



Dossier

**Le cœur patient, une course
contre le temps et pour la vie**

- **Le pôle régional de cancérologie ouvre ses portes**
- **La stimulation cérébrale profonde**
- **Nouvelle école de chirurgie**

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

«Faciliter l'implantation des jeunes médecins» 8

Un des chantiers prioritaires pour le Pr Michel Morichau-Beauchant, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie : lutter contre la désertification médicale.

Quand le pôle régional de cancérologie ouvre ses portes 10

Le PRC a été officiellement inauguré le 13 mars.

La stimulation cérébrale profonde 12

Un espoir pour le traitement des formes sévères et résistantes de maladies neuropsychiatriques.

Dossier

Le cœur patient, une course contre le temps et pour la vie 14

Vers des actions de prévention de la chute ? 20

Le Pr Gilles Kemoun initie une étude sur une stratégie d'évaluation des risques de la chute à domicile, première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans.

Nouvelle école de chirurgie : simuler pour mieux former 22

Après Paris et Nice, le CHU de Poitiers vient d'ouvrir une école de chirurgie.

Mobilisé contre la douleur 24

Créé en 1989, le centre d'étude et de traitement de la douleur structure aujourd'hui un réseau régional.

L'identito-vigilance : pourquoi, comment ? 26

Une cellule d'identito-vigilance a été créée, un référent nommé et un bracelet d'identification mis en place.

En bref... 27

éditorial

Le numéro de **CHU Magazine** est l'occasion de porter un éclairage particulier sur la recherche et l'innovation dans notre établissement.

Vous verrez dans les différents articles combien ces deux axes occupent une place privilégiée, dans nos missions de soins et dans nos actions.

La recherche, tout d'abord

Nous avons, réunis sur un même site, des services d'hospitalisation, un plateau technique unifié pour les laboratoires, le centre d'investigation clinique, des locaux Inserm, une animalerie, les laboratoires de la Faculté de médecine et pharmacie, le pôle biologie santé et le biopôle.

Poitiers et son CHU disposent ainsi d'un véritable Campus-santé.

L'innovation

Le CHU a un rôle moteur dans l'introduction, le développement et la diffusion de technologies nouvelles en santé, mais aussi d'organisations de soins innovantes. On peut citer par exemple, les allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, la stimulation cérébrale profonde, les implants cochléaires, l'ablation par radiofréquence en cardiologie, la création de l'école de chirurgie, la mise en place d'équipes multidisciplinaires, comme dans le centre de traitement de la douleur...

Si le CHU est le leader de la région Poitou-Charentes offrant au patient des chances nouvelles de traitement, il a également comme rôle de diffuser ces innovations pour qu'elles bénéficient au plus grand nombre.

Les essais cliniques représentent une bonne synthèse entre la recherche et l'innovation. Le pôle régional de cancérologie en est une illustration ; il permet aux patients de bénéficier de nouvelles molécules avant leur mise sur le marché.

Ainsi, la recherche et l'innovation sont deux vecteurs essentiels de la dimension de recours du CHU, contribuant à améliorer la qualité de la prise en charge aujourd'hui et à anticiper la médecine de demain.



Jean-Pierre Dewitte,
directeur
général

CHU le magazine - n° 58

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** Stéphan Maret - **Assistants** Ariane Becker, Vanessa Guérin.

Ont collaboré à la rédaction Agence de presse AV Communication

(Luc-Olivier Dufour, Alexandre Duval, Philippe Quintard, Anh-Gaëlle Truong)

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

Publicité ComWest2 - 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 2^e trimestre 2009 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 13 000 ex.

Centre de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires

Le dossier déposé conjointement par les CHU de Tours et de Poitiers fait partie des huit candidatures retenues par le ministère de la Santé pour la création des centres de référence interrégionaux pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes.

Le travail entre les deux établissements a été porté par le professeur Jean-Marc Besnier pour le CHU de Tours et par le professeur France Roblot pour le CHU de Poitiers. La réponse au cahier des charges national a fait l'objet d'un travail de coordination visant à montrer les atouts d'un dossier associant deux CHU. Le centre de référence Tours-Poitiers est créé pour l'interrégion Ouest, qui regroupe les régions Bretagne, Pays de Loire et Poitou-Charentes. Il aura notamment comme mission la coordination, l'expertise, la formation, la recherche, l'amélioration de la prise en charge dans le domaine des infections ostéo-articulaires au niveau de l'interrégion.



■ Le vendredi 13 mars 2009, le CHU de Poitiers a inauguré le pôle régional de cancérologie. Il a ouvert ses portes au grand public les 14 et 15 mars 2009. Cette opération fut couronnée de succès ; plus de 2 200 visiteurs ont été enregistrés (voir article page 10).

La stimulation magnétique transcrânienne pour le traitement des douleurs chroniques neuropathiques

Le pôle neurosciences, locomoteur et vasculaire, en collaboration avec le centre hospitalier Henri Laborit, a mis en place une nouvelle activité neurologique : la stimulation magnétique transcrânienne. C'est une technique médicale révolutionnaire de prise en charge de la douleur qui est utilisée dans le diagnostic et le traitement définitif des douleurs neuropathiques : douleurs de l'hémiplégie après un accident vasculaire cérébral, névralgies de la face (zona...) ou encore suite à l'amputation d'un membre. Grâce aux techniques de neuronavigation actuelles, la stimulation magnétique agit sur les fibres nerveuses qui conduisent l'information douloureuse, afin de modifier les messages de la douleur. Elle consiste à appliquer une impulsion magnétique sur certaines aires du cerveau, à travers le crâne, de façon indolore, en plaçant une bobine à la surface de la tête. Ce champ magnétique induit un champ électrique qui modifie donc l'activité des neurones. Cette stimulation peut permettre en quelques séances de traiter de telles douleurs de façon définitive. Lorsque l'on obtient une très bonne efficacité de la stimulation initialement, mais que l'effet s'estompe dans le temps, on peut avoir recours à des techniques neurochirurgicales plus invasives : stimulation de la moelle épinière pour les douleurs chroniques des membres inférieurs ou du cortex cérébral pour les douleurs plus diffuses. Ces dernières permettront de proposer au patient une neurostimulation définitive.

Les patients bénéficient de cette prise en charge suite à une consultation en neurologie ou en neurochirurgie. Ils peuvent également être adressés par les centres antidouleurs ou leur médecin référent.

Pôle neuro-cardio-vasculaire

Un dossier de demande de concours financier dans le cadre du plan Hôpital 2012 a été déposé auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation Poitou-Charentes pour la construction d'un satellite neuro-cardio-vasculaire au CHU de Poitiers. Ce projet, inscrit comme projet prioritaire dans le projet d'établissement 2008-2012, a pour objet de regrouper, au sein d'un plateau technique dédié, les urgences cardiaques, vasculaires, neurologiques et neurochirurgicales, en intégrant une augmentation des capacités de réanimation, et la création d'une unité de soins continus.

A ce stade de la réflexion, le bâtiment projeté, d'une surface approximative de 15 000 m², sera en liaison immédiate avec le plateau technique de Jean Bernard et son satellite.

Le coût prévisionnel de l'opération de travaux est estimée à 55 000 000 euros, l'estimation du coût des équipements s'élevant à 10 000 000 euros.

Le calendrier prévisionnel conduit à envisager une livraison du bâtiment fin 2012, début 2013.



Convention de coopération relative au centre de référence national amylose AL avec le CHU de Limoges

Depuis 2006, le CHU de Poitiers est reconnu comme centre de référence national amylose AL avec le CHU de Limoges. Ce centre de référence bicéphale regroupe l'équipe du professeur Arnaud Jaccard du service d'hématologie du CHU de Limoges, et l'équipe du professeur Guy Touchard du 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 A. Jaccard assure la coordination de cet ensemble.

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, ainsi que d'un assistant de recherche clinique à Limoges. Une convention de coopération a été conclue entre les deux établissements afin de préciser les modalités de prise en charge des frais engagés pour le recrutement d'un praticien contractuel par le CHU de Poitiers. Le docteur Estelle Desport a pris ses fonctions le 1^{er} mars sur la base de dix demi-journées par semaine. Deux demi-journées hebdomadaires, lissées au quadrimestre, seront effectuées au CHU de Limoges.

Signatures des contrats de pôles

Le 18 décembre dernier a eu lieu la signature des treize contrats de pôle, par chaque coordonnateur de pôle, le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement.

Rédigés dans le cadre du projet d'établissement 2008-2012, ces contrats sont le socle des échanges sur les deux prochaines années entre les pôles et la direction générale. Ils couvrent les années 2009 et 2010, permettant un engagement sur le long terme plus adapté pour mener à bien des projets ambitieux. Le contrat de pôle comprend :

- un rappel de la politique institutionnelle et des objectifs en termes d'organisation (mieux cadrer les périodes de fermeture de lits, améliorer la planification des congés, développer le secteur ambulatoire...);
- une présentation des objectifs de chaque pôle, définis à la fois dans le schéma interrégional d'organisation sanitaire, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARH, le projet d'établissement;
- les projets médico-soignants de chaque pôle.

Pôle biologie médicale

Regroupement géographique d'activités / Réflexion pour la mise en place des prescriptions connectées / Développement de la toxicologie et pharmacocinétique / Innovations diagnostiques / Développement de la coopération territoriale : projet de GCS avec les établissements de la région, développement de l'activité externe avec un centre de prélèvements

Pôle blocs opératoires

Poursuite du développement de l'unité de chirurgie ambulatoire / Codage de l'activité aux blocs / Réorganisation de la capacité d'instrumentation / Restructuration des locaux

Pôle cancérologie - hématologie et pathologie tissulaire

Ouverture du pôle régional de cancérologie / Organisation médicale / Organisation du plateau des consultations / Coordination ville-hôpital / Création d'une unité onco-gériatrie / Information du patient / Ouverture d'une unité d'hospitalisation de soins palliatifs / Développement de l'oncologie radiothérapique / PRC et territoire de santé

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

Transfert de l'activité d'oncologie thoracique vers le pôle régional de cancérologie / Création d'un centre régional des pathologies du sommeil / Restructuration des activités médicales / Formalisation de l'offre de soins externes en cardiologie / Mise en œuvre du projet médical de territoire / Innovations : endovalves, assistance cardiaque mécanique, écho-endoscopies

Pôle dune (hépato-gastro-entérologie et assistance nutritive, médecine interne, endocrinologie et maladies métaboliques, néphrologie et transplantation rénale, hémodialyse, chirurgie viscérale, urologie)

Rôle de recours régional du service d'urologie : développement des techniques laser / Développement de la greffe rénale / Développement de l'endoscopie digestive dont l'entéroscopie à double ballonnet / Développement de la chirurgie digestive de recours

Pôle femme mère enfant (service médicochirurgical de pédiatrie, urgences pédiatriques, gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction)

Transfert de 2 lits de gynécologie au pôle régional de cancérologie / Projet d'ouverture de 2 lits supplémentaires / Transfert de l'oncologie pédiatrique au 10^e de Jean Bernard / Politique de territoire / Chirurgie gynécologie : transformation de 2 lits d'hospitalisation de jour d'hospitalisation complète / Education thérapeutique

Pôle gériatrie

Développement du court séjour gériatrique / Création d'une unité cognitivo-comportementale / Spécialisation gériatrique / Création d'une unité de soins de suite et réadaptation orientée vers les soins palliatifs / Unité de soins de longue durée (EHPAD sanitaire) / Relation avec les EHPAD



Vue d'architecte du futur bâtiment Aristide Maillol, dont la construction commence en 2009 sur le site de la Milétrie. D'une capacité de 141 lits, correspondant au transfert partiel de la capacité actuelle de l'hôpital Louis Pasteur (303 lits), le bâtiment Maillol sera dédié à la prise en charge exclusive des malades «hospitalo-requérants» ou atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro-dégénératives.

Pôle imagerie (radiologie, médecine nucléaire et biophysique)

Orientations stratégiques : renouvellement de l'IRM 3 tesla, acquisition d'un 2^e TEP, le picture archiving and communication system (PACS) / Développement de l'activité de coloscopie virtuelle / Développement de l'activité en TEP (cardiologie, neurologie, infectiologie) / Implication dans une démarche de territoire : communauté hospitalière de territoire (CHT), groupement de coopérations sanitaires (GCS), mutualisation des gardes de fin de semaine / Positionnement dans le projet NCV

Pôle médipool (médecine interne, maladies infectieuses et tropicales, dermatologie et dermato-allergologie, chirurgie plastique ORL, chirurgie cervico-maxillo-faciale et audiophonologie, ophtalmologie, HAD)

Ouverture d'un centre régional référent en allergologie / Création d'un centre régional plaies et cicatrisation / Regroupement des services ophtalmologie et ORL / Poursuite du développement de l'hospitalisation à domicile en coopération avec Montmorillon et Lusignan / Amélioration de la prise en charge du glaucome / Développement de l'artériopathie des membres inférieurs / Technique de MOHS

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

Développement de la prise en charge des AVC : ouverture d'un 8^e lit de soins intensifs et développement de la médecine physique et réadaptation / Pathologies du rachis / Rapprochement du centre sommeil avec le service de pneumologie

Pôle pharmacie - santé publique

Nouvelle pharmacie / Antenne pharmacie dans le pôle régional de cancérologie / Qualité et sécurisation des process : production des données d'activité médicale, essais cliniques / Poursuite de la mise en place du vide-plein / Contrats clinico-pharmaceutiques et EPP / Sous-traitance et coopération

Pôle réanimations-anesthésie

Développement de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus / Mise en conformité de l'effectif paramédical en réanimation

Pôle urgoss (urgences, Samu-Smur et centre 15, orthopédie-traumatologie, relais Georges Charbonnier)

Politique de territoire : orthopédie et urgences / Politique inter-pôles (contrats clinico-biologiques et clinico-opératoires) / Bilan et suite de la mise en œuvre des conclusions de la mission d'expertise et d'audit hospitalier / Démarche qualité

Questions au Pr Ali Turhan



Suite à l'appel à candidatures pour la labellisation par l'Inserm d'unités de recherche pour l'année 2008, l'équipe d'accueil (EA) 3805 dirigée par le Pr Ali Turhan, chef du service d'hématologie et d'oncologie biologique, a été reconnue scientifiquement.

En effet, son équipe devient un groupe Inserm au sein de l'unité 935 basée à Paul Brousse, unité qui

travaille sur les modèles de cellules souches malignes et thérapeutiques. Désormais, 4 unités Inserm comportent des équipes de recherche du CHU de Poitiers, ouvrant de nouvelles possibilités de développement et de synergie entre les équipes.

CHU Magazine – En quoi consistent les travaux de l'EA 3805 que vous dirigez ? Quelles en sont les finalités ?

Pr Ali Turhan – Notre équipe d'accueil, EA3805 intitulée «Cellules souches leucémiques et thérapeutiques», travaille en parallèle sur deux axes :

1– Axe physiopathologique : la recherche est effectuée sur les cellules souches malignes de deux pathologies, la leucémie myéloïde chronique (LMC) et le glioblastome. Nous étudions essentiellement les cellules souches primitives leucémiques par rapport à leurs réponses aux inhibiteurs «ciblés» qui, malgré les résultats très encourageants, ne semblent pas pouvoir faire disparaître complètement ces cellules. Ces populations cellulaires sont très rares et nous développons des modèles expérimentaux en utilisant des cellules souches embryonnaires qui nous permettent de créer les étapes les plus précoces de la maladie. La réponse immunitaire anti-leucémique est étudiée en analysant le rôle de certaines populations lymphocytaires dans la pathogénie de la LMC. Au niveau de la biologie des cellules souches de glioblastomes, des techniques de quantification des cellules primitives sont développées pour tenter d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques.

2– Axe thérapeutique : notre but est de générer des modèles expérimentaux pour produire des cellules du sang ou des cellules endothéliales à partir des cellules souches pluripotentes, avec le but de pouvoir traiter des affections hématologiques ou vasculaires. Ces cellules sont capables de générer tous les tissus d'un organisme.

Notre unité a une expertise dans la culture et la différenciation hématopoïétique des cellules souches embryonnaires murines. Pour mettre au point ces techniques dans un modèle *in vivo*, nous travaillons, dans le cadre d'une convention avec l'INRA, à la génération de cellules embryonnaires pluripotentes chez le porc. Ce modèle expérimental unique permettra de tester la possibilité de générer des cellules sanguines *in vivo* à partir des cellules souches embryonnaires. Ce modèle sera exploité en collaboration avec l'équipe des Pr Gérard Mauco et Thierry Hauet pour générer des cellules endothéliales pour améliorer la vascularisation des greffons dans le modèle de porc. La finalité étant de les appliquer un jour chez l'homme.

Quels sont les liens entre votre équipe de recherche et l'unité 935 à Paul Brousse ?

L'équipe de recherche de Poitiers est incluse dans l'organigramme officiel de l'U935 à Paul Brousse et elle a effectivement le «label» Inserm, dans le cadre d'un partenariat équilibré avec des complémentarités scientifiques reconnues. Il y a aussi des liens historiques avec, dans les deux équipes, des chercheurs qui ont travaillé ensemble et publié des articles scientifiques depuis plusieurs années.

Les cellules souches représentent en 2008 un domaine d'étude majeur très prometteur pour des applications thérapeutiques de médecine régénérative mais aussi pour comprendre les origines du cancer. Ce défi nécessite des moyens scientifiques, humains et matériels extrêmement importants qui ne peuvent être tous présents sur le même site. Par exemple, notre équipe à Poitiers a obtenu l'autorisation de l'Agence de biomédecine pour l'importation et la recherche sur les cellules souches embryonnaires (CSE) humaines (décision 9 février 2007, JO 22 mars 2007). Mais l'association avec Paul Brousse dans le cadre de l'unité U935 nous permettra de réaliser des avancées beaucoup plus rapides, car l'équipe de Paul Brousse a développé une expertise majeure dans ce domaine, avec la création d'une des premières plates-formes en France par le Pr A. Bennaceur-Griscelli. Un autre exemple est la technologie des CSE obtenues par programmation à partir des cellules adultes. Grâce à cette technique de programmation par transfert de gènes, nous avons pu générer à Poitiers, à partir des cellules de peau d'une souris, des cellules embryonnaires qui sont capables de donner naissance ensuite à des cellules sanguines. Les expériences qui permettent de montrer le caractère primitif de ces cellules nécessitent des équipements et des technologies qui n'existent pas sur notre site. Ces expériences sont réalisées à Paul Brousse, grâce à la reconnaissance de notre équipe par l'Inserm.

A l'inverse, notre expertise dans le domaine de la biologie des cellules souches adultes et leucémiques, l'immunologie et la biologie moléculaire permet de faire des expériences initialement mises en place à Paul Brousse et analysées à Poitiers dans le cadre de notre projet mono-équipe.

Quelles retombées escomptez-vous ?

Dans notre axe de recherche physiopathologique, notre but est de modéliser et caractériser des populations de cellules souches malignes rares, qui pourraient ensuite être utilisées pour la mise en évidence de nouvelles cibles dans les populations réellement «souches», celles qui résistent aux thérapies. Dans le cadre de notre axe de recherche thérapeutique, notre but est de déterminer si on peut générer des cellules sanguines et endothéliales différenciées et fonctionnelles, à partir de cellules embryonnaires et adultes pluripotentes. Ces deux axes de recherche avanceront plus rapidement grâce à la création par l'Inserm de l'U935 en tant qu'équipe monothématique incluant Poitiers. L'un et l'autre pourraient conduire à des retombées cliniques grâce à des collaborations avec le CIC-P 802 (centre d'investigation clinique) et le laboratoire de thérapie cellulaire.

Coopération de télémédecine avec le Centre hospitalier de Confolens

Le Centre hospitalier Labajouderie de Confolens a inauguré, le 9 février, ses équipements de télémédecine, qui permettent la transmission d'images par liaison informatique sécurisée avec le CHU de Poitiers. Concrètement, les médecins du Centre hospitalier de Confolens bénéficieront, grâce à ces équipements, de l'expertise des praticiens du Centre hospitalier universitaire de Poitiers, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Cette opération permet de conforter le service d'urgences du Centre hospitalier de Confolens, qui n'a pas suffisamment de radiologues pour assurer la permanence des soins, et donc d'offrir des soins de qualité à tous les habitants de Poitou-Charentes, et plus particulièrement à la population de Charente-Limousine.

Coopération entre le CHU de Poitiers et le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres

Afin de garantir une réponse de qualité à la prise en charge de la population du territoire et d'optimiser les ressources hospitalières, le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres et le CHU de Poitiers entendent mettre en place une coopération institutionnelle pluriannuelle. Une convention cadre définit les rapports entre les parties et les modalités juridiques de participation entre les deux établissements. Elle fixe le cadre général des actions de coopération qui sera décliné dans des conventions particulières constituant des annexes à la convention cadre. A ce jour, les activités concernées par une déclinaison dans des conventions particulières sont : la cardiologie, la pneumologie, la médecine du travail, la cancérologie, la pédiatrie et les soins de suite.



De gauche à droite : le Pr Jean-Marc Tourani, coordonnateur du pôle de cancérologie, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, Chantal Brunet, cadre supérieur de santé, le Pr Joseph Allal, président de la CME, Joëlle Faucher-Grassin, coordonnateur du pôle pharmacie, et Annie Podeur

Visite d'Annie Podeur

Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, s'est rendue au Centre hospitalier universitaire de Poitiers le vendredi 27 mars dernier. Accueillie par Jean-Pierre Dewitte, directeur général, et le professeur Joseph Allal, président de la commission médicale de l'établissement, elle s'est longuement entretenue avec le conseil exécutif.

Annie Podeur est ensuite allée au devant des équipes. Elle a visité les urgences adultes et pédiatriques et le pôle régional de cancérologie.

Bienvenue à Clarisse Ménager

Clarisse Ménager a pris ses fonctions de directrice stratégie et territoires le 30 mars dernier, au sein de la direction générale. Diplômée en 2007 de l'Ecole nationale de santé publique, elle était jusqu'en mars dernier directrice des affaires générales, des projets, de la qualité et du système d'information au Centre hospitalier de Lisieux, qui compte 721 lits. Elle sera chargée au CHU de Poitiers de toutes les actions de coopération avec les établissements de santé pour une communauté hospitalière de territoire et avec les partenaires de l'établissement (médecins de ville...), conformément à la nouvelle loi hôpital, patients, santé, territoire.



Résultats des élections des coordonnateurs de pôles

Le 27 novembre dernier, à l'issue du premier tour des élections des coordonnateurs de pôles, les résultats du scrutin sont les suivants dans les cinq pôles concernés. Pôle de cancérologie, hématologie et pathologie tissulaire : Pr Jean-Marc Tourani / Pôle dune : Pr Guy Touchard / Pôle

neurosciences, locomoteur et vasculaire : Pr Jean-Philippe Neau / Pôle pharmacie et santé publique : Joëlle Faucher-Grassin / Pôle réanimations-anesthésie : Dr Michel Pinsard. Le 4 décembre, à l'issue du premier tour des élections : pôle blocs opératoires : Pr Bertrand Debaene

Conseil d'administration

Deux des membres du conseil d'administration ont été renouvelés dans leur fonction : le professeur Jacques Barbier, en tant que représentant des personnalités qualifiées, Jean-Louis Dupont, en tant que représentant des familles accueillies dans les unités de soins de longue durée (à titre consultatif).

Un nouveau membre a rejoint le conseil d'administration du CHU, Evelyne Tagault, en tant que représentante des personnels titulaires pour l'organisation syndicale Force ouvrière en remplacement de Gérard Sylvain.

Première journée de la recherche Tours-Poitiers en biologie-santé

La première journée de la recherche en biologie-santé, organisée conjointement par les sites hospitalo-universitaires de Tours et de Poitiers, s'est déroulée le 5 décembre 2008 à Tours. Cette journée illustre la volonté commune de constituer un axe de recherche et de coopération scientifique renforcé entre Tours et Poitiers. L'objectif est de faire connaître les travaux conduits respectivement par chacun des deux sites et d'accroître les rencontres entre les équipes pour développer des actions conjointes et coordonnées. A cette occasion, une remise de prix décernés par un jury de scientifiques a récompensé, pour les candidats de Poitiers :

Posters

Claire Villalva, autorenouvellement et prolifération des neurophères issues des tumeurs gliales, EA 3801, Poitiers, équipe d'Ali Turhan et Lucie Karrayan ; **Camille Nicoleau**, régulation, prolifération et autorenouvellement des cellules souches neuronales, CNRS, Université de Poitiers, équipe de M. Jabert.

Communications

Clémence Prévost, intérêt de l'échographie de contraste pour le diagnostic de fibrose hépatique sévère, services d'imagerie et d'hépatogastro-entérologie du CHU de Poitiers. Cette manifestation a été un réel succès. La prochaine journée se déroulera à Poitiers au cours de la première semaine de décembre 2009.

«Faciliter l'implantation des jeunes médecins»

Ancien chef du service hépato-gastro-entérologie, le professeur Michel Morichau-Beauchant a été élu en octobre dernier doyen par le conseil de la Faculté de médecine et de pharmacie. Au programme de son agenda, deux chantiers prioritaires : la réforme de la première année de médecine et la question de la désertification médicale.

CHU Magazine – En tant que doyen, quels sont les principaux défis qui vous attendent ?

Pr Michel Morichau-Beauchant

Beaucoup de bouleversements vont toucher la Faculté de médecine et principalement la réforme de la première année. Notre équipe pédagogique doit mener un travail en commun avec les étudiants élus au conseil de la Faculté de médecine et de pharmacie et ceux du Comité régional des étudiants en médecine (CREM) afin de trouver rapidement des solutions au problème. La L1 Santé sera effective en septembre 2010, ce qui nous laisse le temps de mettre en place cette réforme complexe. La difficulté tient au fait que les étudiants en pharmacie vont rejoindre dans les amphithéâtres ceux qui préparent le concours de médecine, de sage-femme et d'ontologie. Cette réforme pose quatre problèmes principaux : remettre à plat 80% de l'enseignement pour qu'il soit désormais commun à la pharmacie ; trouver des salles pour accueillir les 1 300 étudiants que comptera désormais la première année ; organiser quatre concours au lieu de deux ; innover en terme de formation pédagogique. Il y a un travail très important à mener sur les travaux dirigés. En raison du nombre important d'étudiants, nous allons mettre en place les technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE). Ces travaux dirigés informatiques vont nous permettre de créer des forums pour entraîner les étudiants aux examens. Via Internet, un enseignant va étudier

les réponses des étudiants et ensuite en rediscuter en amphithéâtre. Cette forme de tutorat assure une égalité d'accès à l'information dans le cadre du concours de première année.

Quel est le sens de cette réforme ?

Le ministère a souhaité cette L1 Santé afin de favoriser la réorientation des étudiants qui sont en situation d'échec. On estime que 40% des étudiants qui choisissent la filière médecine en sortent avec un métier de santé. Sur les 60% en situation d'échec, 5% à 10% vont revenir à l'université. A peu près 50% de ces étudiants ne sont donc pas intégrés. Ne peut-on pas essayer de garder à l'université ceux qui ne sont pas reçus et les former à des métiers proches de la santé, dans des secteurs comme l'économie, le droit, ou encore l'informatique ? Nous allons bientôt organiser un colloque avec les autres composantes de l'université afin d'identifier les métiers qui se rapprochent de la santé et de déterminer en quoi les étudiants pourraient être intéressés par ce type de métiers.

Comment comptez-vous agir sur la désertification médicale ?

Nous espérons qu'une partie des 100 jeunes médecins (bientôt 200) que nous formons chaque année restera dans notre région Poitou-Charentes. Celle-ci présente déjà des déserts médicaux dans le nord Deux-Sèvres, le sud Vienne et le sud Charente. Pour y remédier, il



Le professeur Michel Morichau-Beauchant devant le portrait de son aïeul, Pierre Beauchant, premier directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers sous le 1^{er} Empire.

faut apporter des projets pédagogiques et faciliter l'implantation des jeunes. A la rentrée 2009, nous allons amener les jeunes au contact de la médecine générale, en particulier en campagne, sous la forme de stages dès le cycle D2.

Quatre à cinq années sont nécessaires pour voir les projets de professionnels locaux fonctionner. Il faut donc s'attacher très vite à tous les secteurs dans lesquels les médecins généralistes ont plus de 55 ans. Nous allons mener une expérimentation sur le sud Vienne. Ce genre de projet ne sera viable que s'il émane des médecins locaux. Nous sommes là pour leur apporter une aide logistique et pédagogique. Le Conseil général de la Vienne a mis en place des bourses destinées aux étudiants dès le cycle D2 jusqu'à la fin de leurs études. En échange de cette aide, l'étudiant devra s'installer dans un des dix cantons de la Vienne pour une durée de sept ans au moins. Il faut persuader les étudiants que la médecine de ville et la médecine rurale sont aussi intéressantes que celles pratiquées en hôpital, et d'autre part trouver suffisamment de médecins généralistes pour accueillir ces jeunes dans le cadre des stages. ■



**EUROVIA
POITOU-CHARENTES
LIMOUSIN**

AGENCE DE POITIERS

**Terrassements - Assainissements
VRD - Routes - Aérodrômes
Ensembles Sportifs et de Loisirs**

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

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



**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



**Génie électrique Génie climatique et thermique
Réseaux extérieurs Énergies renouvelables
Maintenance 24 h / 24 h - ☎ : 05.49.38.42.01**

**3 rue des Entrepreneurs
B.P. 1027
86060 POITIERS CEDEX 9
☎ : 05.49.38.42.00**

**Rue Santos Dumont
86100 CHÂTELLERAULT
☎ : 05.49.47.85.20**

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

**INEO Atlantique met à votre service ses
compétences dans les domaines du Tertiaire
et de l'Industrie :**

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



INEO Atlantique, Groupe GDF SUEZ
17, rue Claude Berthollet - 86000 POITIERS
Tél : 05 49 52 33 33 - Fax : 05 49 55 45 12
www.ineo.com

**INEO
GDF SUEZ**

La Passion d'Entreprendre



**Mieux entendre
vous va si bien !**



**AUDITION
CONSEIL**

www.auditionconseil.fr

Jean-Claude BOURRAUD
Audioprothésiste D.E.
43, rue Carnot
86000 POITIERS
05 49 88 04 04

Muriel PIERRE
Audioprothésiste D.E.
7, allée de la Providence
86000 POITIERS
05 49 41 50 88

Quand le pôle régional de cancérologie ouvre ses portes

Le pôle régional de cancérologie a été officiellement inauguré le vendredi 13 mars. Les deux après-midi portes ouvertes ont permis aux visiteurs de découvrir ce bâtiment. Cette réalisation mise sur la prise en charge pluridisciplinaire et un équipement de pointe pour contrer une maladie, le cancer, qui concerne aujourd'hui un quart des patients du CHU.

Conçu dans le cadre des plans Cancer et Hôpital 2007, le pôle régional de cancérologie accueille aujourd'hui ses premiers patients. Trois ans auront été nécessaires aux médecins et aux cadres pour mettre au point cette nouvelle organisation qui repose sur une prise en charge pluridisciplinaire. Désormais, l'oncologie médicale, la radiothérapie et l'hématologie sont réunies dans un même bâtiment qui compte 135 lits et places. Sa surface de 13 000 m² est répartie sur quatre niveaux dont deux reliés par des passerelles à la tour Jean Bernard. Le PRC rassemble par ailleurs un ensemble de métiers et de soins de support pour favoriser au quotidien le bien-être physique et psychologique des patients (kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, diététicienne, soins de balnéothérapie...). En tout, 270 professionnels de santé vont se relayer auprès des malades, lesquels sont désormais au cœur du dispositif de soins. Lors de

son discours d'inauguration, le directeur général du CHU a tenu à préciser la vocation de ce bâtiment : *«Le pôle régional de cancérologie se veut comme une maison, la maison de la prise en*

L'ERI : un lieu dédié à l'écoute

Au rez-de-chaussée du PRC, tout près de l'accueil est situé l'ERI. L'emplacement de cet espace de rencontres et d'information n'est pas anodin. Il correspond à la volonté d'offrir un accès direct à un lieu dédié à l'information et à l'écoute. *«C'est un lieu privilégié, ouvert»,* explique la responsable du lieu, Sylvie Aubert. Ni infirmière, ni psychologue, son rôle est d'accueillir aussi bien les patients, leurs familles, que tout visiteur en quête d'information sur le dépistage, les pathologies et les traitements. *«C'est un espace de convivialité, un lieu hors soin même s'il est situé dans un bâtiment dédié aux soins. Il permet aux patients de faire une pause, de souffler.»* Dans cet espace labellisé par la Ligue contre le cancer et les laboratoires Sanofi-Aventis France, l'information est relayée via des postes Internet et une sélection de brochures généralistes et spécialisées portant sur le cancer. C'est également un espace de rencontres. *«La parole entre patients va aussi être intéressante. C'est important d'échanger avec quelqu'un qui a vécu une expérience similaire. Cela permet parfois de dédramatiser certaines situations.»* Des conférences seront organisées à la demande des patients, des équipes soignantes, ou à partir des thèmes que Sylvie Aubert aura repérés comme récurrents à travers l'ensemble de ses échanges. Son rôle sera également de faire le lien avec les associations. A l'extérieur de l'ERI, une borne informatique est accessible à tous moments pour consulter un répertoire comprenant une sélection d'articles et de sites Internet.

Tél. 05 49 44 30 00



Sylvie Aubert,
responsable
de l'espace de
rencontres et
d'information
(ERI).

charge des patients atteints de cancer.» Jean-Pierre Dewitte a insisté sur les rôles de proximité et de recours à l'échelle régionale, ainsi que sur l'implication dans la recherche clinique et appliquée.

Dès le lendemain, et pour le temps d'un week-end de portes ouvertes, plus de 2 200 personnes, guidées par le personnel du CHU, sont venues visiter le nouveau bâtiment. Dans le hall, on se pressait devant les portes du sas de la pharmacie afin de découvrir le nouvel automate, premier de ce type en France, qui permet de reconstituer les traitements de chimiothérapie à partir des prescriptions informatisées faites par les médecins. Autre attraction : l'un des trois nouveaux accélérateurs de particules, matériel de pointe acquis pour les séances de radiothérapie. Le PRC présente par ailleurs de nombreuses innovations telles que la curiethérapie «haut débit», et le traitement dans les conditions d'une station spatiale de l'air des chambres stériles. Au-delà des performances techniques, ce qui a été immédiatement perçu comme positif par les visiteurs est la nouvelle configuration des chambres individuelles d'hospitalisation. Celles-ci sont dotées d'un lit accompagnant modulable et sont lumineuses grâce aux portes-fenêtres. Via les couleurs et le choix du mobilier, l'idée était d'«éviter de faire hôpital» selon Louis-Marie Challet, directeur référent du pôle cancérologie. Côté couloir, les murs sont bombés afin de casser la monotonie de l'espace de circulation. Dans le même esprit de confort et d'accueil, le hall comporte une cafétéria aux boiseries chaleureuses, des salles de restauration pour les familles, ainsi qu'un espace rencontres information (ERI). ■

2 200 personnes sont venues lors des portes ouvertes.



Inauguration du pôle régional de cancérologie par (de gauche à droite) Jean-Pierre Raffarin, ancien Premier ministre et sénateur, Alain Claeys, président du conseil d'administration du CHU, le Pr Jean-Marc Tourani, coordonnateur du pôle régional de cancérologie, Bernard Tomasini, préfet de la région Poitou-Charentes, Françoise Linsolas, directrice de la DDASS de la Vienne, et Elisabeth Chartier-Morin, députée européenne.

Une spécialiste de l'allogreffe

Six mois seulement après avoir pris ses fonctions dans la tour Jean Bernard, le Dr Natacha Maillard change de décor. Le nouveau médecin référent pour les allogreffes des cellules souches hématopoïétiques suit l'ensemble du service d'oncologie hématologique dans son déplacement depuis le sixième étage de la tour jusqu'au PRC. Au sein de ce service, l'ancienne collaboratrice du Pr Agnès Buzyn à l'hôpital Necker succède au Dr Marc Renaud. Cette spécialiste des allogreffes travaille aujourd'hui en tandem avec le Dr



Dr Natacha Maillard

Edouard Randriamalala, médecin référent du secteur conventionnel.

Sur les 24 lits que compte le service, le Dr Natacha Maillard est en charge des 8 situés en secteur protégé. Ceux-ci sont dédiés aux patients, adultes uniquement, hospitalisés pour des traitements aplasants et/ou des allogreffes. Les allogreffes, chez les adultes, sont indiquées essentiellement dans le cas d'hémopathies malignes principalement les leucémies aiguës. Pour chaque candidat à la greffe, la décision est prise de manière collégiale au sein du service après présentation du dossier par le médecin référent. «L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques s'adresse à des patients qui répondent bien aux traitements conventionnels chimiothérapeutiques mais pour lesquels le risque de rechute est élevé, précise le Dr Maillard. Il consiste à remplacer la moelle osseuse du receveur par celle d'un donneur HLA compatible. L'effet anti-tumoral est assuré par les cellules immunocompétentes du greffon, capables de distinguer le "soi" du "non soi", et donc de reconnaître d'éventuelles cellules tumorales résiduelles comme étrangères et de les détruire.»

Pour les allogreffes, l'hospitalisation dure en moyenne cinq à six semaines. Elle implique un confinement extrêmement sévère en raison de l'administration d'immunosuppresseurs nécessaires au contrôle du conflit immunologique entre donneur et receveur.

Le nouvel espace du service au second étage du PRC assure un isolement protecteur optimal (port de tenues stériles pour les soignants et les visiteurs après passage obligatoire par un sas, pression positive de l'air) à ces patients particulièrement fragiles vis-à-vis des infections. Dans les chambres qui leur sont dédiées, dont par ailleurs le confort est grandement amélioré, les canalisations d'eau sont totalement javellisées et le flux laminaire complètement stérile. La gestion des complications infectieuses des greffés, particulièrement fréquentes et sévères, suscite une étroite collaboration entre l'équipe de Natacha Maillard et le service des maladies infectieuses, en particulier le Dr Cendrine Godet.

La stimulation cérébrale profonde

Un espoir pour le traitement des formes sévères et résistantes de maladies neuropsychiatriques

Depuis 2001 au CHU de Poitiers, cette technique a été mise en œuvre auprès d'environ 150 patients atteints de la maladie de Parkinson. Dans le cas de cette pathologie, c'est le noyau subthalamique qui est stimulé. Or, la mise en œuvre de cette technique a permis de mettre au jour de nouvelles connaissances sur le fonctionnement du cerveau et dégage de nouvelles pistes pour le traitement, tou-

que son rôle est de traiter l'information venue du cortex pour sélectionner un mouvement adapté et de nouveau transmettre l'information au cortex. Avec Parkinson, nous stimulons le noyau subthalamique pour qu'il assure de nouveau sa fonction de régulation des mouvements. Or, certains patients, suite à la stimulation, ont développé des complications psychiques telles que l'euphorie ou la mélancolie. Cela nous a permis de mettre en avant les ressources des noyaux gris centraux (ou ganglions de la base) dont fait partie le noyau subthalamique. En effet, cette zone est compartimentée par fonctions en trois territoires : sensorimoteur, cognitif (ou associatif) et émotionnel (ou limbique) et sont au cœur du comportement humain. Nous en avons conclu que nous pouvions grâce à la stimulation électrique rétablir la fonction de régulation des territoires associatifs ou limbiques au même titre que celle du territoire sensorimoteur», explique le professeur Jean-Luc Houeto, neurologue.

De fait, la stimulation cérébrale a été expérimentée sur des patients souffrant d'autres maladies neuropsychiatriques mettant en jeu les noyaux gris centraux et la communication avec le cortex, c'est-à-

Qu'est-ce que la stimulation cérébrale profonde ?

Cette opération chirurgicale, réalisée sous anesthésie générale, consiste à introduire des électrodes dans le cerveau d'un patient afin de stimuler électriquement une zone qui n'assure plus son rôle. «Cette opération, insiste le Pr Jean-Luc Houeto, neurologue au CHU de Poitiers, repose sur la pluridisciplinarité. Sans un des spécialistes mobilisés, l'opération ne peut pas se faire.»

jours par stimulation électrique, d'autres maladies neuropsychiatriques telles que le syndrome de Gilles de la Tourette ou les troubles obsessionnels compulsifs, les fameux TOC.

«Dans la maladie de Parkinson, l'hyperactivité du noyau subthalamique provoque des mouvements anormaux alors

Les intervenants

Neurologues

Pr Jean-Luc Houeto
Pr Roger Gil
Dr Pauline Giré

Chirurgien

Pr Benoît Bataille

Radiologue

Pr Pierre Vandermarcq

Neurophysiologiste

Pr Joel Paquereau

Anesthésistes

Equipe du Pr Bertrand Debaene

Neuropsychologue

Equipe de l'unité de neuropsychologie du service de neurologie

Infirmières spécialisées

Christine Perrin et Annie Guillemain

Psychiatres

Pr Jean-Louis Senon
Dr Nematollah Jaafari
Dr Paillard





dire le syndrome de Gilles de la Tourette, les TOC, ainsi que la dépression.

«Aujourd'hui, les résultats expérimentaux sont là pour montrer que les formes sévères et résistantes peuvent être améliorées.»

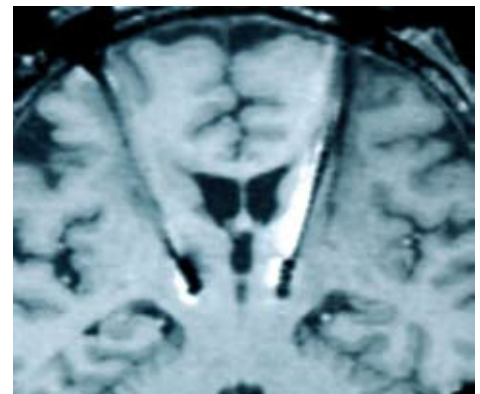
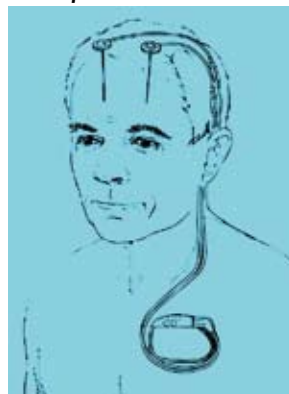
Le neurologue insiste sur cet aspect : la stimulation cérébrale n'est réservée qu'aux formes sévères et résistantes aux médicaments *«qui ne concernent qu'un petit nombre de malades, pour Parkinson, c'est 10 à 15%»*. En effet, l'opération est invasive. Elle dure une huitaine d'heures sous anesthésie générale avec un réveil pendant l'opération pour effectuer les tests cliniques pendant que le noyau subthalamique est stimulé à hauteurs différentes. Les complications possibles sont lourdes et il faut pouvoir réunir une équipe complète composée de neurologues, de chirurgiens, de radiologues, de neurophysiologistes, de psychiatres et d'anesthésistes. En outre, le matériel seul nécessaire à l'intervention coûte près de 16 000 €. L'opération doit donc être, à coup sûr, bénéficiaire. Mais les résultats sont impressionnants : en général, l'opération améliore le handicap de la maladie de Parkinson de 70%. C'est une véritable sortie de prison pour les patients qui ont d'ailleurs besoin d'un accompagnement sérieux pour se réadapter.

Aujourd'hui, concernant la généralisa-

tion de la stimulation cérébrale profonde à d'autres maladies neuropsychiatriques que Parkinson, *«les résultats sont là, la preuve du concept est établie»*.

Jean-Luc Houeto fait partie de l'équipe pluridisciplinaire intervenant sur la stimulation cérébrale de la maladie de Parkinson réalisée au CHU depuis 2001. Il participe également aux programmes de recherches multicentriques menés sur la stimulation cérébrale pour le traitement du syndrome de Gilles de la Tourette. Sont menées par ailleurs des recherches sur le traitement des TOC ou encore de la dépression avec l'active collaboration de l'équipe de psychiatrie du Pr J.-L. Senon. *«Désormais, il faut passer à la vitesse supérieure, c'est-à-dire une précision et une définition des critères d'éligibilité des patients avec une mesure des effets à long terme et de l'amélioration de la qualité de vie.»* ■

Schéma (ci-dessous) et IRM d'implantation des électrodes sur un patient.





Le cœur patient, une course contre le temps et pour la vie

Avec le service médicochirurgical de cardiologie, le CHU de Poitiers déploie tous ses atouts pour les petits et grands ratés de notre précieux palpitant : une organisation optimale axée sur l'urgence, un plateau technique très complet, des médecins, des chirurgiens et des réanimateurs qui travaillent de concert et des solutions concrètes de prévention et d'éducation thérapeutique. Pour le cœur défaillant, presque tout est possible. Le CHU vise encore plus haut avec le projet de pôle neuro-cardio-vasculaire qui doit voir le jour en 2012.

Les maladies cardiovasculaires sont parmi les premières causes de mortalité en France, juste après le cancer, avec près de 150 000 décès par an dont un tiers dus à l'infarctus, un autre tiers à l'insuffisance cardiaque.

Au CHU de Poitiers en 2008, le service médicochirurgical de cardiologie a contribué à la prise en charge de 6 600 séjours. Ses urgences ont effectué 3 100 prises en charge tandis que le service a procédé à plus de 8 000 consultations et près de

8 000 échographies cardiaques. Il a pris en charge 350 infarctus.

Les chirurgiens ont procédé à 505 opérations du cœur (avec ou sans circulation extra-corporelle). En rythmologie, 80 défibrillateurs et 410 stimulateurs

cardiaques ont été posés. Les médecins ont également procédé à 220 ablations du trouble du rythme et à 430 explorations électrophysiologiques. L'activité de cardiologie interventionnelle a représenté 1 400 coronarographies, 630 angioplasties et 1 643 scanners cardiothoraciques.

« Nous savons non seulement que le nombre de diabétiques et d'obèses va augmenter mais encore que la population va vieillir. Nous allons donc, c'est inéluctable, devoir traiter de plus en plus de patients atteints de maladies cardiovasculaires », précise le professeur Joseph Allal, cardiologue, chef du service médicochirurgical de cardiologie et président de la commission médicale d'établissement (CME). Pour faire face à ce défi épidémiologique, un vaste projet de prise en charge globale des maladies vasculaires, un pôle neuro-cardio-vasculaire, a été inscrit dans le projet d'établissement. Il devrait voir le jour en 2012 (voir encart p. 18).

Le service médicochirurgical de cardiologie prend en charge toutes les pathologies cardiovasculaires aiguës ou

chroniques : l'infarctus du myocarde et toutes les formes cliniques de la maladie coronarienne, l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique, le trouble du rythme et de la conduction cardiaque, la prise en charge de la douleur thoracique, les maladies thrombo-emboliques telles que les phlébites et les embolies pulmonaires, l'hypertension artérielle, la prise en charge des facteurs de risques vasculaires, les valvulopathies, le bilan cardiaque des sportifs et, de façon plus générale, tous les bilans cardiologiques.

L'urgence au centre

Le service médicochirurgical fait partie du pôle cœur-poumons avec la pneumologie, la médecine du sport et l'exploration respiratoire. Vingt-quatre médecins y travaillent avec 3 chirurgiens assistés de près de 130 infirmières et une centaine d'aides soignants.

Ce service a été créé en 1998. Il résultait alors de la réunion, au sein du pavillon Beauchant, de deux services de cardiologie et d'un service de chirurgie cardiaque. «*Ce service est un des seuls en France à rassembler, sous la même identité, les prises en charges médicales et chirurgicales*, précise le Pr Allal. *Nous avons placé les bâtiments en étoile*



Réanimation cardiaque

autour d'un point crucial : l'accueil des urgences. Ainsi, les soins intensifs, les blocs opératoires et la réanimation cardio-chirurgicale, la cardiologie interventionnelle et le plateau technique d'exploration sont à proximité immédiate du patient qui arrive. Les hommes et le matériel sont à disposition de chaque urgence pour gagner du temps, toujours gagner du temps.» Un infarctus exige qu'on intervienne dans les 90 minutes. De fait, le service assure 24h/24 le traitement des troubles de l'infarctus par angioplastie et la prise en charge des troubles du rythme les plus graves.

«*Cette proximité, ajoute le Pr Pierre Corbi, chirurgien cardiaque et responsable du pôle cœur-poumons, permet aussi une confrontation in situ des avis des différents spécialistes à tout moment. Ce qui est évidemment beaucoup plus riche et plus efficace qu'une demande d'avis par téléphone ou Internet.*»

Le rez-de-chaussée est donc le niveau «aigu» du service, entièrement tourné vers l'urgence. Le 1^{er} étage est celui de l'hospitalisation de semaine et du plateau technique «non sanglant» où les médecins pratiquent les échographies, les épreuves d'effort. Le second étage est réservé aux 90 lits d'hospitalisation spécialisés.

Ajoutons, pour compléter le tableau, que Claudie Fleurisson, infirmière coordinatrice, assure le relais entre le service de cardiologie et les médecins extérieurs



Salle de coronarographie

Une nouvelle salle de coronarographie a été créée au rez-de-chaussée de René Beauchant (pôle cœur-poumons), dans la continuité du secteur des explorations. Opérationnelle depuis mi-avril 2009, elle est équipée d'un arceau suspendu avec technologie capteur plan – modèle Allura Xper FD 10F Philips – d'un montant de 665 000 euros. Ce nouvel aménagement permettra de réaliser les coronarographies diagnostiques et thérapeutiques.

L'ennemi : l'athérome

«Les maladies cardiovasculaires s'expriment surtout par l'occlusion d'une ou plusieurs artères par la plaque d'athérome», résume le Dr Philippe Sosner, responsable du centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires du CHU. La plaque d'athérome est une accumulation de graisses, de produits du sang et/ou de calcaire se formant quand la couche de cellules recouvrant la paroi des artères, l'endothélium, est altérée. Aggravant le processus, les cellules de l'inflammation mobilisées par cette altération se gorgent de cholestérol et se bloquent. «Il y a de nombreux facteurs de risque du développement de ces plaques dans nos artères : les antécédents familiaux mais aussi le tabac, l'obésité, le diabète, la sédentarité, l'hypertension. Par exemple, fumer provoque à la fois une altération des cellules endothéliales, une oxydation du cholestérol qui va se déposer plus facilement ainsi qu'une augmentation de la circulation des cellules de l'inflammation. Le diabète, lui, s'exprime par des anomalies endothéliales et lipidiques ouvrant la voie à la formation de l'athérome. L'hypertension, elle aussi, altère l'endothélium et fragilise l'artère en la rigidifiant.» Quand la plaque bouche les artères coronaires, ce peut être l'infarctus. Quand elle concerne la carotide ou les artères cérébrales, c'est l'accident vasculaire cérébral, l'AVC.

au CHU. Ces derniers disposent ainsi toujours du même interlocuteur et d'un numéro direct au sein du service quelle que soit leur demande : conseil, hospitalisation, consultation...

Un plateau technique riche et complémentaire

Le plateau technique du service se caractérise en premier lieu par sa richesse. Il est très complet. «En effet, précise le Dr Luc Christiaens, nous disposons d'appareils d'imagerie extrêmement performants tels que le scanner à 64 barrettes associé à tout un panel de techniques permettant de préciser au cas par cas les lésions ambiguës.»

Ce scanner, acquis par le CHU en 2006, est le seul en France à être dédié à la

cardiologie et géré par des cardiologues. Si bien que son activité cardiologique est une des plus importantes du territoire national, avec près de 1 500 examens par an. Fort de cette activité, le service participe à l'enseignement théorique et assure la formation pratique à l'utilisation du scanner 64 dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire (Brest – Angers – Poitiers) sur l'imagerie en coupe.

Permettant de visualiser l'ensemble des structures cardiaques, cet appareil permet d'éviter, dans certains cas, un examen plus invasif qu'est la coronarographie.

Cependant, avec 1 400 actes réalisés en 2008, cette dernière reste un examen très pratiqué, notamment parce qu'il permet à la fois de visualiser et de traiter, en pratiquant une angioplastie par exemple. Dans ce domaine de l'imagerie invasive, le service de cardiologie a développé une pratique d'insertion d'une microsonde d'échographie dans les artères coronaires qui permet d'évaluer très précisément les plaques d'athéromes. Les praticiens ont aussi mis en place une méthode d'insertion d'un microguide pression en aval d'une sténose dans la coronaire pour en mesurer immédiatement le retentissement.

«Ces différents types d'explorations sont extrêmement complémentaires notamment pour comprendre et évaluer les lésions des artères coronaires. Il y a en outre une grande complémentarité des différents intervenants qui sont en mesure de réaliser à la fois des techniques non invasives et invasives», précise le Dr Christiaens.



Scanner à 64 barrettes

Dans les nouveautés du plateau technique non sanglant ou non invasif, notons que le service a fait l'acquisition en 2008 d'un lit d'examen équipé d'un pédalier permettant de faire un test d'effort tout en réalisant une échographie cardiaque. *«C'est très intéressant pour évaluer la sévérité des valvulopathies et mesurer l'impact de l'effort sur ces dernières.»* Autre nouvelle pratique : l'échocardiographie de stress. Cette échographie du cœur se fait après injection de dobutamine pour simuler un effort physique. Elle permet de dépister et d'évaluer les cardiopathies ischémiques. Enfin, l'échographie cardiaque passe en trois dimensions avec l'acquisition en 2009 d'un échocardiographe permettant la visualisation en temps réel de structures cardiaques en trois dimensions.

Ablation par radiofréquence

Depuis 2008, grâce à l'acquisition d'un appareil de cartographie repérant l'activité électrique des

Un centre de prévention d'excellence

Dirigé par le Dr Philippe Sosner, le centre de prévention des maladies cardiaques et vasculaires est installé au 1^{er} étage du pavillon Beauchant. Créé en 2002, ce centre a pour but de limiter le nombre d'accidents vasculaires en agissant sur les mauvaises habitudes de vie, les facteurs de risques modifiables. Philippe Sosner reçoit tous les patients que lui envoient ses collègues du CHU mais également les médecins de ville. Cela représente près de 1 500 personnes reçues pour l'essentiel en consultation, le reste en hôpital de jour. Le centre de prévention a été labellisé centre d'excellence avec 8 autres centres français par la Société européenne d'hypertension. C'est le seul de toute l'interrégion ouest.

«Nous recevons deux types de patients. Je place dans la première catégorie ceux qui ne présentent pas de symptômes mais qui cumulent les facteurs de risques. Dans ce groupe, nous identifions les patients cumulant trois ou plus de trois facteurs de risques auxquels nous faisons passer un examen de dépistage de la plaque athéromateuse.» Cette prévention primaire comprend de plus des examens cliniques, un ECG, un bilan biologique ainsi qu'un questionnaire sur les antécédents familiaux et les habitudes de vie. Le Dr Sosner établit ainsi un profil de risque cardiovasculaire et fait un certain nombre de recommandations. *«C'est du sur-mesure.»*

«La deuxième catégorie comprend les patients ayant déjà eu un accident, par exemple un infarctus. Ces derniers sont soumis à un doppler de la carotide et des artères des membres inférieurs pour dépister d'éventuelles autres localisations de l'athérome.»

Malheureusement, les chiffres de l'obésité n'augurent rien de bon dans le développement des maladies cardiovasculaires. *«La prévention dans ce domaine aurait besoin d'un engagement politique et financier au moins aussi important que la prévention routière pour contrer l'inertie des habitudes de vie»,* se désole Philippe Sosner.

Bien accueillir les patients

Bien accueillir un patient, c'est répondre à son besoin d'information mais aussi faire preuve de multiples attentions qui, mises bout à bout, contribuent à réduire l'anxiété des patients. *«Ces attentions, explique Joséfa Rubert, cadre de santé, tiennent à peu de choses : que les infirmières, par exemple, se déplacent pour accueillir les patients, qu'elles se présentent par leur nom et expliquent leur rôle, qu'elles s'assurent de l'accessibilité des télécommandes dans la chambre...»* Voici plus de cinq ans que Joséfa Rubert et Odile Marquet, qui est aujourd'hui à la retraite, ont défini toutes ces composantes d'un bon accueil et les ont intégrées à un protocole appliqué dans le pôle cœur-poumons. Ce protocole a donné naissance à un livret d'accueil très complet présentant le pôle et ses activités. Comme le résume Joséfa Rubert,

«c'est très compliqué pour les patients qui sont fragilisés et en position horizontale de solliciter les "verticaux" qui, de plus, sont en charge de leur bien-

être». Aussi, plus l'information est à portée de main, plus le patient s'y référera facilement. Il sera moins désorienté et moins anxieux.



In english please

Au vu de l'augmentation du nombre de patients anglais et dans une démarche d'approche thérapeutique efficace lors de l'entretien, le service médico-chirurgical de cardiologie envisage de dédier une consultation par mois à ces patients.

Un pôle global vasculaire pour 2012

Devant l'augmentation certaine à venir du nombre de personnes affectées par des pathologies vasculaires, le CHU a intégré dans son projet d'établissement un projet d'ampleur de pôle neuro-cardio-vasculaire. *«Il s'agira de rassembler toutes les technologies et les compétences pour la prise en charge des maladies vasculaires, indique le Pr Joseph Allal, qu'elles concernent le cerveau, les jambes, le cœur, pour pouvoir bien sûr répondre à ce défi épidémiologique mais aussi continuer notre course contre le temps. En effet, dans le cas des maladies vasculaire, améliorer la prise en charge, c'est avant tout pouvoir la faire toujours plus rapidement.»*

Ce projet devrait voir le jour en 2012 avec un coût de travaux estimé à 55 M€. Ce pôle neuro-cardio-vasculaire devrait être bâti dans le prolongement du satellite Jean Bernard.



Accepter un cœur mécanique

Trois mois après la pose d'un défibrillateur, une grande majorité de patients développent des troubles anxieux. Beaucoup n'acceptent pas que leur vie dépende d'une machine. A l'inverse, plus rarement, certains développent des sentiments de toute puissance. Il y a 8 ans, quand le psychiatre Nematollah Jaafari et le Dr Alain Amiel ont commencé à se pencher sur le problème, ils ont mis au jour le fait que, au bout d'un an de pose d'un défibrillateur, 20% des patients étaient déprimés. Sur 200 patients porteurs d'un défibrillateur, 4 se sont suicidés. *«Au vu des ces données, nous avons obtenu de conduire un programme de recherche clinique pour évaluer l'impact d'une prise en charge psychothérapeutique sur la qualité de vie des patients»,* explique le Dr Jaafari. Un réseau d'aide des porteurs de défibrillateurs a aussi été créé. Les «anciens», ceux qui portent un défibrillateur depuis longtemps, viennent rencontrer

les «nouveaux». *«Nous avons observé une baisse de 30% de l'anxiété.»* Le psychiatre est en train de finaliser un livre pour aider les porteurs à faire face à leur défibrillateur.

Le Dr Jaafari a également établi que – une publication devrait sortir bientôt – certaines personnalités (très stressées par exemple ou toujours actives) pouvaient prédisposer à la survenue d'un infarctus. Il précise également que, après un tel accident, le soutien psychologique est très important car un patient déprimé est moins motivé pour se sentir mieux et observe avec moins de rigueur ses prises de médicaments.



veines, les docteurs Le Gal et Degand peuvent traiter la fibrillation auriculaire en procédant à une ablation par radiofréquence. La fibrillation auriculaire touche 10 % des personnes âgées de plus de 80 ans et le vieillissement de la population devrait faire progresser le nombre de personnes affectées d'environ 1 000 nouveaux patients par million d'habitants. Cette affection provoquant un rythme cardiaque irrégulier et rapide est due à une désorganisation de l'activité électrique du cœur rendant inefficace la vidange de l'oreillette. Il existe deux types de fibrillation : la fibrillation paroxystique et la permanente. Les deux peuvent être résolues par radiofréquence mais pour l'instant le service de cardiologie ne traite que la fibrillation paroxystique avec un taux de réussite du soin définitif de 90%. Le principe est d'isoler les veines pulmonaires, sources de l'arythmie. Pour ce faire, le médecin monte des cathéters par les veines jusqu'à l'oreillette droite. Il perfore la membrane foramen ovale pour aller dans l'oreillette gauche. Et, avec la radiofréquence, sorte de bistouri électrique, il cautérise les orifices des veines pulmonaires. En 2008, 220 patients ont ainsi été traités dans le service de cardiologie.

Chirurgie cardiaque

Trois chirurgiens exercent au sein du service de cardiologie, seul centre de la région à opérer le cœur. Le service est donc le centre de recours et à ce titre prend à sa charge toutes les opérations de dilatation à haut risque. Ils réalisent plus de 500 opérations du cœur chaque année concernant pour plus de la moitié (55%) la réalisation de pontages coronariens et, à 40%, des réparations ou des remplacements de valves. Le service de cardiologie de Poitiers ne fait pas de transplantations cardiaques, en revanche les chirurgiens posent des ventricules artificiels externes pour les patients ayant fait un infarctus et ayant besoin en urgence d'une oxygénation et d'une augmentation de la pression dans le sang. *«Ces assistances cardiaques artificielles permettent de donner du temps au patient comme au médecin»,* note le Pr Pierre Corbi.

Les chirurgiens cardiaques du service ont développé ces dernières années plusieurs techniques visant toujours la qualité et le confort du patient. Depuis une dizaine d'années, certaines opérations sont menées à cœur battant pour minimiser certains risques opératoires. Les praticiens peuvent aussi poser des prothèses valvulaires aortiques en faisant des incisions d'à peine 8 centimètres dans le thorax. L'équipe de Poitiers a également mis au point la possibilité de réaliser trois pontages à partir des deux artères mammaires internes. Ils ont aussi privilégié la réparation de la valve mitrale plutôt que son remplacement par une prothèse. *«En effet, les prothèses biologiques n'ont qu'une durée de vie limitée tandis que la mise en place d'une prothèse mécanique exige la prise d'anticoagulants pendant toute la durée de vie. La réparation de la valve est donc préférable pour le confort de vie et la diminution des risques de complications»*, explique Pierre Corbi en ajoutant que *«cependant, quand la pose d'une valve biologique s'impose, cela se fera certainement, c'est à l'étude,*

par une chirurgie mini-invasive : ces valves seraient amenées pliées via l'artère fémorale ou la pointe du cœur et se déploieraient à l'endroit souhaité...».

Si besoin est, les chirurgiens peuvent aussi agir sur les troubles du rythme cardiaque avec l'application de pinces de radiofréquence autour du cœur. C'est une illustration supplémentaire d'un des aspects originaux du service de cardiologie du CHU de Poitiers : le regroupement des prises en charge médicales et chirurgicales alliées à la proximité optimale de toutes les spécialités induisent naturellement une complémentarité et une optimisation des actes.

«Aussi, conclut le Pr Joseph Allal, la qualité de la prise en charge assurée par le service médicochirurgical de cardiologie du CHU de Poitiers repose à la fois sur de réelles discussions pluridisciplinaires s'appuyant sur un plateau et des équipements d'une très haute technicité ; c'est aussi grâce à des équipes faisant preuve d'humanisme que le pôle poursuit son axe d'amélioration de l'accueil des patients.» ■

Les contacts à connaître

Urgences cardiologiques
(admissions)
05 49 44 46 27

Infirmière coordinatrice,
Claudie Fleurisson
05 49 44 37 27

Scanner
05 49 44 37 29

Cardiologue de garde
05 49 44 41 32

Comprendre sa maladie pour vivre plus longtemps

En France, entre 600 000 et un million de personnes ont un cœur qui ne peut plus effectuer correctement son travail de pompe et n'assure plus un débit sanguin nécessaire au bon fonctionnement des organes. C'est l'insuffisance cardiaque. Cette affection présente un taux de morbi-mortalité très important avec en moyenne une à deux réhospitalisations par an. Mais des études américaines et nordiques ont montré qu'on pouvait faire diminuer la morbidité de 30% à 50% après une prise en charge éducative et un suivi.

De fait, en 2004, à l'initiative du Pr Allal, une des premières cellules d'éducation thérapeutique française a été créée au CHU de Poitiers : le réseau d'aide à domicile de l'insuffisance cardiaque, le Radic. Le Dr Benoît Lequeux en est le cardiologue référent et Christian Bobier l'infirmier coordinateur. Ses objectifs : améliorer la qualité de vie des insuffisants cardiaques en leur proposant un programme d'éducation thérapeutique adapté à leur pathologie, à leurs habitudes de vie et à leur environnement. Le Radic organise aussi la prise en charge des patients en optimisant le parcours de soin entre le secteur hospitalier et libéral.

A ce jour, environ 440 patients ont été suivis par le réseau. Après une synthèse des connaissances du patient concernant l'insuffisance cardiaque, le traitement, le régime alimentaire et l'activité physique, le programme d'éducation vise à permettre au patient d'adapter son comportement à sa maladie pour en limiter les complications.

Les axes de recherche en cardiologie

Le service participe à de nombreuses recherches. L'ensemble des cas traités et recensés en imagerie a permis par exemple d'étudier les volumes de l'oreillette gauche ou les naissances anormales de coronaires. En collaboration avec le laboratoire de dynamique des fluides, le service de cardiologie s'est servi des mesures faites avec le scanner pour réaliser un modèle expérimental de bifurcation artérielle coronaire. *«En effet, explique le Dr Christiaens, la morphologie de l'artère contribue à la formation des plaques d'athérome.»*

Autre axe de recherche : près de 20% des patients ne réagissent pas aux anticoagulants plaquetaires comme l'aspirine. Comment faire ?

«Nous allons également nous rapprocher de l'Institut de physiologie et de biologie cellulaire (CNRS-Université de Poitiers) pour étudier des axes communs comme la fibrillation auriculaire.»

En chirurgie, le service de cardiologie du CHU de Poitiers collabore avec l'hôpital Harefield de Londres sur le thème de la réparation valvulaire. Ces études sont publiées dans des revues internationales.

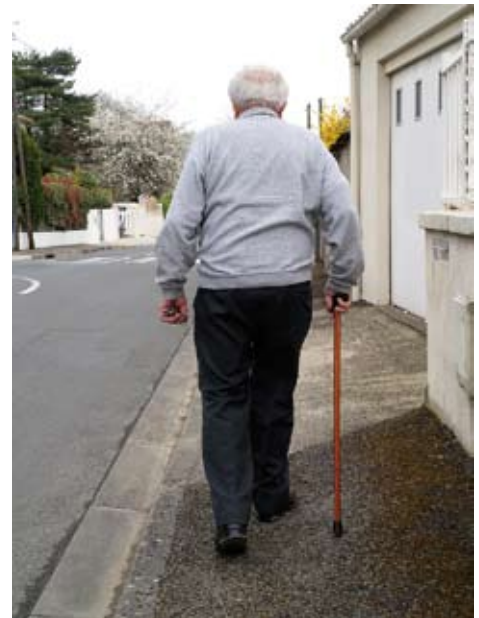
Vers des actions de prévention de la chute à domicile ?

Véritable problème de santé publique, la chute est la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. Six CHU, dont Poitiers, mènent actuellement une étude nationale sur l'intérêt médico-économique d'une stratégie d'évaluation des risques de la chute à domicile. Entretien avec le professeur Gilles Kemoun, chef du service de médecine physique et réadaptation, initiateur de cette étude.

CHU Magazine – Qu'est-ce qui a motivé cette étude nationale ?

Pr Gilles Kemoun – Avec un coût estimé à 1% des dépenses de santé, soit 1,7 milliard d'euros, la chute des personnes âgées constitue un véritable problème de santé publique. Les prévisions estiment le nombre des plus de 65 ans à 10 millions en 2010. Alors qu'un tiers de ces derniers et la moitié des plus de 85 ans sont concernés par le risque de chute, la situation apparaît des plus préoccupantes. Si des réponses au problème de la chute sont apportées, comme la mise en place il y a 4 ans au CHU d'une consultation pluridisciplinaire de la chute, elles ne sont pas suffisantes. Il est nécessaire pour être efficace d'avoir une approche de prévention à domicile. Ceci pour deux raisons : les patients n'ont pas les mêmes comportements posturographiques à la maison qu'à l'hôpital et les facteurs environnementaux (meuble pas adapté, sols glissants, fil de téléphone en travers de la pièce...) ont un impact énorme sur la chute. Ils représentent 40 % des risques.

Cette analyse est le fruit de mes travaux de recherche menés depuis 15 ans sur le sujet, mais elle s'appuie aussi sur un projet, intitulé Padchute, que je conduis en parallèle de mon action au sein du CHU. Le concept consiste à mettre en place de façon pérenne une équipe pluridisciplinaire mobile de prévention à domicile, en déplaçant notamment une technologie, la postu-



rographie, d'ordinaire utilisée en structure hospitalière, afin de réduire toutes les conséquences directes et indirectes de la chute. Depuis trois ans, 100 patients ont profité de ce programme. Au bout d'un an, seulement 10 % de nos patients ont de nouveau chuté. Fort de ces premiers résultats, je suis allé voir le ministère de la Santé et des Sports, l'Assurance maladie, des assurances privées... de façon à envisager, sur ce principe, une action à plus grande échelle. Et, à chaque fois, tous m'ont répondu : «*Est-ce que c'est rentable ?*» Ne pouvant m'appuyer que sur de la littérature anglo-saxonne, une étude française s'avérait nécessaire.

Pr Gilles Kemoun





Les kinésithérapeutes accompagnent les patients dans des tests d'équilibre.



Concrètement, comment est mise en œuvre cette étude ?

Cette étude, dont le CHU de Poitiers est le promoteur, s'inscrit dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique national. Cinq autres CHU y participent : Nancy, Saint-Etienne, Nîmes, Lille et l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Concernant le CHU de Poitiers, nous allons suivre, en lien avec le service gériatrie, 100 patients¹ qui seront répartis en deux groupes. Les patients du premier groupe vont recevoir, pendant un an, l'ensemble des préconisations du programme. Nous allons réaliser des évaluations de chaque sujet : médicale, des pathologies surajoutées, des fonctions motrices, des capacités de marche et de posture, mais aussi une évaluation de l'environnement matériel et architectural. A chaque point nous apporterons des actions correctives de nature médicale (ophtalmologie, pédicure, nutrition, kinésithérapie, modification des traitements médicamenteux,

activités physiques adaptées...), fonctionnelle, mais aussi de sécurisation de l'environnement. Quant aux sujets du second groupe, ils ne feront l'objet d'aucune préconisation. L'idée est ainsi de comparer dans le temps le gain thérapeutique et financier de l'action de prévention.

Quand seront connus les premiers résultats ? Et s'ils sont positifs, sur quoi débouchera cette étude ?

Les premiers résultats, qui feront l'objet de publications, seront révélés en 2011. S'ils s'avèrent positifs, l'objectif sera de faire valider, par les autorités de tutelle, le concept de la mise en place d'actions de prévention à domicile et, comme cela a pu être fait pour le plan Alzheimer, de centrer des moyens sur les patients. Ce qui se concrétisera bien évidemment dans le cadre d'un réseau comprenant tous les acteurs présents auprès des personnes âgées : les équipes médicosociales, les médecins généralistes, les collectivités locales... ■

¹ Les sujets ont été identifiés dans le cadre d'une convention passée avec l'association des Aînés ruraux de la région.

Nouvelle école de chirurgie : simuler pour mieux former

Après Paris et Nice, Poitiers vient d'ouvrir une école de chirurgie. Son objectif : former les jeunes chirurgiens aux gestes fondamentaux par le biais, entre autres, d'outils simulant des interventions dans les conditions du bloc opératoire.

En matière de formation assistée par ordinateur, on connaissait les simulateurs de pilotage d'avion ou encore d'entraînement de tir pour l'armée. Eh bien, le monde chirurgical, grand consommateur d'image 3D, a décidé d'aller lui aussi sur le terrain de la simulation afin de former, au sein d'écoles de chirurgie, les futurs chirurgiens. Ils ne sont toutefois que quelques établissements en France à pratiquer cette nouvelle forme d'apprentissage. Le CHU de Poitiers fait dorénavant partie de ceux-là. Il vient d'ouvrir, en décembre dernier, son école de chirurgie.

« Cette école s'inscrit dans la nécessaire évolution de l'enseignement des internes en chirurgie, souligne le Pr Jean-Louis Kraimps, directeur de l'école. Et ce pour deux raisons principales. La première est d'ordre organisationnel. Ces dernières années, le nombre d'internes en chirurgie a augmenté de façon importante pour

celles-ci atteignent près de vingt personnes comme nous avons eu ces dernières années, cela devient très compliqué et nécessite un temps d'occupation des salles d'opération beaucoup trop important. » L'autre raison est de nature plus éthique. « L'image parfois caricaturale que des internes se "font la main sur des malades" passe difficilement auprès de la population. Il était donc nécessaire de sortir des blocs opératoires une partie de cet enseignement pratique. »

Les bons gestes et les bons réflexes

L'objectif de l'école est ainsi de renforcer leur apprentissage des techniques chirurgicales en offrant, au sein d'un espace spécifique, des outils leur permettant d'acquérir, en amont des interventions en bloc, les bons gestes et les bons réflexes.

Ce qui se traduit dans les faits par l'organisation d'ateliers pratiques. « En effet, le principe de l'enseignement est de faire travailler un ou deux internes sous l'œil d'un chirurgien senior, sur des petits ateliers techniques simples, portant par exemple sur la suture, ou plus sophistiqués avec l'utilisation d'appareils d'entraînement à la cœlioscopie (pelvi-trainer), ou encore d'un simulateur chirurgical assisté par ordinateur (un pelvi-trainer couplé à un ordinateur). »

Ce dernier, prêté par l'industrie pharmaceutique pour deux mois, mais qui devrait à terme être à demeure au CHU, intègre des programmes d'entraînement de gestes techniques ou de véritables interventions chirurgicales.

Face à un écran, en ayant en main les mêmes outils que ceux utilisés en bloc opératoire, l'élève peut, par exemple, pratiquer l'ablation d'une vésicule. L'image est fidèle à la réalité jusqu'à simuler les saignements en cas de rupture d'un vaisseau. Et au toucher, l'utilisateur ressent le retour d'effort. Tous



A gauche, le Pr Jean-Louis Kraimps.

répondre à un déficit de démographie. Il faut savoir que l'enseignement pratique des internes fonctionne par compagnonnage. C'est en situation, en salle d'opération que le praticien confirmé transmet son savoir à l'étudiant. Lorsque les promotions ne comptaient que quatre ou cinq internes, il était facile d'assurer cette mission. Mais quand

les actes effectués par l'élève sont pris en compte par la machine, qui restitue, à la fin de la manipulation, une fiche récapitulative. L'intérêt est ensuite que le chirurgien senior puisse lui expliquer ses erreurs et préciser les bons gestes pour y remédier.

Un diplôme universitaire de technique chirurgicale

L'école accueille aujourd'hui plus de quarante internes et concerne toutes les spécialités. *«Le souhait est que l'enseignement proposé par l'école s'inscrive dans le tronc commun du diplôme d'évaluation spécialisé (DES) qu'il est nécessaire d'obtenir pour poursuivre en diplôme d'évaluation spécialisé des compétences (DESC), poursuit Jean-Louis Kraimps. Aussi j'ai demandé qu'il y ait un programme pédagogique de base pour chaque spécialité. Si un interne en orthopédie, par exemple, se retrouve confronté à une artère endommagée, il doit savoir la réparer. Faire une suture vasculaire, faire un nœud... Autant de techniques qui font partie de la culture générale du chirurgien.»*

Ce qui devrait d'ailleurs déboucher pour l'année prochaine sur un diplôme universitaire de technique chirurgicale. Ce ne sera qu'à partir du moment où l'élève aura validé cet enseignement pratique qu'il pourra passer à une autre étape de son enseignement : entraînement sur des animaux (dans le cadre du partenariat avec le laboratoire de chirurgie expérimentale de Surgères) puis interventions au bloc opératoire.

Mais à côté de ce caractère obligatoire, le souhait est, aussi et surtout, que les élèves aillent quand ils le souhaitent s'entraîner sur ces différents outils. *«A n'importe quel moment de la journée ils peuvent récupérer la clé de l'école qui se trouve à l'accueil de la tour Jean Bernard pour aller travailler leur technique par petit groupe, accompagnés d'un praticien expérimenté.»*

Des développements possibles

Si l'école s'adresse en priorité à la formation initiale des internes, celle-ci n'est toutefois pas fermée à d'autres publics. Elle vient d'ailleurs d'ouvrir ses portes à près de 80 étudiants en médecine dési-



Exercices sur des pieds de cochons.

reux d'apprendre des actes chirurgicaux de base comme faire une suture ou un lambeau. *«En tant qu'externes, ils seront tous amenés lors de leur garde d'urgence à faire de la bobologie. Ce n'est donc pas plus mal qu'ils découvrent en amont les petits actes qu'ils seront tôt ou tard susceptibles de réaliser.»*

Et d'ores et déjà d'autres développements de l'école pourraient être envisagés comme assurer la formation continue des praticiens de la région en activité pour l'apprentissage de techniques nouvelles ou proposer des enseignements dans le cadre de la formation chirurgicale continue. *«Tout est envisageable. A chaque spécialité de s'emparer de cet outil, à l'image du professeur Fabrice Pierre du service gynécologie-obstétrique qui va organiser en 2010 un cours national en gynécologie au sein de l'école», conclut Jean-Louis Kraimps. ■*

L'école : une plate-forme de trois structures complémentaires

Située au 1^{er} étage du pavillon Camille Guérin, l'école de chirurgie, dirigée par le Pr Jean-Louis Kraimps et initiée par le CHU de Poitiers et la Faculté de médecine et de pharmacie, s'intègre dans une plate-forme qui repose sur l'action de deux autres structures complémentaires : le laboratoire d'anatomie, situé à la Faculté de médecine et de pharmacie (professeur Jean-Pierre Richer), et le laboratoire de chirurgie expérimentale de Surgères (professeur Thierry Hauet).

L'école (dont l'enseignement est notamment encadré par le professeur Jean-Pierre Richer, le docteur Jérôme Cau et le docteur Thibault Desurmont) comprend actuellement deux salles où sont réalisés les ateliers, ainsi qu'une salle de réunion.

Mobilisé contre la douleur

Depuis mi-avril, le centre d'étude et de traitement de la douleur a intégré de nouveaux locaux plus spacieux. Ce déménagement lié à une hausse de l'activité, s'accompagne de nouveaux moyens, d'un changement de pôle d'activité et de la structuration d'un réseau régional de traitement de la douleur.

Avec près de 6 000 patients pris en charge chaque année, le centre d'étude et du traitement de la douleur du CHU manquait cruellement de place. Depuis mi-avril, celui-ci a déménagé au sein du pavillon Le Blaye. De quatre lits d'hospitalisation de jour, le centre est passé à 10. Et les effectifs en personnel ont été renforcés. Les interventions des médecins sont passées à deux équivalents temps plein, l'unique poste d'aide-soignante a été complété par deux nouvelles recrues et une nouvelle secrétaire à temps partiel a intégré l'équipe.

Créé en 1989, ce centre, qui répond à une labellisation nationale – regroupement au sein d'un même lieu des consultations, d'un plateau technique, des lits d'hospitalisation, des activités d'enseignement et de recherche –, a très vite vu son activité croître. *«Il y a quelques années, certains médecins considéraient la douleur comme normale et inhérente à la maladie. Aujourd'hui bon nombre d'entre eux ont pris conscience de la nécessité de lutter contre la souffrance, souligne le docteur Bakari Diallo, responsable du centre de traitement de la douleur. Nous avons, pour ce faire, mené un important travail de formation et d'information auprès des médecins généralistes.»* Et le centre récolte aujourd'hui les fruits de 20 ans de ce travail sans trêve. *«70 % des patients qui viennent au centre sont adressés par des médecins généralistes qui se trouvent sans réponse face à la persistance de la douleur de leur patient et pour qui les thérapeutiques antalgiques habituelles se révèlent insuffisantes ou inefficaces.»*

Un centre multidisciplinaire

Le centre traite principalement les douleurs chroniques. Elles peuvent avoir

diverses origines : migraine, lombalgie, douleur rhumatologique, neurologique ou liées à certaines maladies comme le cancer ou le sida.

Pour la plupart des patients atteints de ces douleurs, qui sont à la fois physiques et psychiques, il n'y a, malheureusement, aucun espoir de guérison. En offrant une approche diversifiée et complémentaire, du fait de la multidisciplinarité du centre, les médecins s'efforcent de soulager la douleur et d'améliorer la qualité de vie des patients.

La première étape lorsque le patient passe la porte est d'abord un travail d'écoute. *«Nous sommes très souvent leur dernier recours. Le traitement démarre dès l'accueil en prenant le temps de les recevoir.»* En fonction des premières informations fournies, le patient sera envoyé vers le médecin le plus à même, selon sa spécialité, de répondre à la douleur perçue. Une première consultation, menée soit par le médecin soit par une infirmière, permet une analyse sommaire de la douleur, de la zone, si elle est intermittente ou lancinante, et d'évaluer son intensité. Pour cela les personnels de santé s'aident d'une réglette qui classe la douleur de 1 à 10 et qui permet tout au long du traitement d'évaluer son efficacité. D'autres paramètres sont également pris en compte notamment l'incidence de la douleur sur la vie quotidienne d'un point de vue pratique, social, financier, affectif ou encore relationnel. *«L'histoire*

Dr Bakari Diallo



Une équipe multidisciplinaire

Le centre de traitement de la douleur regroupe des spécialités très diverses mais complémentaires : médecine de la douleur, anesthésie-réanimation, soins palliatifs, homéopathie-acupuncture, psychiatrie-psychothérapie, rhumatologie-médecine manuelle, hypnose, nutrition, sophrologie. Sept médecins interviennent ponctuellement au centre en plus du docteur Diallo à temps plein dans la structure.

de la personne est très importante, précise Christine Maillet, infirmière spécialisée traitement de la douleur et soins palliatifs. *Recueillir toutes les informations demande parfois plusieurs entretiens car certains patients ont du mal à se confier, parce que ce n'est pas le bon moment ou la bonne personne. D'où l'importance de ce travail d'équipe.*»

Soulager 95 % des douleurs

L'arsenal thérapeutique à la disposition du centre est très large. Il y a tout d'abord les antalgiques simples. *«Certains patients n'en ont jamais pris avant de venir ici ou ils les ont mal pris,* ajoute le docteur Lorraine Misbert, spécialisée traitement de la douleur et soins palliatifs. *Nous avons ensuite des choses plus puissantes comme les morphiniques.*» Si la douleur est de nature neurogène, les médecins ont recours aux antidépresseurs ou aux antiépileptiques. Pour les aider dans leur tâche, de nombreux médicaments connaissent de vraies évolutions notamment en terme d'administration. Ils peuvent prendre la forme de patchs, de sprays, de formulations transcutanées. Principaux avantages : des réactions plus rapides et des effets secondaires moindres.

Lorsque ces différents médicaments n'apportent pas une réponse suffisante, les médecins peuvent envisager des gestes spécifiques qui font appel à des anesthésistes : péridurale antalgique, infiltration rhumatologique, bloc stellaire... Puis à côté de ces traitements conventionnels, le centre est également en mesure de proposer des thérapies alternatives complémentaires : l'homéopathie, l'acupuncture, la sophrologie ou encore l'hypnose.

«En sophrologie, par exemple, le but est que la personne ne s'intéresse pas qu'à sa zone douloureuse mais qu'elle ait un regard global sur elle, explique Annette Gou-

ne pas laisser la douleur s'installer. Plus la prise en charge est rapide, plus les traitements sont efficaces.» Ce qui est particulièrement vrai concernant les douleurs liées



aux cancers, qui représentent près de 80% des cas traités par le centre. *«Une prise en charge précoce, avec des traitements bien ciblés, permet d'améliorer la qualité de vie des patients, de mieux lutter contre la maladie et d'accepter parfois des traitements anticancéreux très lourds.»*

geon, infirmière et sophrologue. *Je leur apprend à respirer, à diminuer la tension musculaire et à accepter de lâcher prise, ce qui n'est pas toujours facile.*» Parfois les résultats de ces techniques alternatives peuvent être impressionnants : *«En hypnose, nous partons du principe que chacun a en soi les moyens de réparer ce qui ne va pas,* précise le docteur Diallo. *L'hypnose permet certaines fois de trouver le chemin de la guérison.»*

Ce type de traitement n'est bien évidemment pas mis en place d'emblée. Il faut qu'un climat de confiance se soit instauré entre le médecin et le patient. *«Ce sont eux qui nous guident vers ces techniques, il est nécessaire qu'ils soient réceptifs et coopératifs.»* Il faut souligner d'ailleurs que deux autres spécialités devraient faire leur entrée au centre : la mésothérapie et la rééducation fonctionnelle.

Cette conjonction de traitements et de spécialités permet aujourd'hui de soulager 95 % des douleurs. La prise en charge peut aller d'un simple rendez-vous à un suivi sur plusieurs années. Mais à chaque fois l'objectif est le même : offrir une meilleure qualité de vie. *«Dans ce combat contre la douleur, il y a un point essentiel : il est important de*

Le centre a une expertise de plus de 20 ans dans cette pratique.

Intégration au sein du pôle neurosciences, locomoteur et vasculaire

Le déménagement du centre dans un endroit plus visible mais aussi mieux équipé s'inscrit dans cette volonté d'être toujours plus à l'écoute de ceux qui souffrent. Mieux structuré, le centre veut également s'engager dans un autre gros chantier : fédérer au niveau régional un vrai réseau transversal de la douleur, à l'instar de celui de cancérologie. *«Des associations existent au niveau local, les Ailes de la douleur, Interregion centre-ouest de la douleur, puis il y a au sein des hôpitaux des unités du traitement de la douleur à La Rochelle, Saintes, Angoulême, ainsi que des consultations à Bressuire. Le souhait est de créer des interfaces entre l'ensemble de ces structures pour proposer, à n'importe quel endroit du territoire régional, la même qualité de prise en charge que celle offerte au CHU»,* conclut le docteur Diallo. ■

L'identito-vigilance : pourquoi, comment ?

L'identito-vigilance a pour but d'anticiper les erreurs et risques qui pourraient découler d'une mauvaise identification des patients. Deux ans après avoir engagé une réflexion sur ce sujet, le CHU s'est structuré en constituant une cellule d'identito-vigilance, en désignant un référent et en mettant en place des outils tels que le bracelet personnalisé.

Au sein de l'hôpital, la prise en charge a considérablement évolué ces dernières années. Le parcours d'un patient est aujourd'hui rythmé par l'intervention d'une multiplicité d'acteurs médicaux. De plus, la durée d'hospitalisation diminue quand le nombre de patients augmente. Ce flux croissant de personnes implique des garanties d'identification toujours plus drastiques ainsi que le préconisent les instances nationales, la Haute autorité de santé, ainsi que les assureurs responsabilités civiles. Ces recommandations ont conduit le CHU à engager une réflexion sur l'identito-vigilance désormais inscrite au sein du projet d'établissement 2008-2012 et dans la politique de gestion des risques. «Le premier enjeu est d'assurer la bonne identification des patients de leur arrivée jusqu'à leur sortie de l'hôpital», explique Céline Biche, directrice déléguée à la qualité et à la gestion des risques.

Le bracelet personnalisé est l'un des moyens supplémentaires pour sécuriser cette identification. Prenons le cas d'une opération programmée. Le dossier administratif est préparé en amont afin qu'il soit déjà prêt le jour de l'admission dans l'hôpital du patient, ce qui représente pour ce dernier un confort et un gain de temps. Lors de cette entrée, le personnel soignant propose au patient un bracelet à code-barres qui est édité après vérification de l'exacti-

tude des données. Il comporte l'ensemble des informations du patient qui permettront par la suite au personnel du bloc opératoire de vérifier facilement l'identité de la personne placée sous anesthésie. Ce bracelet a été testé pendant six mois dans deux



services (ORL, ophtalmologie) et dans l'unité de chirurgie ambulatoire. Son accueil par les patients et son impact sur la prise en charge ont été jugés positifs. Il a donc été décidé de sa généralisation en médecine, chirurgie, obstétrique dans le cadre du court séjour. La fiche de liaison est un autre des outils mis en place dans le cadre de la réflexion sur l'identito-vigilance. Ce document s'apparente à la check-list utilisée dans le domaine de l'aviation et doit être validé à la

fois par le service d'hospitalisation puis au niveau du bloc opératoire avant l'intervention chirurgicale. Cette fiche permet de tracer les informations concernant le patient telles que son identité et le côté à opérer.

A l'échelle du CHU, la sécurisation de telles données s'est structurée récemment à travers la désignation d'un référent en la personne de Véronique Péronnet, et la constitution d'une cellule d'identito-vigilance (CIV) pluridisciplinaire. Équivalente d'un comité de pilotage, cette cellule travaille sur toutes les zones potentielles de dysfonctionnement relatif à l'identité dans la chaîne de prise en charge du patient via la définition et la création de règles de vérification. «Notre rôle est de fiabiliser les savoir-faire. Il s'agit notamment de mettre en place des protocoles portant sur la création d'un identifiant afin d'éviter les doublons», résume Véronique Péronnet. L'identito-vigilance implique une formation régulière du personnel sur des actions précises telles que la saisie des mouvements.

«Cette sécurisation des données participe à l'évolution du système d'information de l'hôpital, qui induit une nouvelle organisation de l'établissement», estime Céline Biche. Le développement de cette culture favorise une meilleure réactivité tant sur l'occupation des lits que sur la gestion de la prise en charge. De tels dispositifs vont jouer un rôle accru dans le cadre des échanges entre hôpitaux. «L'idée est désormais de travailler ensemble pour disposer d'informations d'un même degré de fiabilité et de sécuriser ainsi leurs échanges.» Des perspectives s'ouvrent pour la télémédecine, prélude à des interventions où le chirurgien n'a plus de contact physique avec le patient. ■

Consultanat du professeur Bertrand Becq-Giraudon et du professeur Jean-Louis Fauchère



Pr Becq-Giraudon

Le conseil d'administration du CHU de Poitiers a délibéré favorablement en faveur de la demande de consultanat présentée par les professeurs Bertrand Becq-Giraudon du service de médecine interne, maladies infectieuses et tropicales du pôle medipool, et Jean-Louis Fauchère du service de bactériologie et hygiène du pôle biologie médicale. Les intéressés ont sollicité la possibilité d'exercer en qualité de consultant au CHU de Poitiers à partir du 1^{er} septembre 2009.

Le professeur Bertrand Becq-Giraudon soumet un projet en lien avec son rôle en qualité de médecin référent au sein de la direction de la qualité et de l'évaluation. Il propose de participer à la phase préparatoire de la troisième visite de certification, coordonner le recueil des indicateurs IPAQH, de venir en appui à la mise en place des contrats clinico-biologiques en cours en les élargissant à l'imagerie, de poursuivre sa participation à différentes structures institutionnelles comme le CLIN ou l'antenne de l'observatoire des risques et coordonner les vigilances sanitaires médicales.



Pr Fauchère

Le professeur Jean-Louis Fauchère pour sa part développe un projet dont la mission principale, tant sur le plan universitaire qu'hospitalier, est l'organisation régionale de la biologie. Il propose notamment, en qualité de président du comité technique régional de biologie médicale,

de mettre en place un réseau régional de télé-expertise au sein du CHU, d'organiser des opérations de formation continue et d'organiser des échanges de prestations biologiques entre les établissements.

Les nominations sont prononcées par le préfet de Région pour une durée d'une année, renouvelables sur demande des intéressés.

Mise en place du premier implant cochléaire au CHU de Poitiers

Le 11 décembre dernier, le service d'ORL du CHU de Poitiers a mis en place le premier implant cochléaire. Il s'agit d'un appareillage auditif qui transforme les sons en stimulations électriques qui peuvent être transmises directement aux fibres du nerf auditif et donner une sensation auditive alors même que l'organe sensoriel de l'audition ne fonctionne pas.

Il est constitué de deux parties :

- un stimulateur implanté par chirurgie sous la peau derrière l'oreille, invisible ;
- un processeur externe qui se place le plus souvent en contour d'oreille et qui ressemble aux appareillages acoustiques habituels.

L'implant cochléaire permet de donner une sensation auditive, mais surtout de la compréhension verbale aux patients présentant une surdité neurosensorielle bilatérale sévère pour lesquels l'appareillage auditif classique acoustique est insuffisant. L'indication concerne aussi bien les enfants que les adultes. La privation de stimuli auditifs ne doit pas avoir été trop prolongée. L'implant cochléaire constitue la seule possibilité pour un enfant né sourd profond d'accéder à une communication oraliste. Il ne contre-indique cependant pas un apprentissage d'une communication gestuelle comme la langue des signes française, qui peut rester souhaitable et parfois indispensable. La mise en place du stimulateur implantable nécessite une intervention chirurgicale sous anesthésie générale au bloc opératoire. Il s'agit d'une chirurgie de l'oreille sous microscope qui ressemble beaucoup à la chirurgie pratiquée pour les otites chroniques. L'implant cochléaire comme tout appareillage nécessite des réglages réguliers. Le premier se fait un mois après la chirurgie et à terme deux fois par an. Chez l'enfant, cet appareillage est un moyen technique qui vient donner une aide supplémentaire et un accès à l'oralité pour les enfants sourds chez lesquels l'appareillage acoustique ne le permettrait pas. Il s'intègre dans une prise en charge globale, un accompagnement orthophonique et un soutien de communication gestuelle bien plus large.



Le professeur Jacques Barbier à l'Académie de médecine

Le Pr Jacques Barbier a été élu à l'Académie de médecine le 9 décembre dernier. Il est l'un des premiers Poitevins à obtenir cette reconnaissance nationale qui l'honore et, à travers lui, les équipes avec lesquelles il a travaillé. Il fut chef de service de chirurgie viscérale au CHU de Poitiers et professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de 1965 à 1998.



Pr Barbier

Un départ et une arrivée à la Trésorerie principale

Jean-Pierre Scherb, trésorier principal du CHU de Poitiers, a été nommé à la trésorerie d'Auxerre, le 26 janvier dernier. Sa collaboration au quotidien avec les services de l'établissement a toujours été empreinte de compétence, de pragmatisme, d'efficacité et d'une grande courtoisie.

La direction lui adresse tous ses vœux de réussite dans ses nouvelles fonctions. Il est remplacé par Patrick Rady, précédemment payeur départemental de Charente-Maritime.

Renouvellement du bureau de l'internat

Depuis le 13 novembre 2008, l'équipe du bureau de l'internat est composée de : Matthieu Boisson (anesthésie-réanimation) président, Jonathan Fray (chirurgie) vice-président, Benjamin Bonnet (médecine) secrétaire général, ainsi qu'Anne Lekieffre et Charalambos Charalambous (chirurgie) respectivement trésorière et trésorier adjoint. Ils sont joignables par courriel : secretariat.simp@chu-poitiers.fr

Ophtalmologie : déménagement de l'unité d'hospitalisation

Le service d'ophtalmologie a été transféré en avril au 7^e étage, couloir D, de Jean Bernard, sur le site de la Milétrie, et a rejoint de ce fait le service d'ORL, chirurgie maxillo-faciale et audiophonologie.

Déménagements de l'équipe mobile de soins palliatifs et du centre de la douleur

L'équipe mobile de soins palliatifs, dirigée par le Dr Laurent Montaz, occupe depuis le 25 mars les locaux de l'ancien centre de recherche clinique au rez-de-chaussée de Camille Guérin, à côté de la direction qualité. Le centre de traitement de la douleur, dirigé par le Dr Bakari Diallo, a déménagé le 9 avril au pavillon René Le Blaye, dans les anciens locaux de l'oncologie-hématologie de jour. L'activité a repris le 14 avril avec un secteur de consultation et un secteur de 10 places de jour (soit 6 places supplémentaires par rapport à l'implantation à Joseph Garnier). Ces deux transferts vont permettre de commencer des travaux au pavillon Joseph Garnier, d'un montant de 300 000 euros, pour créer une unité de soins palliatifs de 10 lits qui ouvrira fin septembre 2009.

Extension de l'anatomie et cytologie pathologiques

Depuis la mi-avril des travaux d'extension et d'aménagement du service d'anatomie et cytologie pathologiques se déroulent au niveau -2 de Jean Bernard. D'un montant d'un million d'euros, équipements compris, ces travaux s'achèveront en février 2010.

Congrès annuel du groupe d'études français des Helicobacters

Le 30 janvier s'est tenu, à Poitiers, le congrès annuel du groupe d'études français des Helicobacters. Organisée par le Dr Christophe Burucoa, du service de bactériologie et hygiène, cette réunion des équipes francophones de recherche sur Helicobacter pylori et des gastroentérologues de la région a été l'occasion de présenter les avancées de la recherche sur cette bactérie qui infecte la muqueuse gastrique, à l'origine d'ulcères et de certains cancers. Cette manifestation a permis également de célébrer le départ à la retraite de deux chefs de file français de la recherche sur l'helicobacter pylori : le Pr Jean-Louis Fauchère, chef du service bactériologie et hygiène, et le Pr Agnès Labigne, chef d'unité à l'Institut Pasteur dans notre établissement.

Inauguration de l'espace de réflexion éthique

Alain Claeys, président du conseil d'administration du CHU de Poitiers, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, le professeur Joseph Allal, président de la commission médicale d'établissement, et le professeur Roger Gil ont inauguré l'espace de réflexion éthique du CHU de Poitiers, le jeudi 6 novembre 2008, en présence de Marie-Sophie Dessaulle, directrice de l'ARH, et d'une centaine de personnes.

Cet espace à vocation régionale est ouvert les mardi et jeudi, de 12h30 à 18h30, aux professionnels de santé, patients et usagers. Conformément à la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, il est «un lieu de formation, de documentation, de rencontre et d'échanges interdisciplinaires sur les questions d'éthique dans le domaine de la santé. Il fait également fonction d'observatoire régional ou interrégional des pratiques au regard de l'éthique.» L'ensemble de ces objectifs est consultable sur le site Internet du CHU de Poitiers, sous la rubrique presse en page d'accueil.

Journée européenne des droits des patients

A l'occasion de la 3^e journée européenne des droits des patients, le 18 avril dernier, une exposition itinérante sur l'émergence et l'état de ces droits a été proposée dans différents lieux du site de la Milétrie par la direction patients – santé publique en avril et mai (hall Jean Bernard, pôle régional de cancérologie, Faculté de médecine et de pharmacie).

Au niveau européen, cet événement est initié par un réseau d'associations actives dans le domaine de la santé, placé sous le haut patronage du Parlement et du Comité économique et social européens. 25 états membres de l'Union y participent.

Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers, qui s'implique quotidiennement dans la mise en œuvre et le respect des droits des patients, a choisi de relayer cette initiative pour la première fois cette année.

Bienvenue à Dominique Bourgeon, directeur de l'Institut de formation des cadres de santé

Dominique Bourgeon a pris ses fonctions de directeur de l'Institut de formation des cadres de santé au CHU de Poitiers. Diplômé en sociologie, Dominique Bourgeon a débuté en tant que manipulateur en électroradiologie médicale, puis cadre en neuroradiologie. Il a ensuite été formateur à l'IFCS de l'hôpital Sainte-Anne, puis cadre supérieur au centre hospitalier de Bressuire. Depuis 2005, il était directeur de l'Institut de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale au CHU de Nantes et coordonnateur du département des instituts de formation.



Semaine de la bioéthique

Dans le cadre de la «semaine de la bioéthique», organisée du 9 au 13 mars 2009 par des étudiants de l'Institut de la communication et des technologies numériques (Icomtec), une conférence ouverte à tout public, animée par le Pr Ali Turhan, chef du service d'hématologie et d'oncologie biologique au CHU de Poitiers, s'est déroulée le mercredi 11 mars, sur le thème de «La recherche sur les cellules souches : état des lieux et enjeux éthiques». Trois autres manifestations, avec le concours d'intervenants du CHU de Poitiers, ont également été proposées au cours de cette semaine de la bioéthique, dont un café philo.

Activité du CHU en 2008

Les données présentées ci-dessous portent sur l'activité de l'année 2008 par rapport à l'année 2007.

> Activités de court séjour

Globalement, 134 665 entrées directes – séances et venues – ont été réalisées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2008, soit une augmentation de 5,72 % par rapport à 2007. Le nombre d'entrées directes dans les unités d'hospitalisation complète est en légère baisse : 61 222 entrées ont été prises en charge pour 61 517 sur l'année 2007 (-0,48%). Les séances et venues dans les unités d'hospitalisation de jour augmentent de 9,81 % par rapport à 2007, soit 75 908 séances et venues. Le taux d'occupation corrigé du jour de sortie dans les unités d'hospitalisation complète s'élève à 107,83 % pour un taux constaté en 2007 de 107,68 %.

L'activité dans les unités de médecine, 62 441 entrées directes, séances et venues ont été réalisées en 2008 soit une augmentation de 5,27 % par rapport à 2007. Les entrées dans les unités d'hospitalisation conventionnelle de médecine, en nombre de 40 511, progressent de 1,53 % alors que les séances et venues réalisées dans les unités d'hospitalisation de jour progressent de 12,97 % (21 930 séances et venues).

La progression des séances et venues dans les unités d'hospitalisation de jour est particulièrement notable dans les unités suivantes : hôpital de jour d'hématologie ; hôpital de jour gériatrique ; hôpital de jour d'oncologie médicale.

Par ailleurs, l'ouverture des unités de jour en rhumatologie (février 2008) et maladies du foie (mai 2007) contribuent à la progression de ce segment d'activité, représentant respectivement 1 387 et 575 venues au 31 décembre 2008.

La durée moyenne de séjour dans les unités d'hospitalisation conventionnelle de médecine est en légère augmentation. Au 31 décembre 2008, elle est de 5,13 jours (4,98 sur l'année 2007).

Concernant l'activité de gynécologie obstétrique, le nombre d'entrées directes, séances et venues augmente de 3,72 % par rapport à 2007 notamment en raison de la forte activité en hôpital de jour de gynécologie. Le nombre de naissances augmente de 5,53 % par rapport à 2007 soit 2 577 naissances en 2008.

Par ailleurs, le nombre de séances d'hémodialyse baisse de 3,79 % soit 14 302 séances. Le nombre de séances de radiothérapie augmente de 10,84 % au 31 décembre 2008 soit 31 360 séances.

> L'activité dans les unités de chirurgie

Le nombre d'entrées, séances et venues dans les unités de chirurgie augmente de 7,7 % par rapport à 2007. Cette évolution résulte des effets suivants :

- La montée en charge de l'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire : 3 316 venues ont été réalisées en 2008, avec un taux d'occupation de 93,7 %.

- La substitution d'activité conventionnelle générée par le transfert de l'activité ambulatoire dans l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), et ce notamment pour l'orthopédie traumatologie qui augmente son activité conventionnelle de 9,98 %, la chirurgie viscérale de 7,84 %, l'ORL de 6,26 %, l'ophtalmologie de 3,89 %.

> Les consultations externes

410 538 venues en consultations externes ont été réalisées en 2008, soit une augmentation de 1,1% par rapport à 2007.

> Les urgences

Le nombre d'entrées dans les lits d'hospitalisation aux urgences adultes est toujours en nette progression avec +10,81 % en 2008 par rapport à 2007, soit 6 407 entrées. La durée moyenne de séjour est de 1,27 jour en 2008 et le taux d'occupation moyen de ces lits porte est particulièrement élevé (139,04 % en 2008 pour un taux d'occupation de 127,89 % constaté en 2007).

2 997 entrées dans les lits d'hospitalisation des urgences pédiatriques ont été prises en charge soit une augmentation de 4,53 % par rapport à 2007. La durée moyenne de séjour des lits d'hospitalisation de très courte durée des urgences pédiatriques s'élève à 1 jour.

Le nombre de passages aux urgences, en augmentation générale de 2,5 %, se répartit comme suit :

- urgences adultes : 38 535 passages correspondant à une moyenne de 106 passages/jour ;
- urgences pédiatriques : 14 866 passages correspondant à une moyenne de 40 passages/jour ;
- urgences cardiologiques : 3 085 passages correspondant à une moyenne de 8 passages/jour.

> L'imagerie

En nombre d'actes codés, l'activité de radiologie augmente de 3,65 % au 31 décembre 2008 par rapport à 2007, soit 172 766 actes. Les actes réalisés pour des patients externes augmentent de +1,99 % et les actes pour patients hospitalisés progressent de +4,73 %. Le nombre d'actes codés en secteur scanner augmente de 2,46 % soit 40 021 actes au 31 décembre. Les actes IRM réalisés augmentent de 19,72 %.

> Les laboratoires

Au 31 décembre 2008, le nombre de B produits par les laboratoires augmente de 3,82 %, soit 97 915 212 B. Pour les patients externes le nombre de B produits augmente de 0,12% alors que pour les patients hospitalisés, l'activité augmente de 5,45 %.

> Les blocs opératoires

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2008, le nombre de passages patients aux blocs opératoires augmente de 10,70 % par rapport à 2007, soit 21 377 passages patients.

> Unités de soins de suite et de réadaptation

Le nombre de journées dans les unités de soins de suite s'élève à 43 909 pour 121 lits installés, soit une baisse de 7,52 % de journées au 31 décembre 2008, la capacité d'hospitalisation sur le premier semestre 2007 étant de 137 lits. Le taux d'occupation des unités de soins de suite s'élève 99,15 %.

Par ailleurs, 8 974 journées ont été réalisées en médecine physique et réadaptation soit une augmentation de 1,62 % par rapport à 2007 pour un taux d'occupation de 91,76 %.

> Unités de soins de longue durée

Le nombre de journées s'élève à 88 021 au 31 décembre 2008, soit une augmentation de 2,67 % en nombre de journées. Avec 242 lits installés, le taux d'occupation s'élève à 99,38 %.

Pôle gériatrie : construction du bâtiment Aristide Maillol

Les travaux de construction du bâtiment Aristide Maillol ont débuté en avril 2009, sur le site de la Milétrie et pour une durée de vingt et un mois. A cet effet, deux parkings de 85 et 45 places ont été aménagés fin mars, pour compenser la suppression temporaire des places de stationnement. Un plan de circulation adapté, pour les VSL, les ambulances et les visiteurs, est mis en œuvre pour accéder à Maurice Salles, Camille Claudel, la crèche Bouton d'or et aux archives. L'ouverture du bâtiment Aristide Maillol est prévue pour le mois de janvier 2011.

En 2006, la signature de la convention tripartite avec l'Etat et le Conseil général de la Vienne a engagé l'établissement dans une démarche d'amélioration de la filière de prise en charge des personnes âgées malades les plus dépendantes au CHU de Poitiers. Cette démarche s'est traduite par deux axes majeurs : d'une part, un positionnement des unités de soins de longue durée dans l'organisation en soins gériatriques de l'établissement en qualité de structure d'appel et de recours, d'autre part, l'autorisation de construire un bâtiment neuf de 141 lits d'hébergement spécialisé sur le site de la Milétrie.

Cette réorganisation de la filière gériatrique doit aboutir à la constitution, début 2011, du pôle gériatrie, pôle de référence du CHU, regroupant sur le seul site de la Milétrie l'ensemble des unités gériatriques de court séjour, soins de suite et soins de longue durée. Ce pôle de référence trouvera sa place dans les bâtiments Maurice Salles (futur Auguste Rodin), Camille Claudel (inauguré en 2006) et Aristide Maillol (début de la construction prévu en avril 2009), à proximité du plateau médico-technique du Centre hospitalier universitaire.

Projet Aristide Maillol

D'une capacité de 141 lits, correspondant au transfert partiel de la capacité actuelle de l'hôpital Louis Pasteur (303 lits), le bâtiment Maillol sera dédié à la prise en charge exclusive des malades «hospitalo-requérants» ou atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro-dégénératives.

Au plan architectural, l'un des objectifs affichés du projet est de s'éloigner d'une conception purement hospitalière pour se rapprocher de celle de «lieux de vie». Les unités d'hébergement sont regroupées en «maisonnée» de 15 lits chacune. Elles s'organisent autour de la pièce de vie principale (et de sa terrasse ou jardin) dissociée de l'espace nuit propice au repos et à l'intimité.

La chambre est individuelle, spacieuse (22 m²), et permet l'accueil d'un accompagnant.

La réalisation d'un espace central, prolongement du nouveau bâtiment d'hébergement, sera une véritable «rue intérieure» desservant un ensemble de services et boutiques, d'une salle polyvalente et d'un restaurant du personnel. Cet espace central, à la fois bâtiment, jardins et liaisons fonctionnelles avec les deux autres bâtiments gériatriques, sera à la fois le véritable cœur du pôle gériatrie et son point d'entrée unique pour les visiteurs.



Capacité du pôle gériatrie : 485 lits au 1^{er} janvier 2009, soit :

- Camille Claudel : hôpital de jour, 15 places ; soins de suite, 56 lits
- Maurice Salles (futur A. Rodin + 40 lits de médecine physique et réadaptation) : médecine gériatrique, 40 lits ; soins de suite, 65 lits
- Hôpital gériatrique Louis Pasteur : soins de longue durée, 242 lits ; EHPAD et handicapés adultes, 50 lits ; hébergement temporaire, 5 places ; accueil de jour, 12 places

Construction Aristide Maillol (conception : agence d'architectes Lazo et Mure - Paris)

Calendrier des travaux : démarrage avril 2009, livraison janvier 2011, ouverture mars 2011

Nombre de lits : 141 lits dont 45 lits Alzheimer et 96 lits hospitalo-requérants

Surface : 10 600 m²

Coût des travaux 21,4 millions € dont

- hébergement : 17,6 millions €
- espace central : 3,8 millions €

Au 1^{er} janvier 2009, le pôle gériatrie, c'est 485 lits et places, 542 professionnels de santé.

Sport et Collection

En 2009, la 15^e édition de Sport et Collection s'est déroulée sur trois jours, les vendredi 5, samedi 6 et dimanche 7 juin 2009, sur le circuit automobile du Val de Vienne. Pour la première fois, la manifestation a réuni 500 Ferrari contre le cancer et a accueilli des compétitions à dimension internationale. Depuis 1995, le montant total des dons de Sport et Collection s'élève à 1 440 000 € pour la recherche contre le cancer au Centre hospitalier universitaire de Poitiers.



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

La 17^e édition de la fête de Saint-Cyr «Elle court, elle court la vie» s'est déroulée au parc de Saint-Cyr le dimanche 14 juin 2009, de 14h à 20h. En 2008, la manifestation avait attiré 3 500 visiteurs et avait permis de recueillir 12 255 € de recette au profit de l'association Un Hôpital pour les enfants», en faveur de ses actions pour les enfants hospitalisés au Centre hospitalier universitaire de Poitiers.

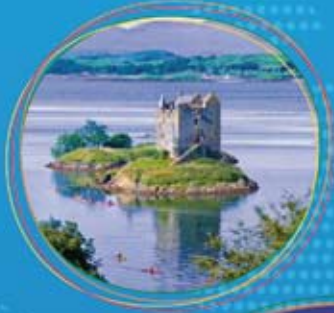




Prenez l'air que vous voulez !

Vols réguliers

Londres, Birmingham, Edimbourg, Lyon, Nice, Ajaccio



Vols vacances

Bastia, Barcelone, Crète, Madère, Malte, Agadir, Marrakech, Prague, Djerba



Aéroport Poitiers-Biard

Retrouvez toutes nos lignes sur www.poitiers.aeroport.fr



SPIE

Partenaire de confiance durable

Leader européen des services en génie électrique, mécanique et climatique, de l'énergie et des systèmes de communication, SPIE aménage le cadre de vie et contribue à le faire évoluer en accompagnant les collectivités et les entreprises dans la conception, la réalisation, l'exploitation et la maintenance de leurs installations.

SPIE, l'ambition partagée

SPIE Ouest-Centre
1 rue des entreprises -BP 32
86440 Migné-Auxances
Tél. : 05 49 39 37 37
www.spie.com
www.myspie.com



AP L'Avocat, il vous conseille
il vous assiste

Ordre des Avocats de Poitiers

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 des Personnes

Ordre des Avocats
12 - rue Gambetta
BP 373
86009 POITIERS Cedex
Tél. 05 49 88 05 35
Fax 05 49 80 26 14
Email : contact@avocats-poitiers.com
Site : www.avocats-poitiers.com



- 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