. C'est dans ce contexte que le CHU de Poitiers a signé, en septembre 2008, trois conventions fixant un cadre de coopération avec le Centre hospitalier universitaire n°1 de Nanchang, l'Hôpital de l'Université de Jiujiang et l'Hôpital Gongli de Shanghai, ayant pour objectifs de renforcer les échanges dans le domaine de la formation et de la recherche et d'améliorer la formation des médecins, infirmiers, cadres administratifs, techniques ou soignants de ces institutions. Ces conventions de coopération prévoient notamment :

- l'organisation de stages de découverte pendant six semaines à l'attention des médecins chinois souhaitant se familiariser avec la pratique d'une technique ou avec une approche diagnostique et/ou thérapeutique réalisée au CHU de Poitiers ;
- l'organisation de stages de perfectionnement permettant une formation spécialisée approfondie en lien avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

En outre, la convention signée avec l'Hôpital Gongli de Shanghai prévoyait :

- de développer la coopération dans le domaine de la recherche avec la réalisation d'un projet de recherche par an et ce, pendant trois ans, débouchant sur des publications communes, dans des journaux scientifiques d'audience internationale ;

- de mener une réflexion sur l'apport pour le CHU de Poitiers de certaines techniques relevant de la médecine traditionnelle chinoise.

Globalement, en application de ces conventions signées pour une durée de trois à cinq ans, le CHU de Poitiers devrait accueillir quinze à vingt médecins chinois par an.



De gauche à droite, le Dr Philippe Chartier, président du conseil de surveillance de la Polyclinique, Pascal Arnault, directeur général de la Polyclinique, Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU, et le Pr Joseph Allal, président de la commission médicale d'établissement).

Conventions CHU-Polyclinique

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) dans notre région a retenu le principe d'une graduation dans la prise en charge et donc d'un conventionnement systématique entre les établissements de proximité et les établissements de recours, à fortiori, régionaux.

Dans ce cadre, le SROS avait prévu que soient élaborées des conventions dans les domaines de la réanimation, des urgences, de la cancérologie et de la cardiologie.

L'esprit général de ces conventions consiste à définir les cas où la complexité de prise en charge interdit la poursuite des traitements à la Polyclinique de Poitiers ainsi que les conditions de transfert et du retransfert du patient et de son dossier médical. A titre d'exemple, les patients ne pouvant plus être suivis en unité de soins continus sont transférés au CHU de Poitiers en réanimation. Les patients dont l'état le justifie seront transférés au CHU de Poitiers en cardiologie car seul le centre hospitalier universitaire de Poitiers dispose d'une unité de soins intensifs de cardiologie. De même, il est confirmé que seul le CHU est compétent pour assurer la chimiothérapie et la radiothérapie.

Ces conventions ont pour effet d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge globale du patient. Elles sont signées pour quatre ans et donneront lieu à une évaluation annuelle.

Une résidente honorée

Dimanche 7 septembre, lors d'une messe d'honneur officée par Pascal Wintzer, évêque auxiliaire à Poitiers, Christiane Bourdin, doyenne des résidents de l'hôpital Pasteur, a été décorée de la médaille de Saint-Hilaire en reconnaissance des services rendus à l'aumônerie du Centre hospitalier universitaire de Poitiers.



Professeure Françoise Lapierre, chef du service de neurochirurgie

Le professeur Françoise Lapierre a cessé ses fonctions au CHU de Poitiers le 31 août, mais poursuivra de nombreuses activités à titre personnel. L'occasion de revenir sur son parcours, atypique et volontaire.



Comment êtes-vous devenue neurochirurgienne ?

Pr Lapierre – Dès mon enfance, je souhaitais devenir chirurgien. J'ai suivi mes études de médecine à Tours, études que j'ai financées par de nombreux petits boulots, fatigants mais très instructifs (ouvreuse de cinéma, gardes d'enfants, gardes de nuit et remplacements d'infirmières, d'aides opératoires...).

Alors que j'optais pour un internat en chirurgie générale en 1967, mon choix de carrière semblait très déplacé pour une femme à l'époque et plus particulièrement pour mes collègues chirurgiens. Lorsque je suis devenue chef de clinique en chirurgie générale, car les spécialisations n'existaient pas dans le cursus, j'ai eu l'opportunité de pratiquer la neurochirurgie à l'hôpital de Tours dès 1972. J'ai alors pu perfectionner ma culture et ma pratique de la neurochirurgie, grâce à l'accompagnement de mes patrons et collègues, ainsi que par des échanges avec d'autres établissements. Diplômée en microchirurgie, j'ai pu mettre ce savoir-faire en application pour effectuer les interventions de revascularisation cérébrale et effectuer un important travail de recherche sur le nerf périphérique. J'ai pu transmettre ce savoir-faire en enseignant ces techniques, parallèlement à la poursuite de la recherche dans le laboratoire de microchirurgie de Paris (amphithéâtre d'anatomie).

Après un remplacement du Pr Maurice Salles à Poitiers, j'ai passé mon agrégation et pris mes fonctions dans notre établissement le 1^{er} janvier 1990 pour être nommée chef du service de neurochirurgie. Il fut néanmoins difficile d'être acceptée les deux premières années.

Les difficultés rencontrées ne vous ont-elles pas découragée ?

Pr Lapierre – J'ai eu la chance d'être soutenue et entourée par certains collègues et tout le personnel paramédical, en particulier les aides-soignantes, manipulateurs et infirmières les plus expérimentés, et mes confrères plus anciens... qui m'ont permis de poursuivre mon chemin, de mûrir dans mon approche professionnelle et d'approfondir mes conceptions

Un kiné du CHU aux JO paralympiques de Pékin

Nicolas Vimont-Vicary, kinésithérapeute au CHU de Poitiers, a décroché la médaille d'argent en régates sonar lors des jeux paralympiques de Pékin. Lui et son équipe sont passés près de la médaille d'or, échouant de peu face aux Allemands, à cause d'un foc déchiré dans la dernière course. Un grand bravo au champion !

A l'issue du conseil d'administration du 30 octobre dernier, Alain Claeys, président, et Jean-Pierre Dewitte, directeur général, lui ont rendu hommage en présence des équipes qui partagent son quotidien professionnel.

humaines. Par ailleurs, j'ai toujours été fidèle à ma conviction que l'important c'est l'autre et à mon souci d'être à la disposition du service public.

Mon ambition de former des élèves, d'amener mes collègues jeunes et moins jeunes à exprimer leur talent, de tenter d'amener nos pratiques et techniques au meilleur niveau, bref de développer l'activité de notre service et de lui donner une aura régionale, voire plus, m'a confortée pour l'avenir.

Quel regard portez-vous sur l'évolution des techniques et de la prise en charge ?

Pr Lapierre – A l'époque des salles communes et de la grande visite des patrons, nous pratiquions les examens cliniques avec les mains et sans imagerie ou presque. J'étais choquée par le mépris de la douleur et frustrée par les difficultés de diagnostic. L'arrivée du premier scanner et de l'IRM ensuite, les progrès de l'imagerie et de l'angiographie ont permis de mieux prendre en charge les patients en urgence, avec des techniques moins agressives. La maîtrise du microscope nous a amenés à des gestes que l'on n'aurait pas osés auparavant. La qualité des soins s'est considérablement améliorée, de même que la qualité de vie des patients. Je m'interroge parfois sur les excès thérapeutiques, nos limites et nos échecs. Je déplore le gouffre de notre ignorance en médecine. J'ai le sentiment que l'on ne maîtrise pas les mécanismes des pathologies alors que l'on dépense des fortunes en soins.

Enfin, je ne partage pas certaines logiques comme l'organisation en pôles d'activités et la recherche d'une rentabilité par activité qui vont à l'encontre de l'éthique et de notre mission de traiter tout le monde, sans distinction ou hiérarchisation.

Quelles seront vos occupations dans les prochains mois ?

Pr Lapierre – J'aspire à une certaine liberté personnelle... Je me consacrerai davantage aux personnes qui me sont chères, je développerai ma pratique de peinture d'icônes... Je continuerai le travail de coopération entrepris au Vietnam, entre les services de neurochirurgie et le CHU qui accepte de me «missionner» et avec l'université qui, en tant que professeur émérite, me permet de poursuivre l'enseignement du diplôme inter-universitaire de neurochirurgie. J'y associerai sûrement d'autres lieux d'activité : Cambodge, Madagascar. Enfin, pour quelques années encore, je demeure le rédacteur en chef de la revue Neurochirurgie.



Professeur Jean-Pierre Fontanel

Le professeur Jean-Pierre Fontanel a fait valoir ses droits à la retraite le 31 août dernier. Arrivé au CHU de Poitiers le 1^{er} janvier 1975, il a été chef du service d'ORL de 1977 à 2005. Depuis le 1^{er} septembre 2006, il était consultant.



Vous quittez le CHU à l'aube d'une nouvelle réforme annoncée pour la fin de l'année.

Comment avez-vous vécu les dernières réformes qui ont regroupé les services par pôles d'activités et financé à l'activité les établissements de santé ?

Pr J.-P. Fontanel – L'idée, que j'ai soutenue depuis le début, de regrouper les services et de mettre en commun un certain nombre de moyens m'est apparue comme inévitable et souhaitable. Cette «révolution» dans l'organisation du fonctionnement hospitalier ne va pas sans dangers réels. Même si les contraintes économiques sont fortes, on ne peut assimiler la gestion d'un établissement de soins à celle d'une usine qui produit des biens... Au centre de nos préoccupations à l'hôpital, il y a en effet l'homme et singulièrement l'homme malade. Je sais que le corps médical a dans son ensemble bien intégré le souci de la «bonne gestion» des deniers qui nous sont confiés. En revanche la complexité du système est devenue un facteur limitant, exposant à la déshumanisation.

Comment voyez-vous l'hôpital de demain ?

Pr J.-P. Fontanel – Moins de lits et des séjours plus courts. L'hôpital est un monde hostile pour les patients.

L'hospitalisation est une coupure d'avec le monde extérieur, une séparation souvent mal vécue même si elle est parfois nécessaire. L'hospitalisation ambulatoire est une réponse à cette question. Elle est souhaitée par les malades même si elle exige une organisation sans faille et pas toujours facile à maîtriser.

Les missions des CHU ont été maintes fois mises en cause ces derniers mois. Que tirez-vous de votre expérience dans un CHU et vous semble-t-il légitime de s'interroger, 50 ans après la réforme Debré, sur le positionnement des CHU, notamment en matière de recherche et d'enseignement ?

Pr J.-P. Fontanel – Supprimer d'un trait de plume les ordonnances de 1958 serait une lourde erreur, les adapter à l'environnement actuel n'est pas une idée déraisonnable. A titre d'exemple, on doit discuter la totale polyvalence à laquelle prétendent certains CHU dans le domaine de la recherche. Il est en effet nécessaire de disposer d'équipes importantes, de collaborations interdisciplinaires pour mener à bien des travaux de recherche devenus de plus en plus consommateurs de moyens humains et financiers. La collaboration entre des CHU de la même inter-région peut être une réponse à cette problématique. En revanche, certaines réflexions sur ce sujet ne semblent pas guidées par le seul souci de réorganisation auquel on ne peut que se rallier,

mais inspirées par un parisianisme toujours vivace. Dans le domaine des soins, la question se pose également. Sans adhérer à l'idée très démagogique que chacun doit pouvoir disposer d'un CHU «à deux pas de chez lui», il est évident que certaines techniques de pointe nécessitent des équipes spécialisées et entraînées. Il ne semble pas anormal de les «réserver» à certains centres. Mais le choix de ces centres ne doit pas obéir à la «loi du plus fort» (ou du plus gros) qui n'est pas toujours la meilleure. La nécessité d'une évaluation honnête et sérieuse de la qualité et de l'expérience des équipes déjà existantes s'impose dans ce domaine comme dans d'autres.

Quelles évolutions techniques et dans vos pratiques médicales vous ont-elles le plus marqué durant ces années ?

Pr J.-P. Fontanel – Les progrès de l'imagerie sont parmi les plus marquants. J'ai vu apparaître le scanner il y a 35 ans, puis l'IRM et plus récemment l'imagerie fonctionnelle... On a beaucoup de mal à imaginer la médecine sans ces examens devenus indispensables par la qualité des données qu'ils fournissent autant que par leur caractère peu ou non «invasif». La chirurgie et la médecine doivent aussi beaucoup aux techniques d'endoscopie. On peut aujourd'hui voir et effectuer des gestes d'une extrême précision dans des endroits autrefois inaccessibles et cela dans des conditions absolument inimaginables il y a 30 ans.

Quels souvenirs garderez-vous du CHU de Poitiers ?

Pr J.-P. Fontanel – Surtout de bons souvenirs ! Je suis arrivé à Poitiers il y a 34 ans, à peu près à la même époque que ceux qu'un de mes collègues appelait les «pères fondateurs». J'ai eu la chance et le plaisir de participer au développement de ce jeune CHU. Développement architectural mais surtout humain. En effet, «il n'est de richesses que d'hommes» et si j'ai pu me sentir un peu seul il y a 30 ans, je pars en laissant une équipe médicale solide et de très grande qualité.

Rentrée école hospitalière 2008-2009

Le mardi 2 septembre, comme chaque année, la classe hospitalière a aussi fait sa rentrée. Les deux institutrices de l'établissement, Chantal Le Masne et Fabienne Sicard, ont accueilli douze élèves âgés de 5 à 16 ans qui pourront suivre leur scolarité à l'hôpital.



Fouilles archéologiques sur le site de Pasteur

Dans le cadre de la rétrocession du site de Pasteur pour des projets immobiliers et d'hébergement de personnes âgées dépendantes, des travaux sont réalisés. Une opération de diagnostic archéologique, réalisée en juillet 2006 par l'Institut national de recherches archéologiques préventives (Inrap), a permis de mettre au jour un ensemble de vestiges avec un secteur d'habitat, daté du IV^e siècle après J.-C., construit avec des maçonneries puissamment fondées, délimitant des espaces intérieurs et extérieurs. Les restes d'un praefurnium, qui fournissait la chaleur nécessaire au chauffage de l'édifice thermal, et d'une possible structure de chauffe complètent les installations de cet habitat. Depuis le 1^{er} septembre et pour une durée de six mois, des fouilles archéologiques préventives ont pris place. Situé dans un secteur archéologique dense, ce site a déjà fait l'objet de découvertes archéologiques. La découverte la plus spectaculaire reste le balnéaire dégagé en 1873, lequel, compte tenu de la qualité de l'architecture et du mobilier associé, appartient à un riche établissement antique.

Les opérations de fouilles réalisées par les frères dominicains (1873), occupants du site, ont permis la mise au jour de constructions de l'époque Antique (4^e millénaire avant J.-C. jusqu'au V^e s. après J.-C.) et du Haut Moyen Age (500-750 après J.-C.) : restes très bien conservés d'un balnéaire antique situé à 2,50 m de profondeur ; petit bassin rectangulaire relié à une canalisation ; voie pavée longeant une salle à abside ; tour de 10,70 m de diamètre abritant un hypocauste (système de chauffage par le sol utilisé à l'époque romaine et gallo-romaine surtout dans les thermes romains) ; seconde tour de 12,50 m sur 10,30 m à côté de la précédente (salle semi-circulaire ouvrant sur une salle cruciforme dotée de 2 niches semi-circulaires).

Si quelques sarcophages ainsi que le petit édifice cruciforme accolé



au balnéaire peuvent prétendre à une datation du début du Moyen Age, l'essentiel des vestiges reconnus concerne l'occupation de l'abbaye bénédictine Saint-Cyprien : fondations de l'église romane, tour-ossuaire du XI^e siècle... Une abbaye bénédictine, fondée par Pépin, premier roi d'Aquitaine, fut reconstruite aux X^e et XVII^e siècles. A ce jour, il ne reste aucune trace de ce monument. Dans ce périmètre, il est prévu de construire une maison de retraite médicalisée (EHPAD). Les fouilles de 1874 et de 1974 ont révélé les fondations de la nef romane,

ainsi que des sarcophages avec cavité céphalique. Un ensemble de murs, fosses et caves a été reconnu lors du diagnostic de 2006. Certains murs se superposent avec les restes d'un bâtiment du XVII^e siècle appartenant à l'aile orientale du cloître de l'abbaye de la Contre Réforme.

Les niveaux médiévaux sont essentiellement datés des XIII^e et XIV^e siècles. La plus forte concentration de vestiges médiévaux est située vers l'extrémité occidentale de l'emprise du projet d'aménagement en direction de l'abbaye.



RYANAIR.com
VOLEZ MOINS CHER

Poitiers ↔ Londres

Les vols continuent cet hiver pour la période du
1^{er} novembre 2008 au 30 mars 2009

2 vols par semaine le lundi et le vendredi

Départ Poitiers 13h45

Arrivée Londres-Stansted 14h10*

Réservations sur www.ryanair.com

Contact Aéroport : 05 49 30 04 40

* heure locale



Aéroport Poitiers-Biard

www.poitiers.aeroport.fr

Ordre des Avocats de Poitiers

L'Avocat, il vous conseille
il vous assiste

Partenaire privilégié de l'entreprise
pour toutes les questions d'ordre
juridique et fiscal, l'avocat vous
conseille et vous assiste en toute indépendance et confidentialité.

Professionnel de haut niveau, sa compétence
s'étend à tous les domaines du droit.

Enfin, appartenant à une profession à la fois
séculaire et moderne, et tenu au respect d'une déontologie stricte
au service de ses clients, l'avocat offre toutes les garanties
indispensables de sécurité et de responsabilité.

DROIT COMMERCIAL

Ordre des Avocats
12, rue Gambetta
BP 373
86009 POITIERS Cedex
Tél. 05 49 88 05 35
Fax 05 49 60 26 14
Email : contact@avocats-poitiers.com
Site : www.avocats-poitiers.com

1809

Venez découvrir
une banque pas
comme les autres

2009

Rencontrons-nous dans
l'une de nos agences

POITIERS
Centre
05.49.30.34.00

POITIERS
Sud
05.49.11.96.02

www.tarneaud.fr

Banque Tarneaud
Bicentenaire 1809-2009



► Feuilles de
soins traitées
en 48h

► Remboursement
Sécurité sociale
et mutuelle
regroupés en
un seul versement

4 adresses à votre service

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

Maison médicale
de Châtelleraut
Tél. **05 49 02 22 48**

Centre commercial
Auchan Sud
Tél. **05 49 44 05 05**

Siège social
René le Blaye Sud
Hôpital de la Milétrie
2, rue de la Milétrie
BP 59
86002 Poitiers
Tél. **05 49 44 44 07**
Fax 05 49 44 48 53
[www.mutuelle-
hopitaux-vienne.fr](http://www.mutuelle-hopitaux-vienne.fr)