

" 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-gdfsuez.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

UN HOPITAL POUR LES ENFANTS



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



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

En bref...	4
Réduire les troubles comportementaux liés à la démence	8
<i>Création de la première unité cognitivo-comportementale de la région Poitou-Charentes.</i>	
La CHIP : une nouvelle réponse thérapeutique au cancer digestif	10
<i>Poitiers est le seul CHU de la région à pratiquer la chimiothérapie intra-péritonéale.</i>	
La culture pédiatrique au service du traitement du cancer	12
<i>L'unité d'oncologie pédiatrique bénéficie de l'expertise de l'ensemble des disciplines liées au traitement du cancer chez l'enfant.</i>	
Dossier	
L'urologie au CHU de Poitiers	14
Harmoniser la prise en charge des infections ostéoarticulaires	20
<i>Les CHU de Poitiers et de Tours ont été retenus par le ministère de la Santé pour mettre en œuvre un des huit centres de référence interrégionaux sur les infections ostéoarticulaires (IOA).</i>	
Une maison hospitalière pour les soins palliatifs	22
<i>Le CHU compte désormais une unité de soins palliatifs, la seule actuellement dans la région.</i>	
Les plaies sous dépression	24
<i>La thérapie par pression négative (TPN) mise en œuvre depuis quelques années au sein du CHU consiste à mieux soigner les plaies en les mettant sous pression.</i>	
E3P : un recours régional dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles	26
<i>Une structure régionale d'évaluation des pratiques professionnelles, dénommée E3P, vient de voir le jour.</i>	
En bref...	27

éditorial

Ce dernier numéro de **CHU Magazine** de l'année 2009 est consacré à la présentation des nouvelles modalités de prise en charge des patients. Modalités architecturales et techniques pour le traitement des crises comportementales dans le cadre des maladies neurodégénératives, pour la prise en charge des cancers de l'enfant dans un milieu pédiatrique, pour accompagner les patients nécessitant des soins palliatifs. Ces nouvelles unités sont animées par des médecins passionnés et des personnels qualifiés. Leur ouverture s'est accompagnée de trente créations d'emplois traduisant le dynamisme de notre hôpital public et son rôle économique majeur plus encore en cette période de crise.

Bâtisseur, employeur, le CHU est en plus leader dans les innovations médicales ; ce magazine vous permettra de découvrir la CHIP, le centre de référence dans la prise en charge des infections ostéoarticulaires et les lasers en urologie : laser HPS pour la résection de prostate et laser Holmium pour la fragmentation des calculs, deux techniques mises en œuvre cette année.

Le CHU de Poitiers continue donc à assurer ses missions de proximité au bénéfice des patients de la Vienne mais aussi sa mission de recours et de référence pour l'ensemble de la Région Poitou-Charentes.



Jean-Pierre Dewitte,
directeur
général

CHU le magazine - n° 59

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

Roselyne Bachelot a présenté le plan AVC au CHU de Poitiers

Vendredi 9 octobre après-midi, après une intervention au congrès des directeurs de soins au Futuroscope, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre la Santé et des Sports, s'est rendue au CHU de Poitiers pour présenter le rapport sur «la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France». Ce rapport est issu des travaux du comité de pilotage, conduit par le Dr Elisabeth Fery-Lemonnier qui s'est associée au déplacement de Roselyne Bachelot, et auquel le Pr Jean-Philippe Neau, chef du service de neurologie, a collaboré.



La ministre a profité de sa venue pour visiter, aux côtés d'Alain Claeys, président du conseil d'administration, et de Jean-Pierre Dewitte, directeur général, les urgences adultes, l'unité d'imagerie des urgences, la salle d'angiographie vasculaire et l'unité neurovasculaire du service de neurologie. Roselyne Bachelot s'est entretenue avec un patient ainsi qu'avec les équipes médicales et soignantes.

Deux innovations validées par la commission innovation

Deux innovations ont été validées par le CHU de Poitiers lors de sa dernière commission innovation en juin.

La technique de photo dynamic diagnosis (PDD) en urologie

La technique de photo dynamic diagnosis (PDD) en urologie, permet la reconnaissance précoce du cancer de la vessie. C'est une technique utilisant la fluorescence pour rehausser et reconnaître des objets spécifiques comme par exemple des cellules cancéreuses. Les tumeurs papillaires, les carcinomes in situ, les zones dysplasiques et les petites tumeurs satellites peuvent être visualisés avec une grande sensibilité sous PDD. En urologie, le diagnostic PDD utilise un produit photosensible, instillé dans la vessie de 90 à 120 minutes avant l'observation.

Le produit est absorbé dans les parois de la vessie et converti en une substance qui génère une fluorescence rouge quand il est excité par une lumière bleue. Cette fluorescence rouge permet la détection de la zone tumorale (cf. comparatif selon les images ci-contre).

La technique de photo dynamic diagnosis est très appréciée pour les cas suivants :

Cas 1 – Malgré un test urinaire positif, la tumeur vésicale n'a pas pu être localisée par une cystoscopie en lumière blanche.

Cas 2 – Le médecin sait qu'il y a une tumeur de haut grade grâce à l'examen histologique, donc il aura une meilleure vision des contours de la zone tumorale lors de la résection endoscopique de la tumeur.

Le xénon, en anesthésie

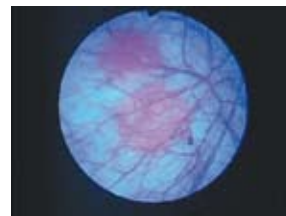
Le xénon est un gaz rare, présent dans l'air en très faible concentration. Sa production provenant d'un processus de distillation fractionnée de l'air, il ne peut donc pas être produit chimiquement. Ce gaz est atoxique pour les patients et le personnel. Il est non métabolisé et n'a aucun effet polluant. Il est utilisé en médecine depuis 1930 et ses propriétés anesthésiantes ont été découvertes en 1950, mais il n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché européen qu'en 2007. Cet anesthésique est très peu soluble ce qui explique un réveil ultra rapide en moins de trois minutes quelle que soit la durée de l'intervention chirurgicale. Il a peu d'effet sur la pression artérielle et le débit cardiaque ce qui permet une grande stabilité hémodynamique. Mais, compte-tenu de son coût (350 à 450 euros pour une anesthésie de plus de 2 heures) et de sa rareté, le xénon ne pourra pas devenir un anesthésique pour tous les patients. En revanche, il représente une excellente solution pour l'anesthésie de la chirurgie de la carotide, le réveil ultra rapide et la stabilité de la pression artérielle étant deux propriétés recherchées dans ce cas.

Une première série de patients a déjà bénéficié de cette technique au CHU de Poitiers.

La commission innovation a précisé que seuls les patients devant bénéficier d'une chirurgie de la carotide seront endormis avec cet agent, soit une centaine de patients pour cette année.



Cystoscopie conventionnelle en lumière blanche.



Cystoscopie photodynamique en lumière bleue.

Mise en service de la technique de l'entéroscopie à double ballon en endoscopie digestive

En juillet dernier, l'unité d'endoscopie digestive du CHU de Poitiers a mis en service un nouvel examen : l'entéroscopie double ballon. Cette technique, créée en 2002, permet d'explorer l'intestin grêle de manière moins invasive et plus rapidement que l'endoscopie ou l'exploration par vidéo capsule. L'endoscope à double ballon dispose de deux ballonnets, dont l'un est situé sur un surtube dans lequel coulisse l'endoscope. L'entéroscopie progresse au sein de l'intestin grêle par des manoeuvres successives et répétées, de poussées et de retraits de l'endoscope et du surturbé.

L'examen est réalisé sous anesthésie générale et dure de 1h à 1h30. L'entéroscopie à double ballon exige la collaboration d'un médecin et d'un assistant (médecin ou infirmière), l'un contrôlant la progression de l'endoscope et l'autre mobilisant le surturbé. L'examen permet de réaliser des biopsies (prélèvements de tissus pour analyse de

leur nature), notamment pour la confirmation de maladies chroniques du grêle comme la maladie coeliaque ou la maladie de Crohn, des résections de polypes ou tumeurs du grêle et des



coagulations, c'est à dire la cautérisation de lésions qui saignent de manière chronique (angiomes, taches vasculaires...).

Au CHU de Poitiers, plus d'une centaine d'entérocopies par vidéo-capsule sont réalisées par an. L'acquisition d'un entéroscope double ballon permet ainsi le traitement des lésions retrouvées grâce à la capsule. De plus, les CHU de Tours et d'Angers qui ne sont équipés ni de la technique de l'entérocopie poussée (ancienne méthode) ni de l'entérocopie double ballon, orientent régulièrement des malades vers le CHU de Poitiers.

Une nouvelle électrode de neuromodulation

Une électrode de neuromodulation (neurostimulation) d'un nouveau type a été implantée pour la première fois en France par l'équipe de neurochirurgie du CHU de Poitiers en mai dernier. Cette première est une étape importante de la neuromodulation dans les perspectives et les espoirs de traitement des patients douloureux chroniques.

La stimulation médullaire est la technique de neuromodulation la plus répandue aujourd'hui, même si elle ne concerne que très peu de patients en France (environ 1 000 patients/an et 90 médecins/chirurgiens implantateurs sur le territoire).

En quoi cette technique consiste-t-elle ?

Philippe Rigoard – La nouvelle électrode



est destinée à la stimulation du système nerveux central, au niveau de la moelle épinière. Elle a pour but de traiter certains patients souffrant de douleurs chroniques

du dos et des membres inférieurs, réfractaires à toute thérapeutique.

La neuromodulation est un domaine particulier de la neurochirurgie. Elle vise à stimuler une cible du système nerveux pour constituer bien souvent le traitement de dernier recours de certaines pathologies en impasse thérapeutique jusqu'alors.

On peut implanter un système de neuromodulation directement au coeur du système nerveux. On parle alors de «stimulation cérébrale profonde», par exemple pour le traitement de la maladie de Parkinson ou de certaines pathologies psychiatriques aujourd'hui.

On peut aussi faire le choix d'implanter ce système à la surface du système nerveux. On parle alors de «stimulation corticale» si l'on dispose l'électrode de stimulation à la surface du cerveau ou de «stimulation médullaire» si l'on dispose l'électrode de stimulation à la surface de la moelle épinière, dans la région dorsale.

En quoi cette technique est-elle innovante ?

A ce jour, le problème des lombalgies chroniques n'a jamais pu bénéficier de l'apport de la neuromodulation. Ceci est probablement lié aux limites techniques actuelles des

systèmes de neuromodulation et surtout de l'électrode implantée.

Cette électrode comprend classiquement quatre plots de stimulation et s'implante par voie chirurgicale ou percutanée. Une nouvelle électrode plus longue et surtout plus large a récemment été développée par le leader mondial de la neurostimulation. Comprenant seize plots de stimulation, elle pourrait permettre d'étendre le territoire de stimulation des membres inférieurs vers la région lombaire et dorsale. Jusqu'alors, elle n'avait jamais été posée en France.

Pourquoi l'équipe de neurochirurgie du CHU de Poitiers est-elle la première en France à implanter cette nouvelle électrode ?

Le service de neurochirurgie du CHU est l'un des centres leaders en France en termes de nombre de malades implantés par an et dans l'apport des développements technologiques récents pour traiter les douleurs chroniques. C'est par exemple à Poitiers que le premier stimulateur rechargeable, appelé «Restore», a été implanté en France en 2006 et que son successeur, le «Restore advanced», aux fonctionnalités élargies, vient d'être posé, là encore en avant-première.

Ce positionnement est probablement lié à une dynamique propre au service de neurochirurgie mais aussi aux bons rapports que nous entretenons avec les pharmaciens de l'établissement, facilitant le recours à ces nouveaux matériels.

Il s'agit d'une première. Quelles précautions faut-il prendre dans ce type de démarche ?

Cette démarche ne s'inscrit pas dans le cadre d'un essai thérapeutique puisqu'il s'agit de la pose d'une électrode disposant du marquage CE, déjà utilisée dans d'autres pays pour d'autres indications.

Sa pose ne diffère pas de celle d'une électrode plus classique, hormis l'utilisation des technologies mini-invasives, elles-aussi tout à fait validées. Néanmoins, nous nous sommes mis en relation avec le centre d'investigations cliniques du CHU (INSERM) et un dossier est en cours de dépôt au comité d'éthique pour encadrer cette démarche.

Ce traitement se présente-t-il comme une alternative par rapport aux traitements existants ou, à terme, comme un traitement de substitution ?

La neuromodulation s'adresse aux patients pour lesquels aucune thérapeutique n'est véritablement efficace. Elle se place donc

(Suite page 6)

(Suite de la page 5)

comme un traitement de dernière chance et n'a donc pas véritablement d'équivalent.

En revanche, lorsqu'elle est efficace, elle permet à la plupart des patients implantés de diminuer significativement voire d'arrêter leur traitement contre la douleur, qui comprenait plus de trois médicaments en moyenne et aux effets secondaires non négligeables.

Tous les patients pourraient-ils y prétendre à terme ou cette technique ne s'adresse-t-elle qu'à une typologie de patients ?

La stimulation médullaire s'adresse surtout aux patients qui souffrent de douleurs chroniques des membres, essentiellement en rapport avec des douleurs du nerf sciatique, opéré ou non, mais qui peuvent aussi être en rapport avec des douleurs liées à l'artérite des membres inférieurs ou même à l'algodystrophie (appelée aujourd'hui syndrome douloureux régional complexe).

Les patients sont adressés au neurochirurgien pour envisager une perspective de neuromodulation et tenter de soulager durablement une partie de leurs douleurs.

Parmi les patients souffrant de douleurs multifocales des deux membres inférieurs et du dos et candidats à une neuromodulation, le neurochirurgien propose à certains d'entre eux, après une sélection très stricte, l'implantation de cette nouvelle électrode afin de tenter d'élargir l'efficacité de la stimulation au dos.

Quelle est la file active potentielle et, demain, combien de patients pourraient y prétendre ?

La file active potentielle est très largement sous-estimée compte tenu du fait que la prise en charge de la douleur est encore insuffisante en France.

Le faible nombre d'implanteurs formés à ces techniques limite par lui-même la diffusion de la neuromodulation dans notre pays.

A l'issue d'une évaluation positive, quelles autres perspectives d'application mais aussi de recherche cette technique pourrait-elle ouvrir ?

D'une part, si des possibilités de stimulation lombaire efficace se confirment après vingt patients implantés au CHU de Poitiers, une étude clinique est déjà envisagée à plus grande échelle en France.

D'autre part, nous sommes en train d'établir une collaboration avec les chercheurs en électrophysiologie de la Faculté des sciences de Poitiers pour tenter de mieux comprendre les mécanismes d'action de la neuromodulation en général et essayer d'en augmenter l'efficacité.

Enfin, nous participons à un «board» européen de conception d'un futur générateur. Ce regroupement comprend six centres représentant six pays européens différents. Il vise à développer un stimulateur s'adaptant par lui-même aux changements de position du corps dans l'espace et à l'activité du patient au quotidien. Ce générateur devrait voir le jour en 2012 et sera à l'essai dans ces centres pilotes dans le courant de l'année prochaine.

Extension du service HAD

Le service d'hospitalisation à domicile du CHU de Poitiers comptait 15 places à sa création en 2006. Afin de répondre à la demande, cinq places de plus ont été ouvertes en 2008, puis en 2009, et désormais l'HAD dispose de 30 places.

Le développement de cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle ne s'arrête pas là. Deux antennes HAD du CHU, de 10 places chacune, sont mises en place progressivement à Lusignan (depuis le 19 octobre) et à Montmorillon (à compter de janvier 2010), en coopération avec les centres hospitaliers locaux.

Quelles sont les conditions pour bénéficier de l'HAD ?

Pr. Pascal Roblot, médecin coordonnateur – Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Les besoins de soins doivent être conséquents et ne relèvent pas de l'ambulatoire.

Toute admission d'un patient en HAD se fait à partir d'une prescription médicale validée par le médecin coordonnateur de l'unité d'HAD et en accord avec le médecin traitant. Un projet thérapeutique, tenant compte des aspects clinique, psychologique et social du patient, est d'ailleurs défini par ces deux médecins et par l'infirmière coordinatrice d'HAD : traitement de la douleur, chimiothérapie, soins palliatifs... La motivation du patient et l'adhésion de son entourage pour le recours à l'HAD sont indispensables. Une étude préalable est également menée afin d'évaluer l'environnement du patient (logement, soutien, conditions de vie...). Le médecin traitant assure le suivi du malade au domicile et les infirmières effectuent un ou plusieurs passages quotidiens. Les patients doivent habiter dans un périmètre situé à 30 mn de la structure d'HAD.

Quelles sont les contraintes et les avantages de l'HAD ?

Les témoignages des patients concernés par l'HAD et de leurs proches sont majoritairement positifs quant au confort qu'apporte l'HAD : être à domicile parmi ses éléments personnels, ses habitudes, entouré et soutenu par sa famille. Toutefois, certains proches nous font part de leur difficulté à vivre la maladie au domicile et particulièrement dans les conditions de fin de vie. Un certain épuisement moral et/ou physique peut alors apparaître. L'unité d'HAD leur propose alors l'aide de l'équipe mobile de soins palliatifs, partenaire de la structure, et des rencontres avec la psychologue.

En quoi le développement de l'HAD représente-t-il une évolution culturelle (doublement de la capacité et extension géographique...)?

L'HAD représente une des alternatives à l'hospitalisation, développées ces dernières années face à la demande croissante des patients. Elle permet aux professionnels de santé de l'établissement de sortir des «murs» de l'hôpital pour aller à la rencontre du malade et prendre en compte sa personne dans son ensemble avec son environnement social et familial. Elle permet une collaboration constante avec le médecin traitant, acteur du projet thérapeutique, ainsi qu'avec les réseaux spécialisés déjà implantés sur le territoire et notamment en milieu rural (réseau gérontologique, CLIC...). L'hospitalisation à domicile s'inscrit dans le schéma régional d'organisation sanitaire, pour une offre de soins de qualité accessible au plus grand nombre.

Les antennes de Lusignan et de Montmorillon pourront s'organiser de manière autonome, sous la direction administrative de la structure HAD de référence du CHU de Poitiers.

Contact :

Brigitte Larré, infirmière coordinatrice, au 05 49 44 37 48
et Pascale Pelletant, cadre de santé, au 05 49 44 30 85



Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers connaît en 2009 de bons résultats suite aux différents appels d'offres dans le domaine de la recherche

Dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique national (PHRC) – hors cancer – deux projets sur les quatre présentés ont été retenus et financés sur la thématique neurosciences, à savoir :

- Le projet du docteur Nemat Jaafari (service de neurologie) intitulé «Étude de la non infériorité de l'effet au traitement des formes sévères et résistantes de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) par une stimulation unilatérale droite ou gauche versus bilatérale à haute fréquence du noyau subthalamique». Ce projet a fait l'objet d'un financement à hauteur de 400 000 € sur les 426 800 € demandés. Il s'intègre dans l'axe 3 «neurosciences» du centre d'investigation clinique (CIC). Il implique à Poitiers le service de neurologie, le service de neurochirurgie, la cellule de méthodologie et biostatistique du CIC, ainsi que le Centre hospitalier Henri Laborit. Il impliquera également les CHU de Rennes, Clermont-Ferrand, Nancy, Grenoble, Lyon, Marseille, Nice ainsi que l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. Cette étude, multicentrique et multidisciplinaire, réunit des centres habitués à travailler en réseau et ayant une grande expertise technique par la maîtrise de la stimulation et de la prise en charge des formes sévères de TOC.

La durée du projet est prévue sur 35 mois, dont 18 mois d'inclusion, afin d'obtenir douze patients évaluable, au minimum, avec la possibilité d'inclure seize patients en cas de sortie d'étude prématurée de certains sujets. La moitié du budget est dédiée au financement des neurostimulateurs (18 000 € par dispositif).

- Le projet du professeur Marc Paccalin (soins de suite - gériatrie) intitulé «Déclin cognitif au cours de la maladie d'Alzheimer : valeur prédictive des taux de cytokines inflammatoires» .

Ce projet a fait l'objet d'un financement à hauteur de 200 000 € sur les 214 000 € sollicités. Il est prévu que cette recherche se déroule au CHU de Poitiers avec la collaboration du centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R) et de l'Université de Poitiers. Les parties méthodologie et biostatistique sont assurées par le CIC. Au niveau national, il regroupe les CHU d'Angers, Nantes, Limoges, Tours, Lyon, ainsi que certains hôpitaux de l'AP-HP (Hôpital Ambroise Paré et Hôpital de la Pitié-Salpêtrière). Il est prévu d'inclure au total 150 sujets dans cette étude de physiopathologie de la maladie d'Alzheimer.

Au total, le CHU bénéficie d'une dotation à hauteur de 630 000 € répartie comme suit :

- 441 000 € au titre de l'année 2009,
- 95 000 € au titre de l'année 2010,
- 94 000 € au titre de l'année 2011.

Au titre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) interrégional, le Centre hospitalier universitaire de Poitiers bénéficie du soutien de la délégation interrégionale à la recherche clinique du Grand-Ouest qui a sélectionné trois projets pour une enveloppe complémentaire de près de 443 000 € accordée par le ministère de la santé :

- Projet du professeur Régis Hankard (service de pédiatrie) intitulé : «Effet de la corpulence sur le lait maternel» – Axe

n° 2 du centre d'investigation clinique (CIC) – montant accordé de 68 650 €

- Projet du docteur Nemat Jaafari intitulé : «Étude prospective du rôle prédictif du polymorphisme fonctionnel 5-HTTLPR sur la réponse au traitement par l'escitalopram des patients souffrant d'un TOC» – Axe n° 3 du CIC – montant accordé de 174 300 €

- Projet du professeur Christine Silvain (service d'hépatogastro-entérologie) intitulé «Lésion gastro-duodénales sévères liées à *Helicobacter pylori* : rôle de la réponse anti-infectieuse Th17» - Thématique de recherche développée par l'équipe ITEC dirigée par Jean-Claude Lecron - montant accordé 200 000 €.

Cela porte au nombre de cinq les projets PHRC détenus par l'établissement, ce qui correspond à une enveloppe cumulée de 1 143 000 € au titre de l'année 2009 .

Dans le cadre du soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) – hors cancer – quatre projets impliquent des équipes du CHU de Poitiers :

- «Évaluation clinique et médico-économique d'une assistance circulatoire provisoire par pompe (IMPELLA® Recover LP5.0) pour la prise en charge des patients en choc cardiogénique sévère à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde» (coordination : professeur Bonnefoy-Cudraze - CHU Lyon).

Treize centres sont associés dont le CHU de Poitiers avec le professeur Pierre Corbi (chirurgie cardio-thoracique)

- «Évaluation médico-économique d'une stratégie thérapeutique basée sur la détection moléculaire de la résistance aux antibiotiques dans la prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori*» (coordination : professeur J.-C. Delchier - APHP - Henri Mondor).

Dix-neuf centres sont associés dont le CHU de Poitiers avec le professeur Christophe Burucoa (service de bactériologie et hygiène)

- «Évaluation médico-économique des systèmes de thrombectomie dans les occlusions aiguës symptomatiques des artères cérébrales» (coordination : professeur S. Bracard - CHU de Nancy).

Vingt-neuf centres sont associés dont le CHU de Poitiers avec le docteur Jacques Drouineau (service de radiologie)

- «Évaluation médico-économique d'une méthode semi-automatique de typage moléculaire bactérien dans le but de distinguer les cas d'infections épidémiques des cas sporadiques» (coordination : professeur E. Bingen - APHP - Robert Debré).

Vingt-six centres sont associés dont le CHU de Poitiers avec le professeur Christophe Burucoa (service de bactériologie et hygiène).



Réduire les troubles comportementaux liés à la démence

La première unité cognitivo-comportementale de la région Poitou-Charentes a ouvert en avril dernier au sein du pôle de gériatrie du CHU de Poitiers. Dirigée par la neurogériatre Isabelle Merlet-Chicoine, cette unité a pour but principal de réduire les crises comportementales des personnes atteintes de maladies neurodégénératives en ayant recours à une approche psychosociale et le moins possible aux psychotropes.

Les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (Alzheimer en majorité mais aussi de démences vasculaires, frontales ou alcooliques ainsi que de la maladie de Parkinson) sont parfois sujettes à des décompensations comportementales et/ou psychiques qui peuvent être dues à plusieurs facteurs. Que l'aidant soit épuisé – «*les personnes démentes boivent l'angoisse comme des éponges*» –, que la maladie

rieur de leur domicile en pleine nuit, devenir agressives envers elles-mêmes ou envers les autres, ou anxieuses et dépressives. Ces manifestations perturbent complètement leur entourage qu'il soit familial ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui ne peut plus les prendre en charge.

Avant, ces cas de crises étaient gérés séparément. Aujourd'hui, dans le cadre du plan Alzheimer 2007, le ministère de la Santé incite les territoires hospitaliers à se doter d'unités en mesure d'améliorer la prise en charge des troubles psycho-comportementaux. L'unité cognitivo-comportementale du pôle de gériatrie du CHU de Poitiers est la première unité opérationnelle de la région Poitou-Charentes.

«*Cette prise en charge est paradoxale puisque nous devons à la fois traiter le symptôme dans l'urgence et prendre le temps de comprendre les causes*», explique Jean-Bernard Porcheron, gériatre-gerontopsychiatre de l'unité. Le patient ne pouvant pas s'exprimer, c'est aux équipes de mener l'enquête. «*Nous recherchons d'abord les atteintes somatiques qui, une fois traitées, peuvent nous laisser espérer réduire les troubles. Il est arrivé qu'une rétention d'urine induise d'importants troubles comportementaux*», explique Isabelle Merlet-Chicoine. S'il n'y a pas de troubles somatiques, tous



évolue, que le patient développe une pathologie somatique surajoutée (un panaris peut provoquer une crise) ou fasse une mauvaise chute, immédiatement ces personnes qui ne savent plus exprimer leur mal-être par le langage vont être déstabilisées. Elles s'agiteront ou deviendront apathiques. Elles vont se mettre à déambuler jusqu'à l'exté-

les membres de l'unité, des médecins aux aides-soignantes et aux agents hospitaliers, observent chaque patient dans ses gestes quotidiens, pendant le repas, la toilette, les animations pour collecter le moindre indice, pour identifier le moindre centre d'intérêt qui pourrait donner prise aux soignants et donner du sens aux soins. Les soignants se tournent aussi énormément vers l'entourage qui peut donner de nombreuses informations cruciales. «L'objectif est de réduire les troubles tout en diminuant l'utilisation des psychotropes et de la contention», insiste Isabelle Merlet-Chicoine.



D'ailleurs l'unité servira d'observatoire avec les services de pharmacovigilance pour isoler les meilleures pratiques de l'utilisation des psychotropes. «*Tout est à inventer. Notre objectif est de réduire les troubles sans faire de mal. Il faut encore faire mieux. Ces unités permettront sans doute de trouver d'autres moyens que les camisoles pour traiter ces patients et trouver des solutions aux problèmes épineux tels que la prise en charge par les équipes essentiellement féminines d'une population en augmentation : les hommes déments alcooliques.*»

Les soins sont basés sur la rééducation de l'orientation, les groupes de validation cognitive, de thérapie par évocation du passé, les démarches comportementales. Globalement, le traitement psychosocial permet d'améliorer très nettement la qualité de vie et de réduire l'apparition des troubles du comportement. «*Ce recours en toute dernière*

limite aux psychotropes exige une solidité et une solidarité des équipes ainsi qu'une grande créativité», ajoute Annick Baudrier, cadre de santé.

«*La vocation du service est aussi de former les professionnels comme les per-*

sonnels des Ehpad ou les médecins généralistes mais aussi les manipulateurs radio ou les ambulanciers qui se sentent bien démunis face à cette population.»

Cette unité intégrée à l'unité de soins de suite du pavillon Camille Claudel, sur le site de la Milétrie, compte 15 lits. Elle est sécurisée à la sortie pour éviter que les déambulations des

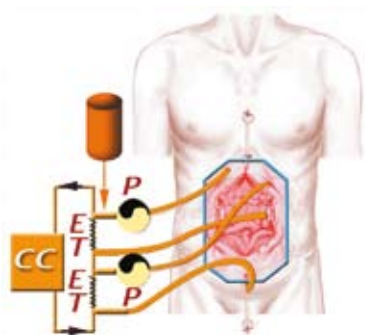
patients ne deviennent des fugues.

Une équipe polyvalente intervient : les approches gériatriques, neurologiques et psychiatriques sont représentées en la personne de la responsable Isabelle Merlet-Chicoine, neurogériatre, et du gérontopsychiatre, Jean-Bernard Porcheron. Sont présents également : une psychomotricienne, bientôt une psychologue clinicienne, une assistante sociale, une infirmière spécialisée en gérontopsychiatrie venant du centre hospitalier Henri Laborit ainsi que neuf infirmières, vingt aides-soignants et les agents hospitaliers.

D'avril à octobre 2009, 55 personnes de 66 à 98 ans ont été accompagnées. La moyenne d'âge est de 80 ans. Quand les patients regagnent leur lieu de vie habituel, chez eux ou en Ehpad, ce qui arrive dans 58% des cas, la durée moyenne de séjour est de 3 semaines. Cette durée de séjour peut être doublée quand il faut trouver un nouveau lieu de vie. ■

La CHIP : une nouvelle réponse thérapeutique au cancer digestif

Depuis mai 2008, les personnes atteintes d'un cancer digestif du type carcinose péritonéale trouvent au CHU de Poitiers une réponse thérapeutique à leur maladie grâce à la chimiothérapie intra-péritonéale (CHIP). Dispensée au sein du service de chirurgie viscérale, ce nouveau procédé garantit une survie de plusieurs années aux patients qui, sans elle, étaient condamnés au bout de quelques mois. Poitiers est le seul établissement de la région à la pratiquer.



P : Pompe
ET : Echangeur thermique
CC : Circuit continu

Les cancers de l'appareil digestif constituent une des principales causes de décès par cancer. Leur évolution se fait selon trois voies différentes : les métastases viscérales (foie et poumons), les métastases ganglionnaires et les carcinoses péritonéales. Si les premiers peuvent être traités par chirurgie et/ou chimiothérapie et les seconds par chimiothérapie, les troisièmes étaient considérés comme une impasse thérapeutique jusqu'à l'apparition il y a une dizaine d'années de la chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP). « Nous devons la CHIP au docteur Sugarbaker, chirurgien américain, qui a eu l'idée d'associer une résection chirurgicale maximum des tumeurs à une chimiothérapie intra-péritonéale, explique le professeur Michel Carretier, chef du service de chirurgie viscérale. Avant ce procédé, la chirurgie se limitait à retirer les nodules et à traiter éventuellement de façon palliative une occlusion présente ou potentielle. Quant à la chimiothérapie par voie intraveineuse, elle ne pouvait que ralentir transitoirement l'évolution des carcinoses péritonéales. La survie du patient ne dépassait pas quelques mois. »

Dans une logique de recours régional

Depuis mai 2008, le CHU de Poitiers propose au sein du service de chirurgie viscérale cette nouvelle réponse théra-

peutique aux carcinoses péritonéales et assure ainsi son rôle de recours régional du pôle de cancérologie du CHU. Aujourd'hui seuls vingt établissements en France la mettent en œuvre.

La particularité de cette technique réside dans la combinaison de l'ablation complète des tissus tumoraux et de l'application directe de la chimiothérapie dans l'abdomen du malade. « Cette administration de la chimiothérapie dans la cavité péritonéale permet d'avoir un maximum d'efficacité, sans toxicité, grâce à une concentration vingt fois supérieure à celle obtenue par voie intraveineuse, précise le professeur Carretier. Un taux qu'il n'est pas possible d'atteindre par une administration systémique, sans provoquer de graves troubles chez le patient de type aplasie, par exemple. »

Cette technique doit également son efficacité à la chaleur : « Différentes études expérimentales ont démontré, d'une part, que cette dernière avait un effet cytotoxique pour les cellules tumorales ; d'autre part, qu'elle augmentait la pénétration intracellulaire de la chimiothérapie. »

Malheureusement, toutes les carcinoses péritonéales ne peuvent être traitées par cette méthode. A l'heure actuelle quelques pathologies sont validées dont la première est la carcinose péritonéale d'origine colorectale. « Ce qui est encourageant lorsque l'on sait que le cancer du colon est la deuxième cause de cancer en France », souligne le professeur Carretier. Et le gain pour le malade n'est pas négligeable : la survie des patients sans la CHIP est estimée de 7 à 18 mois maximum, avec la CHIP elle atteint 5 ans dans 40 % à 45 % des cas.

Cette méthode a également été validée avec des résultats quasi similaires pour d'autres pathologies comme les mésothéliomes diffus du péritoine, maladie rare (2 à 5 cas par million d'habitants) mais

en augmentation du fait de l'amiante, ou encore les pseudomyxomes du péritoine (1 cas par million d'habitants).

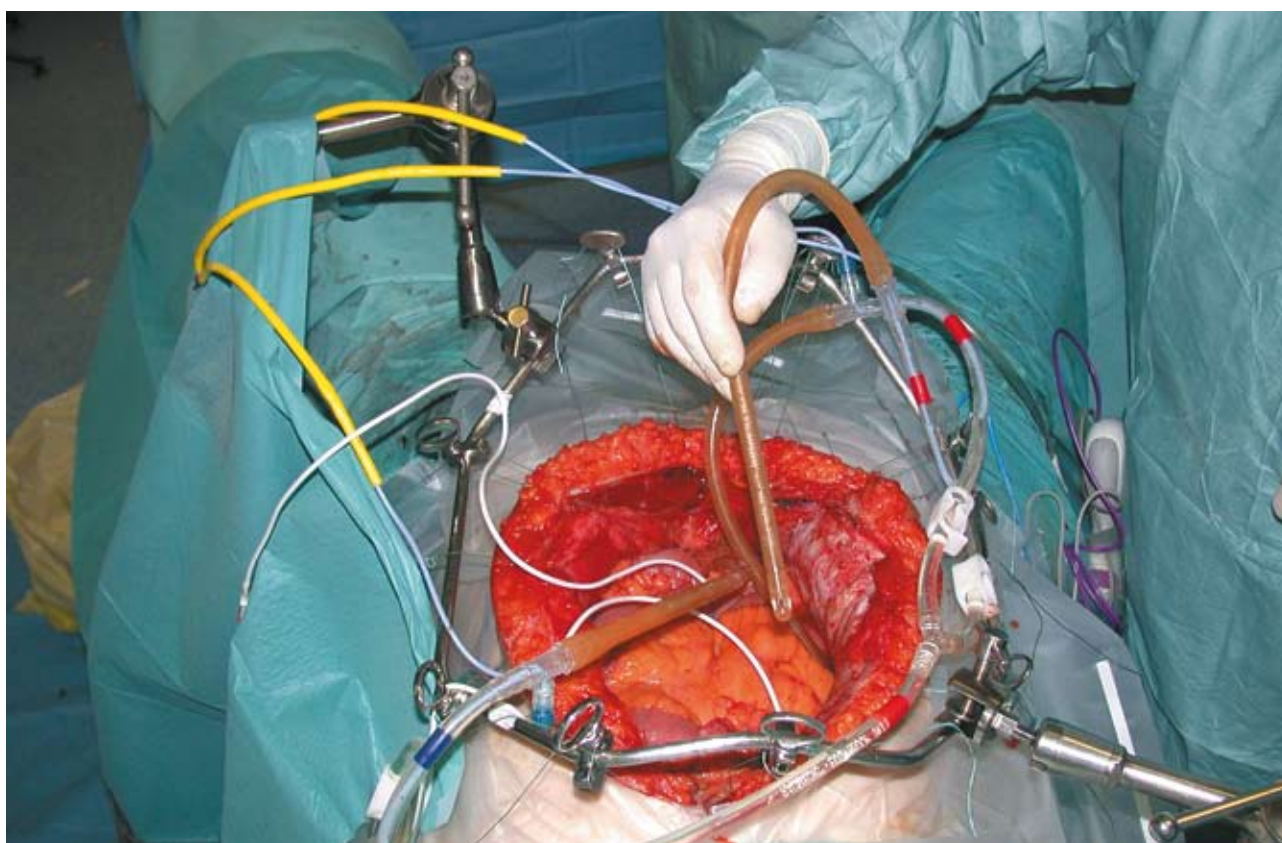
«Des études sont en cours pour évaluer l'avantage de la CHIP dans les cas des cancers de l'estomac et de l'ovaire mais les résultats préliminaires ne sont pas concluants pour le moment.»

Une sélection des patients extrêmement rigoureuse

La CHIP est une intervention chirurgicale lourde dont la durée opératoire peut s'étaler, suivant la gravité de la maladie, entre 5 heures et 12 heures. «Concrètement, le traitement consiste dans un premier temps à supprimer les lésions tumorales visibles à l'œil nu,

Seveso, lunettes, gants...) du personnel médical et paramédical présent dans la salle d'opération ainsi que dans les 48 heures qui suivent l'intervention. Le séjour en réanimation chirurgicale peut durer d'une à trois semaines pour une durée d'hospitalisation totale de quinze jours à cinq semaines.

La lourdeur du protocole implique une sélection extrêmement rigoureuse et un âge inférieur à 60 ans. Elle est discutée dans le cadre de l'unité de concertation pluridisciplinaire d'oncologie (UCPO) qui réunit plusieurs spécialistes : oncologues médicaux, gastroentérologues, chirurgiens digestifs, radiologues et anatomopathologistes. Les pharmaciens sont également mis à contribution par les



précise le professeur Carretier. *Ensuite, la paroi abdominale du patient est suspendue à un cadre de façon à former une cuvette. Cette dernière est remplie d'un liquide contenant la chimiothérapie, chauffée à 42 °C. Il circule, à l'aide d'une pompe, dans l'abdomen du malade pendant plus d'une heure. C'est l'action combinée de la chaleur et de la chimiothérapie qui détruit les cellules microscopiques restantes.* La toxicité des produits utilisés nécessite une protection spécifique (masque type

oncologues médicaux spécialistes de la chimiothérapie qui valident avec eux les doses à utiliser. «Cependant, la décision finale est prise en préopératoire par le chirurgien viscéral qui estime suivant le développement du cancer de la nécessité ou pas de réaliser la CHIP», note le professeur Carretier.

A souligner : l'implantation de la CHIP au sein du CHU de Poitiers a bénéficié d'une aide de 20 000 € de la part du comité de la Vienne de la Ligue contre le cancer. ■

La culture pédiatrique au service du traitement du cancer

L'unité d'oncologie pédiatrique est intégrée au pôle femme-mère-enfant. Cette structure à vocation régionale bénéficie de l'expertise de l'ensemble des disciplines liées à la prise en charge du cancer et de la qualité d'accueil liée à la culture pédiatrique.

Chaque année, 40 à 50 nouveaux cas de cancer chez des patients de moins de 18 ans sont diagnostiqués au CHU de Poitiers dans le cadre de sa mission régionale. Dès 1997, ces pathologies de l'enfant (1% des cancers humains) ont fait l'objet d'une prise en charge particulière au sein de l'établissement. Le service d'oncologie hématologique a alors accompagné et accueilli la création de l'unité d'oncologie pédiatrique. Au moment de la création du pôle régional de cancérologie (PRC), les professionnels ont préféré intégrer l'unité d'oncologie pédiatrique au sein du pôle femme-mère-enfant, plutôt que de mettre en place un secteur pédiatrique complètement indépendant dans le pôle régional de cancérologie. «Ce choix a été motivé par la volonté d'accueillir les jeunes patients dans un environnement pédiatrique. Ici, cette population d'enfants fragiles est en quelque sorte isolée tout en bénéficiant de l'expertise cancérologique», estime le docteur Frédéric Millot. Côté protection, des équipements de filtration de l'air permettent la prise en charge des patients nécessitant une chimiothérapie intensive dans le secteur d'hospitalisation conventionnelle.

«Le cancer de l'enfant est une pathologie où l'accompagnement des familles est extrêmement important», souligne Marie-Paule Doucelin, cadre supérieur de santé du service médicochirurgical de pédiatrie. Dans le cas d'hémopathies malignes telles les leucémies aiguës myéloblastiques (LAM), le temps d'hospitalisation peut durer jusqu'à un mois. Afin de permettre aux parents de rester auprès de leur enfant, chacune des six chambres individuelles d'hospitalisation complète est équipée d'un lit (transformable de jour en canapé) et d'une salle de bains dédiée aux accompagnants. Deux de ces chambres sont réservées aux plus petits (jusqu'à trois ans) et comprennent notamment des meubles et des sanitaires adaptés pour la toilette et les changes.

Le docteur Frédéric Millot.



Le protocole de soins est expliqué aux jeunes patients.

L'unité, désormais reconnue comme centre de cancérologie par l'Institut national du cancer (INCA), a été voulue et conçue comme un lieu de vie aussi bien pour les enfants que pour leur famille. «Depuis une quinzaine d'années, nous développons cette logique qui tend à regrouper peu à peu l'ensemble des services de pédiatrie de l'établissement que ce soit en médecine ou en chirurgie. Les enfants doivent pouvoir bénéficier de toutes les structures de vie créées autour de l'hospitalisation, ainsi que de l'accompagnement du personnel spécia-

Structure d'accueil des familles.



lisé en pédiatrie», résume le professeur Guillaume Levard, coordonnateur du pôle femme-mère-enfant. Les adolescents peuvent retrouver jeux, ordinateurs, TV et livres dans un espace de vie commun, tandis qu'une salle de jeux équipée et décorée sur le thème du cirque attend les plus petits. Pour les familles, une salle a été mise à disposition à l'extérieur du cadre d'hospitalisation afin qu'elles puissent cuisiner, regarder la télévision et rencontrer d'autres parents. Une prise en charge psychologique et sociale des enfants et de leur famille est assurée par les médecins, les soignants, la psychologue et l'assistante sociale. Une institutrice hospitalière assure auprès des jeunes patients la continuité de leur scolarité le temps de leur séjour.

Sur le plan médical, les patients présentant une hémopathie bénigne (purpura thrombopénique idiopathique, hémoglobinopathies) ou un déficit immunitaire sont accueillis en consultation localisée temporairement au 11^e étage (couloir B). Si l'importance des anomalies (thrombopénie sévère, neutropénie profonde) le nécessite, ces jeunes patients sont hospitalisés dans l'unité d'oncologie pédiatrique où sont également soignés les enfants atteints d'hémopathies malignes (leucémie, lymphome). A chaque pathologie et à chaque tranche d'âge correspond un protocole bien défini et un parcours personnalisé de soins (PPS) exposés par les médecins au patient et à ses parents. Les traitements mis en place sont des essais thérapeutiques ou s'appuient sur les recommandations validées par la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE). Les actes chirurgicaux tout comme la mise en place des cathéters sont réalisés au sein du bloc gynéco-pédiatrie.

L'unité comprend deux places en hospitalisation de jour. En fonction du type de tumeur dont ils sont porteurs, les patients sont revus régulièrement puis suivis en consultation en fin de cure. «Une partie de ces traitements est effectuée en centre hospitalier dans le cadre du réseau oncologie Poitou-Charentes. Le patient peut suivre ses cures de chimiothérapie en alternance au CHU et dans le centre hospitalier général le plus proche de chez



lui», précise le docteur Frédéric Millot. Pendant et après le traitement, un suivi alterné est coordonné par le médecin de l'unité en liaison avec les médecins traitants et les médecins spécialistes. «Le médecin traitant a un rôle de première importance qui consiste dans les cas de fièvre à nous informer de l'évolution de l'état de santé du jeune patient. En cas d'aplasie, nous prenons le relais pour la prise en charge.»

Sur le plan interrégional, l'homogénéité des traitements est définie au sein des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) en oncologie pédiatrique, au niveau des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO). Ces rendez-vous bihebdomadaires sont l'occasion pour les professionnels de discuter de tous les nouveaux cas, des rechutes et de valider une stratégie thérapeutique commune.

L'unité d'oncologie pédiatrique s'implique aussi dans la recherche. Elle coordonne plusieurs essais thérapeutiques nationaux concernant certaines formes de leucémies chroniques de l'enfant. Les médecins de l'unité sont à l'origine de la mise en place du registre international des leucémies myéloïdes chroniques de l'enfant, en collaboration avec le centre d'investigation clinique du CHU de Poitiers (INSERM). Il constitue une base de données à visée de recherche afin de déterminer la fréquence de ces maladies chroniques, leur présentation et leur pronostic. ■

Unité d'oncologie pédiatrique
Numéro 24h sur 24
05 49 44 46 26



L'urologie au CHU

L'urologie est une discipline médicochirurgicale en interactions avec de nombreuses spécialités comme la néphrologie, la cancérologie, l'endocrinologie ou la gynécologie. Sa pratique a bénéficié ces dernières années de grandes avancées technologiques comme la lithotritie extra-corporelle, l'endo-urologie, la coelioscopie et le LASER.

Les premières traces écrites de la pratique de l'urologie remontent à l'Antiquité. Dès le ^v^e siècle avant Jésus Christ, les médecins grecs évoquaient le traitement du rétrécissement du canal de l'urètre et des calculs vésicaux. D'ailleurs, Hippocrate lui-même déconseillait à ses élèves de pratiquer la «*taille vésicale*», trop morbide. «*Mais, historiquement, la chirurgie de la lithiase, maladie caractérisée par l'apparition de pierres dans la vessie ou les reins, a été le cœur de métier de l'urologie*», précise le professeur Bertrand Doré, chef du service d'urologie du CHU de Poitiers. L'urologie s'est ensuite développée dans la prise en charge chirurgicale des manifestations uro-génitales de la tuber-

culose, puis de l'adénome de la prostate. Le second grand axe de développement de cette spécialité se situe au ^{xix}^e siècle avec la prise en charge des conséquences de la tuberculose sur les voies urinaires supérieures et l'urètre, puis ensuite avec le traitement des tumeurs rénales et vésicales. Enfin, c'est en urologie qu'a débuté la grande aventure de la transplantation. «*Ce sont des urologues qui ont inventé la transplantation rénale avec la première, réalisée avec un donneur vivant apparenté, à l'hôpital Necker en 1952.*»

Aujourd'hui, le champ d'action de l'urologie est vaste. La discipline s'intéresse à ce qu'on appelle le haut-appareil (reins, uretères, retro-péritoine et ganglions) et le bas-appareil (vessie, prostate, urètre, organes génitaux masculins chez l'homme, statique pelvienne et incontinence chez la femme). «*Et, précise le Dr Christophe Pires, praticien hospitalier dans le service d'urologie du CHU de Poitiers, cette spécialité médico-chirurgicale touche à beaucoup d'autres disciplines : cancérologie, endocrinologie, gynécologie, néphrologie...*»

Le professeur Bertrand Doré, chef du service d'urologie du CHU de Poitiers.



Hommes, lieux, techniques

Le service d'urologie du CHU de Poitiers a été créé en 1971 par le professeur Jacques Aubert venu de l'hôpital Necker, «une des trois grandes écoles d'urologie de Paris ayant une attractivité mondiale», note le professeur Bertrand Doré qui a pris sa suite à la tête du service en 1998. Le professeur Doré assure conjointement ses fonctions de 1^{er} assesseur à la faculté de médecine et de président du Collège français des urologues ayant un rôle dans la formation initiale des jeunes urologues.

A ses côtés, le professeur Jacques Irani est membre de la délégation à la recherche clinique (DRC) et de la DRC interrégionale ainsi que du conseil scientifique de l'Association française d'urologie (AFU). Il est un des représentants de l'urologie française dans l'European Association of Urology (EAU) où il travaille dans le groupe des recommandations et guides de bonnes pratiques cliniques.

Le docteur Christophe Pires est praticien hospitalier et vice-président de la



L'incontinence contenue par des bandelettes

Lors d'un effort, l'urètre et le col vésical s'appuient sur un hamac musculaire et ligamentaire. Lorsqu'une femme est victime d'une incontinence d'effort, ce hamac détérioré n'assure plus sa fonction de soutien et ne garde plus l'urètre et le col vésical fermés, ce qui provoque des fuites. Pour pallier ce problème, les urologues posent une bandelette en polypropylène d'un centimètre de large sous l'urètre pour assurer cette fonction de soutien. Depuis 2000, le service d'urologie du CHU de Poitiers place les bandelettes de part en part de trous obturateurs ce qui permet de réduire au minimum les risques de perforation des organes abdominaux lors de l'intervention. Une quarantaine de patientes ont ainsi été opérées en 2008, de plus en plus en ambulatoire. «Les résultats sont excellents, 90% de réussite, et la technique est maintenant maîtrisée depuis des années», précise Christophe Pires.

commission médicale d'établissement du CHU (CME).

Depuis 3 ans, le service d'urologie s'est intégré au pôle digestif, urologie, néphrologie, endocrinologie (DUNE). Le service comprend 16 lits d'hospitalisation conventionnelle, 6 lits d'hospitalisation de semaine et 2 lits d'hospitalisation de jour. L'urologie, qui avait été le premier service à ouvrir une unité ambulatoire, dispose de 6 places dans l'unité de chirurgie ambulatoire. Au bloc opératoire, le service occupe deux salles opératoires dédiées à l'urologie et une salle opératoire mutualisée avec l'ophtalmologie pour la chirurgie ambulatoire. Il utilise le bloc des urgences pour préparer les prélèvements multi-organes (PMO) sur les donneurs en état de mort encéphalique et réaliser les transplantations rénales ainsi que toutes les urgences urologiques. Les consultations sont situées au rez-de-chaussée de la tour Jean Bernard permettant un accueil simple pour les personnes âgées de plus en plus nombreuses dans cette spécialité.

En 2008, le service a réalisé 6 200 consultations et enregistré 1 298 entrées directes.

Pathologies et traitements de recours

Les pathologies les plus souvent rencontrées sont :

– Pour le haut-appareil : les tumeurs du rein et de la voie excrétrice, la lithiase urinaire, l'insuffisance rénale et son aboutissement à la transplantation rénale en collaboration avec l'équipe de néphrologie du Pr Guy Touchard.

– Pour le bas-appareil : l'adénome de la prostate, le cancer de la prostate, les tumeurs de la vessie, le rétrécissement du canal de l'urètre, les cystites interstitielles, l'incontinence.

Pour traiter ces pathologies, l'urologie a bénéficié depuis les années 70 de nombreuses avancées techniques telles que la chirurgie percutanée du rein, la coelioscopie, la cystoscopie photo sensibilisée en lumière bleue, les bandelettes sous-uréthrales, la lithotritie extracorporelle et récemment l'acquisition du LASER.

L'**adénome de la prostate** est une pathologie bénigne de l'homme qui augmente le volume de la prostate qui comprime ainsi l'urètre, retentit sur la vessie et perturbe la miction. Elle touche 90% des hommes «*mais tous n'en souffrent pas*», précise le Pr Doré. Au CHU, les urologues traitent le problème soit par résection trans-urétrale (la partie de la prostate causant l'obstruction est enlevé par petits morceaux par le biais d'un résectoscope introduit par l'urètre). Cinquante résections de prostate ont été réalisées en 2008 au CHU de Poitiers.

Un technique récente au LASER HPS, très peu invasive, émise par le biais du

cystoscope, vaporise les tissus hypertrophiés. «*Ce LASER HPS permet aussi de traiter certains patients à risques cardiaques ou sous anti-coagulants. Il permettra de diminuer les risques liés aux sondes à demeure et de réduire les infections nosocomiales par contamination sur sonde.*» Cet équipement est utilisé par le service d'urologie depuis novembre 2009.

Le **cancer de la prostate** est le premier cancer chez l'homme de plus de 50 ans. «*La moitié de mes consultations hebdomadaires concernent le cancer de la prostate*», note le professeur Irani. Tous les patients sont pris en charge par le service d'urologie puisque le seul diagnostic valable, la biopsie de la prostate, est effectué uniquement dans ce service, en ambulatoire. D'ailleurs, le professeur Doré souligne la précision de la lecture de ces biopsies effectuée par «*un très bon service d'anatomo-pathologie*». «*Beaucoup de gens se présentent avec un dosage PSA trop élevé qui se traduit dans 20% à 40% des cas par une biopsie positive*, explique Jacques Irani. *Quand le cancer est attesté, nous en évaluons l'extension, nous prenons en compte l'âge du patient et nous lui proposons plusieurs options de traitement quand les indications sont proches. La chirurgie et le traitement médical sont proposés par l'urologie mais nous travaillons de concert, comme une unité de traitement du cancer de la prostate, avec la curiethérapie ou la radiothérapie externe.*» A Poitiers, 314 biopsies de prostate et 60 prostatectomies ont été réalisées en 2008 (à peu près autant de patients ont

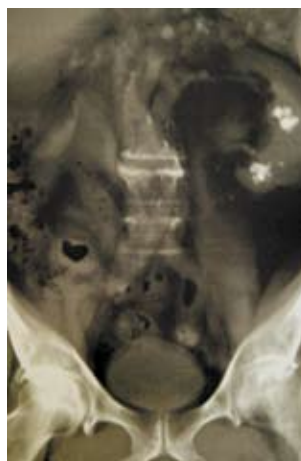
Dépistage en lumière bleue

Pour le dépistage des tumeurs de la vessie, la cystoscopie en lumière bleue aurait permis d'améliorer de 30% le taux de diagnostics positifs qui échappaient à l'approche conventionnelle en lumière blanche. Un produit, l'Hexvix, est injecté dans la vessie du patient une heure avant la cystoscopie. Sous une lumière bleue, les lésions tumorales apparaissent en rose. Ce dépistage de recours est mis en œuvre depuis avril 2008 au CHU de Poitiers qui depuis a réalisé une cinquantaine d'actes.

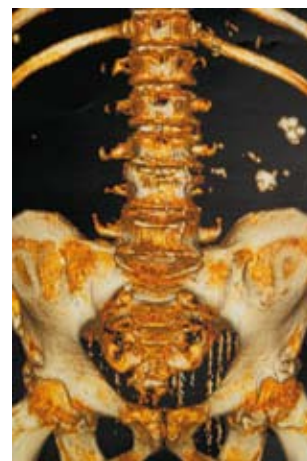




Poitiers fut un des premiers CHU du pays à disposer d'un lithotriteur dès 1987.



Radiographie de calculs.



Reconstruction en 3D de calculs.

été traités en curiethérapie et en radiologie externe).

Les **tumeurs de la vessie** affectent une cinquantaine de nouveaux patients accueillis au CHU chaque année, qui met en œuvre une nouvelle technique de dépistage: la lumière bleue (voir encadré page 16). «Souvent bénigne, cette tumeur peut être très lourde à traiter si elle devient cancéreuse, précise Bertrand Doré. Nous avons recours à la coeliochirurgie pour les excrèses du bloc vésico-prostatique et pratiquons des dérivations urinaires ou, lorsque cela est possible, des remplacements de vessie.» En 2008, 128 résections de tumeurs de vessie ont été réalisées et près de 380 cystoscopies de surveillance de ces tumeurs ont été effectuées.

Concernant le bas-appareil, le service d'urologie a également réalisé, en 2008, 24 uréthrotomies pour pallier le **rétrécissement de l'urèthre**. Il s'intéresse aussi aux cystites interstitielles, pathologie rare mais extrêmement handicapante et lourde à traiter. «La prise en charge de ces pathologies rares – cinq par an – au CHU consiste en une distension vésicale avec des traitements médicaux d'exception d'instillation dans la vessie», note le professeur Bertrand Doré. Le service traite également l'incontinence masculine (1 à 3 % des patients ayant subi une prostatectomie peuvent être sujets à l'incontinence) et féminine (voir encadré page 15). Les urologues travaillent de

concert avec le service de réadaptation fonctionnelle pour évaluer les incontinences mixtes (vessie hyperactive ou neurologique ou due à une sclérose ou à la maladie de Parkinson) en réalisant des bilans urodynamiques. Ils pratiquent aussi des injections de toxine botulique pour soigner les incontinences d'origine neurologique ou traitent les incontinences dues à des malformations.

Les pathologies du haut-appareil qui mobilisent le plus le service d'urologie sont les tumeurs du rein et de la voie excrétrice supérieure, la lithiase urinaire et l'insuffisance rénale.

«Les **tumeurs du rein** sont en majorité cancéreuses et atteignent plutôt les hommes, explique le Dr Christophe Pires. Il y a en France 7 000 nouveaux cas par an souvent découverts fortuitement car les symptômes tels que l'hématurie ou la douleur lombaire ne sont pas toujours présents. Les cancers du rein représentent 3% à 4% des cancers de l'adulte. Ce n'est donc

pas une maladie rare. Le service d'urologie procède à environ 80 néphrectomies par an et reçoit une centaine de nouveaux cas de tumeurs du rein par an. Le traitement de référence est la chirurgie que nous pratiquons le plus souvent possible en coelioscopie.»

En France, la prévalence de la **lithiase urinaire** est de 9,8% de la population majoritairement masculine. La lithiase urinaire se manifeste par l'apparition de calculs dans les cavités pyélocalicielles, les uretères, la vessie et l'urèthre. Les calculs sont composés majoritairement de calcium et d'acide urique. Pour la traiter, le CHU met en œuvre plusieurs techniques.

«Poitiers fut un des premiers CHU du pays à disposer d'un lithotriteur dès 1987.» Cet appareil envoie des ondes de choc à partir d'un générateur externe sur le calcul après repérage radiographique et/ou échographique. La répétition des ondes fragmente le calcul dont la résistance est liée à sa nature cristalline. Au CHU de Poitiers,

Prélèvement de rein à cœur arrêté

Les internes d'urologie travaillent actuellement avec l'équipe Inserm-Université de Poitiers des professeurs Gérard Mauco et Thierry Hauet sur «ischémie reperfusion en transplantation d'organe» en allant opérer sur des modèles expérimentaux chirurgicaux pour l'étude de machines à perfusion dans le cadre du prélèvement à cœur arrêté. En effet, il est nécessaire d'augmenter le nombre de prélèvements de rein au vu du nombre de personnes en attente (2 300 greffes effectuées pour 6 500 personnes en attente). Ce développement peut venir de l'éligibilité des greffons issus de donneurs à cœur arrêté.

les patients sont traités à la lithotritie en ambulatoire. Ils sont ensuite suivis en consultation tandis que *«le suivi de la maladie lithiasique est effectué en collaboration avec les néphrologues»*. En 2008, une centaine de traitements par ondes de choc ont été réalisés au CHU. Si les calculs des reins sont trop volumineux pour être traités par ondes de choc, les urologues peuvent avoir aussi à pratiquer la chirurgie percutanée (néphrolithotomie percutanée ou NCPC) consistant à retirer les calculs par l'insertion d'un néphroscope dans le rein à partir d'une incision du flanc. Ils en ont pratiqué 15 l'année dernière. L'uré-



L'urétéroscopie souple couplée au LASER Holmium.

thérocopie souple permettait aussi de traiter les calculs par les voies naturelles, depuis 1984. Mais, depuis octobre 2009, une nouvelle technique très attendue depuis trois ans par le service permet de fragmenter tous les types de calculs. *«L'urétéroscopie souple couplée au LASER Holmium est un traitement aussi efficace, avec un plus grand confort pour les malades, en tenant compte des coûts de cette technique.»*

L'**insuffisance rénale**, qu'elle soit aiguë ou chronique, illustre la collaboration entre les urologues et les néphrologues. On distingue plusieurs types d'insuffisance rénale aiguë : l'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, l'insuffisance rénale aiguë organique secondaire à une destruction d'un des constituants du rein assurant la filtration du sang, et l'insuffisance rénale aiguë obstructive, due à un

obstacle empêchant l'écoulement normal des urines : calcul urinaire, tumeur, fibrose. C'est cette dernière catégorie, quand les cavités rénales sont dilatées et que les urines ne peuvent s'écouler, qui intéresse les urologues. *«Quand les cavités rénales ne sont pas obstruées alors cela relève de la néphrologie.»* Dans les cas d'insuffisance rénale aiguë obstructive (environ 60 cas par an), les urologues dérivent les urines par des sondes autostatiques «double J» ou par des néphrostomies percutanées qu'ils posent sous contrôle échographique au bloc d'urgence.

Quant à l'insuffisance rénale chronique, une fois en phase terminale, elle nécessite dialyse et transplantation. En France, en 2008, selon l'Agence de biomédecine, 6 500 personnes étaient en attente d'une greffe de rein et 2 337 greffes ont été effectuées. La **transplantation rénale** est conduite par les urologues en collaboration avec les néphrologues du CHU mais aussi ceux de toute la région. *«Nous recevons les reins prélevés ici mais aussi par les collègues urologues et chirurgiens vasculaires de Niort, Saintes, Angoulême et La Rochelle. Le réseau marche formidablement bien et les résultats sont excellents : l'Agence de biomédecine a reconnu que la survie des greffons implantés au CHU et suivis par les néphrologues de la région était supérieure à celle de la moyenne nationale de France.»* En 2008, 67 greffes de reins ont été réalisées au CHU. Le suivi des personnes greffées est ensuite assuré par les néphrologues du CHU et de la région.

Les urologues assurent également sur le plan chirurgical la préparation des donneurs en état de mort encéphalique lors des PMO pour que les autres intervenants (chirurgiens hépatiques, vasculaires, thoraciques) puissent effectuer les prélèvements. En 2008, 37 prélèvements multi-organes ont ainsi été effectués au CHU (voir encadré page 17).

Notons que si la majorité des actes effectués en urologie sont chirurgicaux, nombre de patients du service ne voient pas l'ombre d'un scalpel ou d'un coelioscope. *«Nous suivons des patients atteints de pathologies infectieuses urinaires ; nous procédons au suivi*

des calculs ou accueillons des enfants atteints d'énurésie», précise Christophe Pires. Et le docteur Patrick Bouet assure une consultation de sexologie, dans les services de gynécologie et d'urologie, pour les problèmes d'origine organique et psychologique.

Formation et recherche

Le CHU est un établissement hospitalier mais aussi d'enseignement et de recherche.

Bertrand Doré, Jacques Irani et Christophe Pires assurent la formation des internes du DESC d'urologie ainsi que la formation continue des professionnels de santé. «Le service d'urologie est rapidement choisi par les étudiants pour la qualité de son encadrement», note Bertrand Doré. De plus, en tant que membres du Collège d'urologie, les professeurs Doré et Irani enseignent à tous les internes d'urologie de France deux à trois semaines par an dans le cadre de l'enseignement du Collège d'urologie. Enfin le service d'urologie participe à de nombreuses études. Le Pr Irani a été l'investigateur principal d'une étude sur un nouveau traitement chirurgical du cancer de la prostate basé sur l'utilisation conjointe du laser et d'un produit photosensibilisant. Des fibres optiques sont implantées dans la prostate, l'illumination laser associée à l'administration intraveineuse d'un produit photosensibilisant doit en quelques jours nécroser le tissu prostatique tumoral.

Autre étude à laquelle participe le service d'urologie de Poitiers : l'étude d'un nouveau traitement médical de l'adénome de la prostate avec un antagoniste de la LH-RH (Luteinising Hormone – Releasing Hormone). «Jusqu'ici on utilise des agonistes de la LH-RH, mais il est possible que les antagonistes apportent des bénéfices significatifs», précise le Pr Irani. Les antagonistes de la LH-RH pourraient ainsi devenir une alternative aux molécules actuelles en proposant un traitement relativement court pour un bénéfice prolongé.

Le service est aussi investigateur dans une étude prospective multicentrique nationale «SURACAP» qui cherche à définir un protocole de surveillance active,

L'urologie privilégie la coelioscopie

«Le panel des opérations réalisables sous coelioscopie est très large en urologie, explique Christophe Pires. Nous effectuons par cette voie d'abord 70% des néphrectomies totales, 100% des prostatectomies, 100% des cystectomies, 100% des promonto-fixations (cures de prolapsus), les curages ganglionnaires pelviens, la chirurgie du varicocèle ou 100% des cures de syndromes de jonction pielo-urétérale. Cette voie d'abord est privilégiée par rapport à la laparotomie car les suites opératoires sont meilleures – respect maximum des nerfs de l'érection –, la douleur est moindre, le bénéfice immédiat et l'hospitalisation plus courte. Nous sommes dans une dynamique pour toujours faire en sorte que cette voie soit privilégiée sans prendre de risques : si on ne peut pas, on ne fait pas. Mais nous avons développé une expérience et une formation optimum de cette voie. Par exemple, nous pratiquons la cystectomie par coelioscopie, ce qui est loin d'être réalisé partout.» Le service d'urologie espère que le CHU se dote rapidement d'un équipement permettant la coelioscopie en 3D.



sans traitement, des cancers de prostate présentant des critères de latence.

«Enfin, les performances diagnostiques du marqueur PSA ne sont pas satisfaisantes. En résumé, ce marqueur tire trop souvent la sonnette d'alarme pour rien. Il faut trouver de nouveaux marqueurs.» Aussi, le Pr Irani travaille-t-il actuellement sur un nouveau marqueur génétique PCA3 «qui a des performances diagnostiques bien meilleures mais qui coûte quinze fois plus cher et n'est pas remboursé».

Le professeur Irani tient à souligner l'importance des collaborations menées d'une part avec le Dr Stéphane Guérif qui met en œuvre la curiethérapie, d'autre part avec le docteur Gaëlle Fromond-Hankard, responsable de la tumorothonie «essentiellement approvisionnée par l'urologie (prostate, vessie, reins)» dans le service d'anatomo-pathologie. Elle est spécialisée en uropathologie et référente nationale de la SURACAP dans le cadre de laquelle elle relit toutes les biopsies effectuées. ■

Harmoniser la prise en charge des infections ostéoarticulaires

Les CHU de Tours et de Poitiers ont été retenus par le ministère de la Santé pour mettre en œuvre un des huit centres de référence interrégionaux sur les infections ostéoarticulaires (IOA). A Poitiers, le projet a été développé par le professeur France Cazenave-Roblot, infectiologue, en collaboration avec les praticiens (médecins, chirurgiens et microbiologistes) impliqués dans la prise en charge des infections ostéoarticulaires.

Le professeur France Roblot



Les infections ostéoarticulaires concernent 2 000 à 2 500 personnes par an. Ce sont essentiellement des infections sur prothèses ou post-traumatiques contractées souvent après un passage au bloc opératoire. Complexes, elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital et causer de graves séquelles fonctionnelles longtemps invalidantes. La prise en charge est aussi compliquée puisque «*elle exige la réunion d'un chirurgien, d'un microbiologiste pour gérer les prélèvements et d'un infectiologue pour déterminer l'antibiothérapie. A ces trois piliers doivent s'ajouter un rhumatologue, un anesthésiste et un radiologue*», précise le Pr France Roblot.

Plusieurs épisodes d'infections ostéoarticulaires ont été largement médiatisés depuis quelques années. Les malades concernés se sont regroupés en association. Dans le même temps, les professionnels ont été de plus en plus sollicités pour la prise en charge de ces infections complexes. Dans ce contexte, le ministère de la Santé les a incité à mener une réflexion sur l'organisation de la prise en charge de ces infections.

«*Le traitement des infections ostéoarticulaires se fait très bien depuis longtemps mais comme nous n'en rencontrons pas beaucoup dans chaque centre hospitalier, il était important d'uniformiser les pratiques et d'échanger.*»

En septembre 2008, huit centres de référence interrégionaux sur les infections ostéoarticulaires (IOA) ont été créés suite à un appel à projet. Le projet porté par Jean-Marc Besnier et France Roblot et les professeurs des CHU de Tours et Poitiers en fait partie. Il associe le CHR d'Orléans et tous les centres hospitaliers universitaires de l'interrégion Ouest qui s'étend du Poitou-Charentes à la Bretagne.

«*Pas question qu'un patient de Quimper aille se faire soigner à Tours ou Poitiers*», précise France Roblot qui associe le centre à la notion de réseau de référence. «*L'objectif est avant tout de faire circuler l'information entre tous les praticiens*

ayant affaire aux IOA dans toute l'interrégion Ouest et d'harmoniser les pratiques.» Le coordonnateur du centre est le professeur Louis Bernard, infectiologue, du CHU de Tours.

Des groupes de travail ont été constitués pour engager des réflexions communes entre toutes les parties prenantes de la prise en charge des IOA du territoire interrégional. Les thèmes de travail sont le dossier commun informatisé – qui doit permettre d'évaluer les résultats de cette nouvelle organisation –, les techniques chirurgicales, la communication (élaboration d'un annuaire des praticiens prenant en charge les IOA dans l'interrégion), les techniques de prélèvement, la recherche expérimentale, la recherche clinique et les protocoles d'antibiothérapie. France Roblot coordonne le groupe de travail sur la recherche clinique. «*Concrètement, dans chaque groupe de travail, nous travaillons à distance en échangeant par mail et téléphone. Dans le groupe sur la recherche clinique nous mettons par exemple en commun les projets de recherches sur les IOA. Cela nous permet de discuter de ces projets et d'envisager le recrutement d'un nombre plus important de malades. Et pour que tous les groupes connaissent les avancées de chacun, nous nous réunissons une fois par an en réunion plénière.*»

Localement, au CHU de Poitiers, le Dr Gwenaél Le Moal, en collaboration étroite avec les chirurgiens orthopédistes, en particulier le Dr Hamid Hamcha, prend en charge tous les problèmes infectieux survenant chez les patients d'orthopédie et identifie les cas les plus complexes devant être discutés pendant la réunion de concertation pluridisciplinaire (entre rhumatologues, orthopédistes, scintigraphistes et infectiologues) qui a lieu tous les quinze jours au CHU. «*Il nous arrive de discuter de dossiers externes à l'hôpital. L'objectif est d'adopter une position consensuelle et que tout praticien confronté à une IOA complexe puisse en discuter.*» ■



LA MAISON DES FAMILLES

Ouverte depuis 1993, cette maison a été inaugurée et agrandie grâce à la générosité et au soutien de nombreux donateurs, privés ou publics, ainsi qu'à l'opération «Pièces Jaunes» de la Fondation des Hôpitaux de Paris.

Cette structure d'accueil est gérée par l'Association «La Maison des Familles» dont les objectifs sont, en complément de l'action du CHU de Poitiers, d'améliorer l'accueil et l'hébergement des familles à l'hôpital.

Située sur le site de l'Hôpital de la Milétrie, cette maison met à disposition des familles des hospitalisés, 7 studios et 22 chambres confortables. Les prix varient suivant la durée du séjour. Le personnel de la Maison assure votre accueil et votre installation.

Renseignements au 05 49 44 45 00, de 9h à 19h en semaine
et de 9h à 17h le samedi

**Assoc. «La Maison des familles» – Hôpital de la Milétrie
BP 577 – 86021 Poitiers cedex**



Une maison hospitalière pour les soins palliatifs

Le CHU compte désormais une unité de soins palliatifs, la seule actuellement dans la région. Au sein de l'établissement hospitalier, ces dix lits supplémentaires viennent renforcer la démarche entreprise autour de cette prise en charge. Celle-ci permet avant tout d'accompagner les situations de crise vécues par les patients atteints de maladies graves et évolutives.

Bien évidemment, le responsable de la nouvelle structure, le Dr Laurent Montaz, se réjouit de la création de cette unité dédiée aux soins palliatifs. D'emblée, il tient à préciser les enjeux de ce type de prise en charge trop systématiquement associée à la phase terminale :



«La première vocation de ce lieu est de prendre en charge des situations de crise les plus extrêmes chez des personnes atteintes de maladies graves et évolutives. Il s'agit de situations complexes de souffrance physique, psychologique, sociale, spirituelle ou existentielle, en tenant compte également des proches qui peuvent être dans l'épuisement.»

Jusqu'à présent, le CHU comprenait 17 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) répartis sur plusieurs services, et une équipe mobile dont l'activité n'a cessé de croître (plus de 700 patients pris en charge l'an passé). L'établissement hospitalier dispose désormais d'une unité entièrement dédiée à ce type d'accompagnement. La nouvelle structure est située

au rez-de-chaussée du pavillon Joseph Garnier. Ce bâtiment, qui bénéficie de la proximité du parc, a fait l'objet d'un réaménagement. *«On a essayé de créer un lieu harmonieux, délicat et esthétique dont l'ambiance permet de se sentir en sécurité»*, explique Catherine Boisseau, la cadre de santé de la nouvelle unité et de l'équipe mobile. Les 10 chambres sont individuelles et toutes équipées d'un lit d'accompagnant. L'unité comprend une baignoire thérapeutique à ultrasons, laquelle permet de procurer des soins antalgiques aux patients. L'ensemble a été conçu comme une maison hospitalière. Cette hospitalité se traduit notamment lors des entrées programmées, à l'occasion desquelles les soignants accompagnent le patient de la sortie d'ambulance jusqu'à sa chambre.

L'une des spécificités de l'unité est de ne pas imposer d'horaires de visite. *«Il y a eu un gros effort pour penser à l'accueil des familles 24h sur 24»*, reconnaît le Dr Laurent Montaz. Dans la nouvelle unité, un espace est dédié aux familles. Il comprend un petit salon et une kitchenette. Une salle de bains est également à leur disposition. *«On ne peut pas nier la souffrance des proches. Ils doivent faire l'objet de toutes nos attentions. Cela implique l'écoute, l'explication mais également la proposition de participation aux soins dans le cas de patients hospitalisés à domicile.»*

L'unité a une vocation régionale. Dans ce périmètre, les demandes d'hospitalisation peuvent émaner d'un service du CHU, d'un établissement hospitalier, ou d'un médecin libéral. Certains admissions peuvent également s'effectuer directement depuis le domicile. *«Afin de déterminer quels patients nous devons accueillir en priorité, nous transmettons à nos confrères un questionnaire. Il nous permet d'évaluer la difficulté de la situation, l'évolution de la maladie,*

Le docteur Laurent Montaz



ainsi que l'impact psychologique sur le patient et son entourage», précise le Dr Laurent Montaz.

Certaines interventions suscitent des interrogations devant lesquelles un médecin traitant peut se trouver démuné. L'introduction d'une sonde d'alimentation entérale chez un patient gravement malade va-t-elle être vécue comme un acharnement thérapeutique ou répond-elle à des conditions de confort ? Dans ce but, une veille téléphonique, assurée à la fois par les professionnels de l'équipe mobile et les professionnels de l'unité de soins palliatifs, vient d'être mise en place. *«Dans le cas de symptômes difficiles tels des douleurs, des nausées ou des vomissements incoercibles, le fait d'échanger sur une situation avec les médecins qui connaissent très bien les patients et leur famille fait qu'on arrive à trouver ensemble des solutions pour améliorer la situation des patients et parfois même autoriser leur retour à domicile.»*

Outre les médecins, la cadre de santé, les infirmières et les aides-soignantes, une psychologue, une diététicienne et un kinésithérapeute interviennent dans cette unité. Au sein de l'équipe, les échanges se formalisent au sein de réunions cliniques quotidiennes, et lors de réunions plus espacées de synthèse et de supervision qui sont l'occasion d'apporter un soutien à l'équipe soignante. *«Ces moments donnent toute leur cohérence au projet. On est là pour donner tout son sens au "prendre soin".»*

L'équipe travaille par ailleurs en étroite collaboration avec l'équipe mobile, ainsi qu'avec les collègues gériatres, lesquels accueillent également des personnes en soins palliatifs dans des lits identifiés.

Dans la nouvelle unité, l'équipe fait de son mieux pour s'adapter au rythme et aux désirs des patients. *«Notre objectif, c'est d'habiter le temps qui reste à vivre. On essaie de redonner au patient la capacité d'être acteur jusqu'à la fin. Même pour des personnes en fin de vie, on parle de projet de vie. Cela peut consister à voir ses enfants, voir les fleurs après-demain, ou bien tout simplement sortir de son lit.»* A cet accompagnement de l'équipe, s'ajoute celui de bénévoles comme ceux de l'association Jalmalv à

Poitiers. Chez les personnes en fin de vie, le questionnement existentiel est très présent. A leur demande, l'équipe interpelle les gens des différents cultes. L'unité de soins palliatifs est également un lieu d'enseignement, de formation et de recherche. Cet enseignement implique les différentes écoles paramédicales, ainsi que la faculté qui délivre le DIU de soins palliatifs. Cette transmission des connaissances liées à l'accompagnement propre aux soins palliatifs est également ouverte aux professionnels libéraux de la région. *«Nos collègues sont les bienvenus dans notre service, y compris dans le cadre d'une rencontre impromptue car je suis convaincu que la relation directe permet justement de mieux travailler»*, insiste le Dr Laurent Montaz avant de rappeler que l'unité appartient avant tout aux patients. ■

Contacts

Cadre de santé :
Catherine Boisseau
05 49 44 32 97

Secrétariat :
Tél. 05 49 44 32 98
Fax 05 49 44 32 99



L'unité de soins palliatifs a pris place au rez-de-chaussée du pavillon Joseph Garnier.

Les plaies sous dépression

La thérapie par pression négative (TPN) mise en œuvre depuis quelques années au sein du CHU consiste à mieux soigner les plaies en les mettant sous pression. L'avantage du procédé : la réduction du temps de cicatrisation tout en offrant un meilleur confort pour le patient. Le service d'orthopédie-traumatologie a été l'un des premiers à l'appliquer. Depuis, la technique s'est généralisée à l'ensemble de l'établissement.

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques liées en partie à notre mode de vie, la prise en charge des plaies est devenue un réel enjeu de santé publique. Dans ce contexte, sont apparus sur le marché pharmaceutique de nouveaux traitements et pansements aux indications de plus en plus précises. Parmi ceux-ci, une technique mise au point par le docteur Argenta, chirurgien plasticien américain, a véritablement «révolutionné» le traitement des plaies : il s'agit de la thérapie par pression négative (TPN), plus communément appelée système VAC (du nom de la marque qui a commercialisé en premier cette technique).

Un principe simple

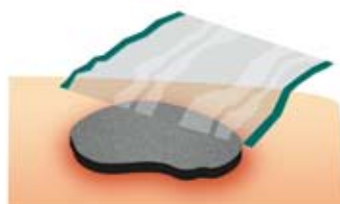
Au CHU de Poitiers, le premier service à appliquer le procédé est le service d'orthopédie-traumatologie, en 2000. Il a été très rapidement suivi par d'autres spécialités comme la chirurgie viscérale et la chirurgie vasculaire. Un plébiscite qui s'explique par plusieurs raisons : une facilité de mise en œuvre, des améliorations considérables dans la prise en charge des plaies avec un temps de cicatrisation plus court et un meilleur confort de traitement offert aux patients.

Son utilisation se fait sur prescription médicale mais elle est réalisée par les infirmières. «Après une évaluation pertinente de l'état de la plaie, précise Fatima Dupuis, cadre de santé en orthopédie-traumatologie, les médecins prescrivent l'acte en concertation avec les infirmières, qui ont une très bonne expertise dans ce domaine, de façon à prendre la meilleure option pour le patient.»

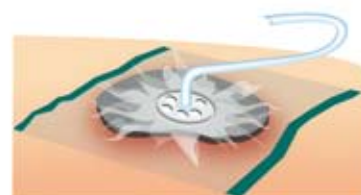
Le matériel nécessaire pour l'administration du traitement comporte : une pompe, une mousse stérile d'environ 3 cm d'épaisseur, un film transparent et un contenant assorti de tubulures. «L'application de la TPN se déroule de la façon suivante : après avoir bien nettoyé la plaie, nous découpons la mousse de la taille de cette dernière que nous appliquons dans la cavité. L'ensemble est ensuite recouvert d'un film, qui assure une occlusion complète de la plaie, sur lequel est branchée la pompe, par l'intermédiaire d'un tube. Cette pompe met le pansement sous vide et le maintient en dépression.» C'est là que réside toute l'alchimie du procédé. En effet, la dépression va éliminer les exsudats, faciliter la croissance d'un tissu de granulation, améliorer la vascularisation et favoriser un environnement



Pansement absorbant découpé aux dimensions de la plaie.



Pansement adhésif transparent de couverture sur le pansement absorbant.



Tubulure d'aspiration permettant l'élimination des exsudats connectée au dispositif de pression négative.

humide propice à la cicatrisation. «*Le principe du système TPN est simple, mais il fallait y penser*», sourit Mireille Przewrocki, infirmière en orthopédie-traumatologie. Le dispositif est changé tous les trois jours et son application peut durer de quelques semaines à plusieurs mois suivant la surface de la plaie. Il s'adresse exclusivement à des plaies importantes pour lesquelles un traitement traditionnel par méchages n'apporterait pas de solutions suffisantes.

En chirurgie orthopédique, la TPN est utilisée dans les cas de plaies traumatiques liées aux accidents de la voie publique avec écrasement ou délabrements importants des tissus, d'escarres ou encore pour les hématomes conséquents. «*Avant l'arrivée de cette technique, nous avions très souvent recours à la reconstruction par pose de lambeaux. Ce qui impliquait un temps d'hospitalisation long avec un risque infectieux plus élevé. Avec la TPN, la pose de lambeaux n'est plus systématique et nous avons un taux de réussite qui est de plus de 90 %, avec un temps de cicatrisation considérablement réduit.*»

Un constat partagé par les infirmières du service de chirurgie viscérale : «*Nous sommes amenées à traiter avec ce système les plaies abdominales, périnéales post-chirurgicales et les escarres, souligne Isabelle Brulé, infirmière stomathérapeute. Sur une amputation de rectum par exemple, nous pouvons gagner jusqu'à 6 à 7 mois de cicatrisation.*»

Dans certains cas, la durée d'hospitalisation n'en est toutefois pas forcément réduite : «*Nous sommes souvent obligés de garder les patients dans le service durant la quasi-totalité du traitement, ajoute Laurence Laborde, cadre de santé en service de chirurgie viscérale. En effet, cette technique est difficile à réaliser par les infirmières libérales et en unités de convalescence du fait de différents facteurs : la*



prise en charge financière, le temps soignant et la formation qu'elle nécessite.» Néanmoins, l'hospitalisation à domicile (HAD) peut être une alternative car les équipes sont habilitées à réaliser la TPN au domicile des patients.

Un gain incontestable pour le patient

Autre gros consommateur de la TPN : la chirurgie vasculaire. Les résultats d'un point de vue cicatrisation sont tout aussi impressionnants, même si les taux de réussite sont moins élevés. Cela tient en particulier au mauvais terrain clinique des patients (diabétique, personnes âgées, avec terrain d'athéropathie...) traités par le service.

La TPN est prescrite dans trois cas principaux : l'amputation de la jambe lors d'apparition d'abcès ou d'hématomes, les plaies conséquentes à une incision fémorale qui ont du mal à cicatriser et l'amputation de l'avant du pied. «*Dans ce dernier cas, la TPN est appliquée pour essayer au maximum d'éviter l'amputation de la jambe, souligne Sandra Menneteau, infirmière au service de chirurgie vasculaire, mais malheureusement cela ne suffit pas dans deux tiers des cas.*»

Car aussi efficace qu'il soit, le procédé comporte un certain nombre

de contre-indications, en particulier les plaies infectées, les plaies tumorales, les plaies hémorragiques ou encore les plaies trop proches des viscères qui sous l'action de l'aspiration pourraient engendrer des fistules.

Mais lorsque les patients peuvent en bénéficier, quelle que soit la spécialité, le gain est incontestable en terme de cicatrisation mais aussi vis-à-vis de la douleur liée aux soins. «*En effet, nous n'intervenons sur la plaie que tous les trois jours contrairement à un soin par pansements qui nécessite d'être réalisé quotidiennement, voire plusieurs fois par jour.*» Il n'y a plus non plus cette impression de macération et d'odeurs qui peut être dérangeante pour le patient.

«*Avec la TPN, la collectivité est également gagnante. Malgré un prix assez élevé des consommables, le coût est bien inférieur à un soin traditionnel qui nécessite une somme importante de produits et mobilise plus de temps infirmier par jour et sur une période plus longue*», conclut Marie-France Joyeux, cadre de santé au pôle neuroscience. ■

E3P : un recours régional dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles

A l'initiative du CHU de Poitiers, une structure régionale d'évaluation des pratiques professionnelles, dénommée E3P, vient de voir le jour. Son but : proposer un accompagnement à l'ensemble des établissements de santé publics de la région afin de les aider à évaluer leurs pratiques professionnelles. Entretien croisé avec le professeur Joseph Allal, président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHU et initiateur du projet, et le docteur Virginie Migeot, responsable de la nouvelle structure.

Qu'est-ce qui a motivé cette création et pourquoi le CHU en est-il l'instigateur ?

Joseph Allal – Depuis la mise



en œuvre des certifications de l'établissement, le CHU de Poitiers a entamé au sein de ses pôles, comme l'oblige la loi, une

importante démarche d'évaluation de ses pratiques professionnelles. A l'heure actuelle, 61 % des médecins (hors internes et chefs de clinique) sont inscrits dans cette démarche. L'objectif est pour chaque service de comparer ses pratiques aux référentiels édictés par les sociétés savantes et la Haute Autorité de santé (HAS), avec pour finalité la création d'un cahier des charges des bonnes pratiques. Mais là où le procédé est intéressant, c'est que nous nous sommes rendu compte que ceux qui avaient été au bout de la démarche (14 dossiers ont été validés) gardaient ensuite le réflexe de s'évaluer.

La qualité constitue un élément déterminant de mon mandat de président de CME du CHU. Il me semblait donc important de faire profiter, à l'ensemble de la communauté scientifique, de notre expertise dans ce domaine et ainsi jouer notre rôle de recours régional en terme de formation.

Virginie Migeot – D'autant qu'une enquête diligentée par l'HAS en septembre 2008 avait mis en évi-



dence que bon nombre d'établissements publics de la région avaient des difficultés à entamer cette démarche soit par manque de

connaissance de la méthodologie et de l'organisation à mettre en œuvre mais aussi et surtout par l'absence de médecin spécialisé dans ce domaine comme interlocuteur.

Qui finance la structure, qui est concerné et concrètement quel est son rôle ?

Joseph Allal – Après avoir rencontré l'ensemble des présidents de CME de la région, qui m'ont tous donné leur assentiment sur ce projet, je me suis tourné vers l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Cette dernière a été sensible à l'initiative, notamment dans la notion de mutualisation des moyens, et n'a pas hésité à nous donner les financements nécessaires (400 000 €) pour un fonctionnement sur trois ans. Cette structure mobile, car elle a vocation à se déplacer dans tous les territoires, s'adresse à l'ensemble des établissements médicaux publics, types hôpitaux locaux, généraux, psychiatriques, EPHAD... soit 30 établissements sur la région.

Virginie Migeot – L'E3P s'est donné trois missions principales. La première consiste à accompagner les établissements dans leur

démarche d'évaluation en fonction des thèmes qui ont été identifiés. Quand les personnes auront pris la mesure de la tâche nous constituerons des groupes territoriaux afin de construire ensemble les méthodes à mettre en place. La deuxième mission est de proposer des ateliers de formation. L'objectif est de faire se rencontrer des médecins qui ont déjà mis en place un système d'évaluation avec ceux qui voudraient l'initier. Nous sommes ici dans une logique d'échange d'expériences. Enfin la dernière mission, c'est l'organisation de rencontres régionales, comme celle qui a eu lieu le 16 octobre dernier à Niort, dans un souci de lever le maximum de freins chez les personnes qui seraient encore réticentes et de créer une cohésion régionale.

Pour faire fonctionner la structure nous avons recruté deux personnes : un médecin et un data manager (gestionnaire de base de données). Ce qui fait trois personnes avec moi dans l'équipe opérationnelle. Celle-ci est chapeautée par un comité de pilotage et un comité scientifique.

Pourrait-elle s'ouvrir aux établissements privés ?

Joseph Allal – Nous nous donnons trois ans d'activité sur le modèle actuel. Suivant la tournure que prendra la structure, nous pourrions envisager de l'ouvrir au secteur privé. ■

Contact : E3P, docteur Virginie Migeot
Tél. 05 49 44 48 80
Email : v.migeot@chu-poitiers.fr

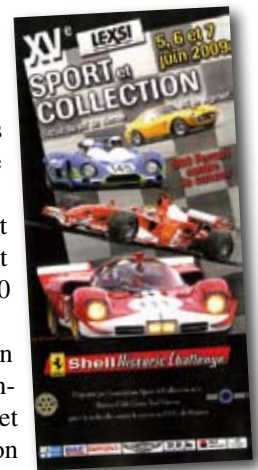


Signature de conventions dans le domaine de la recherche et de la santé au travail

Ségolène Royal, présidente de la Région Poitou-Charentes, Alain Claeys, président du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Poitiers et Jean-Pierre Dewitte, directeur général, ont signé, le vendredi 9 octobre 2009, cinq conventions dans le domaine de la recherche et une convention dans le domaine de la santé au travail. Dans le domaine de la recherche, les conventions portent sur le financement et le recrutement de cinq chercheurs afin de soutenir le développement de la recherche en santé au sein des cinq équipes suivantes : l'équipe «cellules souches leucémiques et thérapeutiques» du professeur Ali Turhan ; l'équipe «laboratoire inflammation, tissus épithéliaux et cytokines» du docteur Jean-Claude Lecron ; l'équipe «pharmacologie des anti-infectieux» du professeur William Couet ; l'équipe «ischémie-reperfusion en transplantations d'organes» du professeur Gérard Mauco ; l'équipe émergente «biomarqueurs tissulaires dans le cancer de la prostate» du professeur Gaëlle Fromont-Hankard. Dans le domaine de la santé au travail, la convention porte sur le financement d'un programme de recherche mené par le département de prévention intervenant en santé au travail et environnementale dirigé par le docteur Eric Ben Brik.

260 000 € contre le cancer

Jean-Pierre Doury, président de l'association Sport et Collection, et Michel Hénot, président du Rotary Club Civray Sud-Vienne, ont remis un don de 220 000 euros au Centre hospitalier universitaire de Poitiers pour la recherche contre le cancer. A cette somme, s'ajoute un don de 40 000 euros de Peter Mann, président du Club Ferrari France. Ce montant très important a été collecté lors de la 15^e édition de Sport et Collection «500 Ferrari contre le cancer» qui s'est déroulée les 5, 6 et 7 juin derniers sur le circuit du Val de Vienne au Vigeant. Près de 1 500 automobiles d'exception y ont participé dont plus de 530 Ferrari. La cérémonie de remise du don s'est déroulée le jeudi 9 juillet en présence de Bernard Tomasini, préfet de la région Poitou-Charentes, de Claude Bertaud, président du Conseil général de la Vienne et d'Alain Claeys, député-maire et président du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Poitiers.



Créé en 2008, le conseil scientifique Sport et Collection a reconduit cette année son appel d'offres auprès des équipes de recherche du CHU et étudié les projets susceptibles de bénéficier du soutien financier de l'association Sport et Collection et du Rotary Club Civray Sud Vienne.

Le conseil scientifique a précisé que les recherches conduites devront toutes faire l'objet d'une évaluation à échéance d'un an, intégrant également les perspectives et les réalisations en terme de publication.

Les médecins chercheurs ont souligné la nécessité d'un renfort en personnel, permettant d'optimiser l'utilisation faite des nouveaux équipements.

Au titre du don de 260 000 euros versé en 2009, le conseil scientifique a donc décidé de renouveler le financement de deux postes d'attachés de recherche clinique, soit un budget de 80 000 euros, réparti comme suit :

- 1 poste pour la recherche clinique en oncologie hématologique ;
- 0,5 poste pour la recherche clinique en oncologie médicale ;
- 0,5 poste pour la recherche clinique en oncologie radiothérapique.

Quatre nouveaux projets ont été déposés dans les délais. Chacun d'eux a été examiné avec la plus grande attention, sur la base de différents critères : la qualité des équipes de recherche et des résultats déjà obtenus en terme de publications de niveau international ; l'impact structurant du projet pour la recherche au CHU de Poitiers ; son caractère innovant ; la participation au continuum essentiel entre la recherche fondamentale et la recherche clinique.

Sur ces bases, le conseil scientifique a décidé d'attribuer :

- 75 000 euros pour l'acquisition d'une caméra numérique dans le cadre du projet d'étude morphologique ultrastructurale des complications rénales des hémopathies lymphoïdes, présenté par le Professeur Jean-Michel Goujon ;
- 55 000 euros pour l'achat d'un microscope à fluorescence avec une station Comet manuelle dans le cadre du projet d'étude de la chimiosensibilité et de la radiosensibilité des cellules souches cancéreuses ou initiatrices de glioblastomes : nouvelles approches thérapeutiques, présenté par le Docteur Lucie Karayan-Tapon ;
- 7 200 euros pour l'acquisition d'un automate d'hybridation pour la technique de la Fish, dans le cadre du projet d'amplification de la région 8q24 et expression de gènes candidats dans le cancer de la prostate présenté par le Professeur Gaëlle Fromont-Hankard ;
- le reliquat, soit 9 425 euros, au financement d'un temps d'attaché de recherche clinique en soutien au projet du Professeur Gaëlle Fromont-Hankard.

En 2010, la 16^e édition de Sport et Collection aura lieu les 4, 5 et 6 juin.

50^e anniversaire de la MHV

La Mutuelle des hôpitaux de la Vienne a fêté son cinquantième anniversaire le 5 octobre dernier. A cette occasion, Etienne Caniard, membre de la Haute Autorité de santé et président de la Fondation de l'avenir a visité différents services du CHU de Poitiers. Ci-contre, de gauche à droite :

Thierry Lefebvre, directeur général adjoint du CHU de Poitiers, Jacques François, directeur référent du pôle de cancérologie, Jean-Yves Lourdault, président de la MHV, Etienne Caniard, membre de la Haute Autorité de santé et de la Fondation de l'avenir, et Joël Delhomme, directeur de la MHV.



Direction : des départs et des arrivées

Louis-Marie Challet, directeur adjoint, a fait valoir ses droits à la retraite et a quitté l'établissement le 13 mai dernier, après 48 années d'activité professionnelle variée. Autodidacte, il a intégré le CHU de Poitiers en 1976. Après son intégration dans le corps de direction, il a occupé les fonctions de directeur adjoint des services économiques, puis de la direction du personnel à l'époque de la mise en place des 35 heures à l'hôpital. Directeur du site de la Milétrie puis de la recherche, il a mené l'ensemble du projet du pôle régional de cancérologie depuis 2003 en qualité de directeur référent du pôle cancérologie, aux côtés du Pr Jean-Marc Tourani, coordonnateur, de Chantal Brunet, cadre supérieur de santé et de la direction des constructions et du patrimoine.

Au CHU de Poitiers depuis avril 2006, France Béréterbide, directrice adjointe à la direction des ressources humaines et directeur référent du pôle hépato-gastro-entérologie, médecine interne-endocrinologie et maladies métaboliques, néphrologie et transplantation rénale, hémodialyse, chirurgie viscérale, urologie (dune), a rejoint le Centre hospitalier de Langon pour prendre la direction des affaires générales et médicales.

Chantal Lovati, pour sa part, a pris ses fonctions au pôle investissement et logistique du CHU de Tours. Arrivée en août 2004 au CHU de Poitiers, elle a occupé les fonctions de directrice adjointe à la direction des ressources humaines jusqu'en 2005 puis à la direction des achats et de la logistique à partir de 2006 ainsi que les fonctions de coordonnateur des achats. Depuis 2005, elle était également directeur référent du pôle cœur-poumons. Hubert Bougueret lui succède à la direction des achats et de la logistique.

Florence Eon, pour sa part, assurait les fonctions de directrice déléguée aux affaires juridiques, au sein de la direction générale, depuis octobre 2006. Elle a quitté l'établissement en juillet dernier pour rejoindre un cabinet en conseil juridique à Paris. Laurette Blommaert lui succède depuis le 2 novembre.

Prises de fonction en qualité de praticien hospitalier titulaire entre le 1^{er} janvier et le 31 août

- pôle biologie médicale : Jérôme Duchemin (service d'hématologie et oncologie biologique) ;
- pôle cancérologie-hématologie et pathologie tissulaire : docteur Karine Moumouh (service d'oncologie médicale) ;
- pôle cœur-poumons : docteur Nicolas Varroud-Vial (service médico-chirurgical de cardiologie)
- pôle imagerie : docteur Elisabeth Escure (service de radiologie)
- pôle médipool : docteur Alain Ramassamy (service de médecine interne, maladies infectieuses et tropicales) ;
- pôle réanimations-anesthésie : docteur Franck Petitpas (service d'anesthésie-réanimation) ;
- pôle urgoss : docteur Catherine Martineau-Poussière (service urgences SAMU-SMUR)

Prises de fonction en qualité de professeur des universités-praticien hospitalier au 1^{er} septembre 2009

- pôle biologie médicale : docteur Christophe Buruoa (service bactériologie et hygiène)
- pôle neurosciences, locomoteur et vasculaire docteur Elisabeth Solau-Gervais (service de rhumatologie)

Prises de fonction en qualité de maître de conférences des universités-praticien hospitalier au 1^{er} septembre 2009

- pôle biologie médicale : Frédéric Favreau (service de biochimie)
- pôle réanimations-anesthésie : docteur Claire Dahyot-Fizelier (service d'anesthésie-réanimation)

Prises de fonction en qualité de consultant au 1^{er} septembre 2009

- pôle médipool : professeur Bertrand Becq-Giraudon (service de médecine interne, maladies infectieuses et tropicales)
- pôle biologie médicale : professeur Jean-Louis Fauchère (service de bactériologie et hygiène)

Renouvellement de fonctions pour un an en qualité de consultant au 1^{er} septembre 2009

- pôle cancérologie, hématologie et pathologie tissulaire : professeur Alain Daban (oncologie radiothérapique)
- pôle neurosciences, locomoteur et vasculaire : professeur Roger Gil (neurologie)

Départs à la retraite au 1^{er} septembre 2009

- pôle réanimations-anesthésie : docteur Martine Apercé (service d'anesthésie-réanimation) ;
- pôle réanimations-anesthésie : docteur Huguette Barrau-Plante (service d'anesthésie-réanimation)
- pôle biologie médicale : professeur Michel Barrière (service de biochimie) ;

Départs par mutation au 1^{er} septembre 2009

- pôle cancérologie-hématologie et pathologie tissulaire : docteur Pascale Mussault (équipe mobile de soins palliatifs).

Composition du conseil d'administration

Le conseil d'administration qui s'est réuni le 19 juin dernier a salué Madeleine Noiriel qui a cessé ses fonctions d'inspectrice à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Madeleine Noiriel a donc siégé pour la dernière fois à cette instance. Le président du conseil d'administration et le directeur général lui ont adressé des remerciements appuyés pour sa disponibilité, ses qualités d'écoute, sa connaissance des dossiers et son intérêt toujours réel pour les problématiques du CHU.



"Elle court, elle court la vie" à Saint-Cyr

Le 14 juin dernier, la fête familiale "Elle court, elle court la vie", organisée par et au profit de l'association "Un Hôpital pour les enfants" a connu un vif succès. Avec plus de quatre heures de spectacles, stands d'animations, musiques, jeux, structure gonflable, etc. la fête de Saint-Cyr a permis aux plus petits comme aux plus grands de s'amuser pour la bonne cause. 5 000 visiteurs ont pu profiter des nombreux stands et spectacles programmés. La journée a permis de recueillir 11 282 euros de recette (30% des bénéfices seront reversés à l'association la Maison des familles) et 4 469 € grâce à la tombola.

L'argent collecté servira au fonctionnement de l'association "Un hôpital pour les enfants" et au financement des animateurs, qui assurent une présence quotidienne au chevet des enfants hospitalisés au CHU de Poitiers. En 2010, la manifestation se déroulera le dimanche 13 juin.

Jean-Pierre Dewitte, chevalier de la Légion d'honneur

Jean-Pierre Dewitte, directeur général du Centre hospitalier universitaire de Poitiers, a été promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur le 14 juillet dernier, au titre de sa présidence d'une communauté d'établissements publics de santé, de son action régionale à la tête du Centre hospitalier universitaire et de son action nationale en qualité de vice-président de la Conférence nationale des directeurs généraux des CHU français. Les insignes lui ont été remis par le bâtonnier Jacques Grandon lors d'une cérémonie qui s'est déroulée le 16 octobre à l'hôtel de ville de Poitiers, en présence d'Alain Claeys, député-maire et président du conseil d'administration du CHU de Poitiers, de Jean-Pierre Raffarin, premier ministre, et de Bernard Tomasini, préfet de région.



Convention CHU- Stade poitevin volley-ball pro

Alain Claeys, président du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Poitiers, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, et Jean-Jacques Sallaberry, président du Stade poitevin volley-ball pro, ont signé le lundi 5 octobre 2009, la convention pour le suivi et la prise en charge des sportifs au sein du centre régional de médecine du sport du CHU de Poitiers.

Cette convention de partenariat a pour objet de fixer les conditions et l'orga-



nisation de la prise en charge efficace et rapide du sportif professionnel et des aspirants pros pour :

- les actes programmés relatifs à la surveillance médicale particulière des sportifs professionnels et des

aspirants pros ;

- les actes programmés relatifs à des pathologies liées à l'activité sportive ;
- les actes relatifs à la prise en charge des situations de «semi-urgences», pour les pathologies liées à l'activité sportive des joueurs, selon les règles

de fonctionnement du centre régional de médecine du sport, n'étant pas fait état des urgences mettant en jeu le pronostic vital et/ou nécessitant une intervention médico-chirurgicale rapide.

Fermeture définitive de l'hébergement (USLD) au pavillon l'Emery d'Echoisy sur le site de l'hôpital gériatrique Louis Pasteur

Depuis le 2 octobre, l'unité d'hébergement en soins de longue durée (USLD) du pavillon l'Emery d'Echoisy est définitivement fermée. Cette unité de 39 lits était installée au 2^e étage du bâtiment. Tous les résidents qui le désiraient ont été transférés dans les unités des pavillons Hulin et Pétonnet sur le site de l'hôpital gériatrique Louis Pasteur.

Le bâtiment Emery d'Echoisy sera totalement désaffecté au 31 décembre 2009. L'accueil de jour de 12 places situé au rez-de-

chaussée a été maintenu jusqu'en octobre.

Cette fermeture s'inscrit dans le cadre général de la recomposition de la filière gériatrique du CHU dont l'un des principaux objectifs est le transfert de 141 lits d'USLD spécialisés pour les malades Alzheimer et hospitalo-requérants sur le site de la Milétrie.

L'ouverture du bâtiment Aristide Maillol, en mars 2011, permettra le regroupement de l'ensemble des unités gériatriques sur un seul site.

Jours de fête à Pasteur

En mars 2011, le CHU de Poitiers quittera, en tant qu'institution, l'hôpital Pasteur en centre-ville. Depuis l'ouverture de l'hôpital des Incurables au XVIII^e siècle, le lieu a toujours été orienté vers l'hébergement et les soins aux personnes vulnérables et le soulagement des plus nécessiteux. Deux nouveaux acteurs, privé et public, succéderont à l'hôpital sur le site de Pasteur et y maintiendront un hébergement pour plus de 140 résidents.

Ce départ de l'institution hospitalière est une page importante qui se tourne pour ce site qui deviendra assurément un petit quartier entre le pont Neuf et le pont Saint-Cyprien et qui verra se côtoyer des familles avec des enfants, des étudiants et des personnes âgées. Des noms de rue seront d'ailleurs attribués aux voies intérieures participant ainsi à son intégration dans la ville. Cette nouvelle page sera marquée par différentes manifestations et animations jusqu'au départ du CHU. Ce sera l'occasion d'informer les Poitevins sur la vie de cet «hôpital», en évoquant ses fondateurs, ses propriétaires, ses habitants, ses patients, ses professionnels et tous les acteurs de son évolution. Ainsi, seront organisés pendant les mois à venir des événements, supports d'une communication sur l'histoire de ce site, son apport à la collectivité et son évolution ainsi que sa place dans la cité. Point de départ : décem-



bre 2009, pour s'associer à des manifestations culturelles de la ville, ou des programmations nationales, ou encore des initiatives locales à visée caritative. Du festival des Expressifs à Lire en fête, du festival Henri Langlois à la fête de la musique, de celle des jardins jusqu'à un Poitiers plage inédit, des concerts d'été à une messe de Noël, d'un ensemble de conférences sur les trois siècles d'hospitalité à un cirque en résidence, ou à la parution d'un livre, tout sera prétexte pour faire la promotion de l'histoire de ce site mal connu ou peut-être mal perçu.

Pour mener ces projets de festivités à bien, une association «Jours de Fête, de Pasteur à la Milétrie» a été déclarée en préfecture le 18 mai 2009. L'association est ouverte à tout sympathisant, actif si possible. Elle accueillera volontiers toute personne désireuse d'apporter son concours à tout ou partie de l'objet de l'association.

Contact : joursdefete-pasteur@chu-poitiers.fr

RYANAIR.com
VOLEZ MOINS CHER

Poitiers ↔ Londres

Les vols continuent cet hiver !

De novembre 2009 à fin mars 2010 :
3 vols par semaine les mardis, jeudis et samedis

Départ Poitiers 14h50
Arrivée Londres-Stansted 15h15*

Réservations sur www.ryanair.com

Contact Aéroport : 05 49 30 04 40

* heure locale



Aéroport Poitiers-Biard

www.poitiers.aeroport.fr

CCV - Service Communication - Nov. 2009



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

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

Tél. 05.49.44.91.27

Fax. 05.49.47.02.23

E-mail : cpm.dubois@wanadoo.fr

DALKIA, créateur
de solutions énergétiques.



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



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

Ordre des Avocats de Poitiers

L'Avocat, il vous conseille
il vous assiste

Partenaire privilégié de l'entreprise
pour toutes les questions d'ordre
juridique et fiscal, l'avocat vous
conseille et vous assiste en toute indépendance et confidentialité.
Professionnel de haut niveau, sa compétence
s'étend à tous les domaines du droit.
Enfin, appartenant à une profession à la fois
séculaire et moderne, et tenu au respect d'une déontologie stricte
au service de ses clients, l'avocat offre toutes les garanties
indispensables de sécurité et de responsabilité.

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 Châtellerault
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.mhv-sante.fr