



*Dossier*

## Les réanimations : répondre aux urgences les plus sévères

- > **Cancer du sein : la femme au cœur du parcours de soins**
- > **Lésions tumorales : des techniques alternatives à la chirurgie**
- > **Une unité de cardio-gériatrie voit le jour**



# TOUS PRÊTS IMMOBILIERS

## Vos avantages en tant que salarié du C.H.U.

- ✓ Pré-étude gratuite de votre financement
- ✓ Taux du prêt privilégié
- ✓ Frais de dossier réduit : 200 €
- ✓ Frais de gestion de compte bancaire négociés



## Cabinet René BONNET

☎ 05 49 41 45 94 cabinet.renebonnet@gmail.com

Cabinet René Bonnet 28, rue Gaston-Hulin - 86000 POITIERS Contacts : René BONNET, Stéphanie LANFRANCHI

**Négocier pour vous le meilleur taux !!! C'EST NOTRE MÉTIER DEPUIS 25 ANS**

## VOTRE ÉVÉNEMENT CLÉ EN MAIN



CENTRE DE  
CONFÉRENCES  
DE POITIERS

### DÉCOUVREZ NOTRE SAVOIR FAIRE :

Prise en charge de  
l'ensemble des services  
restauration,  
hébergement,  
technique,  
accueil...



AMPHITHÉÂTRE 209 PLACES



SALLES DE RÉUNION  
MODULABLES



SALON DE RÉCEPTION 220 m<sup>2</sup>



TERRASSE VÉGÉTALISÉE 145 m<sup>2</sup>

RÉSERVEZ  
TOUTES LES SALLES  
À TOUT MOMENT AU  
05 49 886 886

[www.centre-conferences-poitiers.com](http://www.centre-conferences-poitiers.com)  
contact@centre-conferences-poitiers.com - 05 49 886 886

En bref	4
«La plateforme de chirurgie expérimentale répond aux problèmes de santé publique»	8
<i>Entretien avec Thierry Hauet, directeur de la plateforme de chirurgie expérimentale et transplantation.</i>	
Cancer du sein : la femme au cœur du parcours de soins	10
<i>Le CHU de Poitiers souhaite qu'il y ait un interlocuteur référent pour la patiente qui centraliserait les informations.</i>	
Imagerie médicale en cancérologie : l'atout TEP	12
<i>Le CHU se dote d'un bâtiment conçu autour du TEP et double ainsi son équipement dans ce domaine.</i>	
<b>Dossier</b>	
Les réanimations : répondre aux urgences les plus sévères	14
Lésions tumorales : des techniques alternatives à la chirurgie	20
<i>Pour lutter contre certains cancers, le CHU met en pratique des techniques mini-invasives en complément de la chirurgie.</i>	
La DMLA	21
<i>Entretien avec le Dr Nicolas Levezuel qui vient compléter l'équipe d'ophtalmologie.</i>	
Les infirmier(ière)s nouvelle génération entrent en piste	22
<i>Une nouvelle définition du système de formation a nécessité en amont un travail important entre l'IFSI et les structures de soins du CHU de Poitiers.</i>	
Une prise en charge globale des pathologies de la colonne vertébrale	24
<i>L'unité fonctionnelle rachis-neurostimulation (UFRN) vient d'être créée au CHU de Poitiers.</i>	
Une unité de cardio-gériatrie voit le jour	25
<i>Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers accueille en janvier une nouvelle unité dédiée à la cardio-gériatrie.</i>	
En bref	28

## éditorial

Ce dernier CHU Magazine de l'année 2012 met à l'honneur les activités de réanimations, médicale et chirurgicale, adulte et pédiatrique, qui font de notre établissement un recours en la matière pour l'ensemble de la région Poitou-Charentes. Afin de faire face à des défaillances d'organes, suite à une pathologie, une opération ou encore un accident, les équipes de «réa» mettent en œuvre tout leur savoir-faire pour suppléer aux fonctions vitales affaiblies.

Le dossier présenté en pages centrales permet de souligner le travail difficile que font tous les jours des médecins et des soignants en réanimation qui, encore plus qu'ailleurs, doivent lutter pour la vie de leurs patients à chaque seconde. A la sortie de ces unités, le combat continue et il est indispensable pour les équipes d'assurer une surveillance de ces patients.

C'est tout l'objet de l'unité de surveillance continue inaugurée en septembre au CHU. Elle permet de prodiguer les soins nécessaires et d'apporter une vigilance particulière aux patients qui sont sortis de réanimation, mais dont l'état n'est pas encore stabilisé, ainsi qu'à ceux qui se trouvent aujourd'hui dans d'autres services de soins, et qui nécessiteraient une prise en charge plus soutenue.

En outre, l'ouverture de ces vingt-deux lits prouve également le dynamisme du Centre hospitalier universitaire, dans un contexte économique toujours aussi difficile. Plus de quarante emplois auront ainsi été créés dans cette unité, réaffirmant encore la position de notre établissement comme employeur majeur de la région.

Notre CHU crée, il innove, il bâtit. Ce dernier semestre n'aura pas manqué de nous fournir des exemples : inauguration de l'espace Hilius destiné aux mineurs victimes de violence, inauguration du bâtiment TEP avec des équipements de dernière génération ou encore d'une nouvelle pharmacie automatisée et informatisée.

C'est avec un grand plaisir que je vous laisse découvrir tous ces projets, qui ont été passionnants à concevoir et à mettre

en œuvre, dans ce numéro du CHU Magazine. Les fêtes de fin d'année auront été bien méritées et je vous les souhaite les plus heureuses possibles, sans oublier ceux qui continuent à servir nos patients.



Jean-Pierre Dewitte,  
directeur général

### CHU le magazine - n° 65

Centre hospitalier universitaire de Poitiers - Direction de 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 - Assistantes Zoé Fertier,

Vanessa Guérin. Ont collaboré à la rédaction Agence de presse AV Communication

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

Photographies Thierry Aimé - Photogravure et impression Bedi-Sipap Imprimeries (Poitiers) - H8000001

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<sup>e</sup> trimestre 2012 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 13 000 ex.



Bienvenue à...



**Elodie Chapel**

Originaire du Gard, Elodie Chapel a été recrutée en avril dernier, à l'issue de sa formation de directeur d'hôpital à l'École des hautes études en santé publique, en qualité de directrice de cabinet du directeur général. Elle est également diplômée de Sciences Po Grenoble. Lors de sa formation à l'EHESP, elle a effectué ses stages à la direction de la stratégie et de la coopération du Centre hospitalier de Valence pour participer à la création d'une communauté hospitalière de territoire.



**Carles de Bideran**

Carles de Bideran a pris ses fonctions au CHU de Poitiers en mai dernier, en tant que directeur de la recherche, succédant à Gwénaëlle Buatois. Diplômé de l'Institut d'études politiques de Bordeaux, puis de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes en 2003, Carles de Bideran détient également un DESS droit santé éthique. Il a débuté sa carrière à Lyon en tant qu'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, au niveau régional pour la DRASS puis au niveau

## Inauguration de l'unité de soins continus

Le 14 septembre dernier, le CHU de Poitiers a inauguré l'unité de soins continus, en présence d'Alain Claeys, président du conseil de surveillance, de Jean-Pierre Dewitte, directeur général, du professeur Bertrand Debaene, président de la commission médicale d'établissement, et du professeur René Robert, chef du pôle urgences, SAMU-SMUR, anesthésie, réanimations, ainsi que des représentants des autorités de tutelle et de professionnels de santé.

L'unité de soins continus a pour mission de prendre en charge les patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales. Ces patients nécessitent d'être pris en charge rapidement et surveillés de

façon rapprochée. L'unité, qui comporte dix chambres individuelles, permet également d'accueillir des patients après un séjour en réanimation ou après une intervention chirurgicale majeure, et dont l'état est encore trop sévère ou instable pour permettre un retour direct dans une unité d'hospitalisation classique. L'unité de soins continus constitue un niveau de soins intermédiaire entre, d'une part, les unités de réanimation et, d'autre part, les unités de soins classiques. Ainsi les patients justifiant un séjour en unité de soins continus proviendront-ils pour beaucoup des urgences, mais aussi de l'ensemble des services hospitaliers et des blocs opératoires. Des patients provenant d'établissements autres que le CHU (cliniques, centres hospitaliers généraux) pourront, le cas échéant, être admis directement en unité de soins continus. L'articulation de cette unité avec les unités de réanimation est indispensable et justifie une proximité de lieu et une harmonie de fonctionnement médico-soignant. Cette nécessité pour les établissements de santé de disposer d'unités de soins continus a été imposée par les décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue.



Le 14 septembre dernier, le CHU de Poitiers a inauguré l'unité de soins continus, en présence d'Alain Claeys, président du conseil de surveillance, de Jean-Pierre Dewitte, directeur général, du professeur Bertrand Debaene, président de la commission médicale d'établissement, et du professeur René Robert, chef du pôle urgences, SAMU-SMUR, anesthésie, réanimations, ainsi que des représentants des autorités de tutelle et de professionnels de santé. L'unité de soins continus a pour mission de prendre en charge les patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales. Ces patients nécessitent d'être pris en charge rapidement et surveillés de façon rapprochée. L'unité, qui comporte dix chambres individuelles, permet également d'accueillir des patients après un séjour en réanimation ou après une intervention chirurgicale majeure, et dont l'état est encore trop sévère ou instable pour permettre un retour direct dans une unité d'hospitalisation classique. L'unité de soins continus constitue un niveau de soins intermédiaire entre, d'une part, les unités de réanimation et, d'autre part, les unités de soins classiques. Ainsi les patients justifiant un séjour en unité de soins continus proviendront-ils pour beaucoup des urgences, mais aussi de l'ensemble des services hospitaliers et des blocs opératoires. Des patients provenant d'établissements autres que le CHU (cliniques, centres hospitaliers généraux) pourront, le cas échéant, être admis directement en unité de soins continus. L'articulation de cette unité avec les unités de réanimation est indispensable et justifie une proximité de lieu et une harmonie de fonctionnement médico-soignant. Cette nécessité pour les établissements de santé de disposer d'unités de soins continus a été imposée par les décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue.

départemental pour la DDASS.

Il a ensuite été nommé responsable du secteur hospitalier de la délégation territoriale du Var à l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur jusqu'à son intégration au CHU de Poitiers.

Il a été inscrit en 2011 sur la liste d'aptitude de directeur d'hôpital.

**Emmanuelle de Lavalette Ferguson**  
Emmanuelle de Lavalette

Ferguson a pris ses fonctions de directrice adjointe, en juillet dernier, aux côtés d'Urielle Desalbres à la direction des finances.



## Fédération médicale inter-hospitalière de périnatalité entre le CHU de Poitiers et le Centre hospitalier de Montmorillon

La fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) de périnatalité mise en place par le CHU de Poitiers et le Centre hospitalier de Montmorillon est effective depuis le 11 juin 2012. Cette initiative s'inscrit dans la poursuite de la démarche de coopération dans laquelle les établissements sont engagés depuis plusieurs années et vise à renforcer l'offre de soins dans le bassin de Montmorillon.

L'objectif de cette FMIH est non seulement de maintenir mais aussi de développer une offre de proximité en bénéficiant de l'expertise et des compétences des médecins du CHU de Poitiers. Seront ainsi développées les activités de gynécologie-obstétrique, d'échographie gynécologique, d'IVG médicamenteuse, de consultations stérilité, de contraception ainsi que l'activité dans le cadre du centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Pour mener à bien ces activités, le docteur Stéphanie Robert, praticien hospitalier dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Poitiers, est présente deux jours par semaine à Montmorillon.

Issue de l'École des hautes études en santé publique, elle a suivi son stage d'élève-directeur au Centre hospitalier de Niort. Elle a occupé, d'avril 2008 à juin 2012, les fonctions de directeur des affaires financières et de la contractualisation au Centre hospitalier spécialisé de la Sarthe. Originaire de la région parisienne, elle a également une maîtrise de droit public et un DESS de droit public de l'économie.

## Inauguration de l'espace Hilios

L'espace Hilios, unité d'accueil des mineurs victimes d'infractions pénales, a été inauguré le vendredi 12 octobre, par François-Emmanuel Blanc, directeur de l'Agence régionale de santé, Nicolas Jacquet, procureur de la République, Alain Claeys,



président du conseil de surveillance, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, ainsi que par Bruno Belin, vice-président du Conseil général de la Vienne, et Martine Brousse, déléguée générale de l'association «La Voix de l'Enfant», en présence des professionnels de santé.

L'organisation de l'espace Hilios permet l'enregistrement audio et vidéo des auditions des mineurs victimes d'agressions physiques pour leur éviter de répéter leur histoire plusieurs fois (aux enquêteurs, au juge d'instruction, etc). L'unité de médecine légale assure la coordination des intervenants, dont les médecins et la psychologue, lorsqu'un ou des examens médicaux spécialisés sont nécessaires.

## Satellite neuro-cardio-vasculaire



Le projet neuro-cardio-vasculaire totalisera une surface de 25 500 m<sup>2</sup> dont 2 000 m<sup>2</sup> de restructuration.

Ce programme représente une augmentation d'environ 8 000 m<sup>2</sup> par rapport au programme initial, justifiée par des surfaces de locaux techniques plus adaptées à la technicité du bâtiment, des surfaces de circulation plus importantes du fait de l'imbrication du nouveau bâtiment dans le satellite Jean-Bernard. Des espaces plus conséquents sur le secteur des consultations et sur le plateau médico-technique ont également été prévus. Le coût total du satellite neuro-cardio-vasculaire s'élèvera à 65,4 millions d'euros TTC, hors équipements biomédicaux, mobiliers et informatiques.

L'établissement a reçu le permis de construire en septembre. L'avis d'appel public à concurrence pour les marchés de travaux sera lancé le 9 novembre avec une remise des offres prévue le 15 janvier 2013.

L'ordre de démarrage des travaux sera adressé aux entreprises le 31 mars 2013. L'achèvement de la néphrologie est prévu en novembre 2015 (restructuration), la partie neuve du bâtiment en avril 2016, les réanimations médicales et chirurgicales en août 2016.

## Rappel automatique des rendez-vous par SMS

«CHU de Poitiers : rappel de votre RDV de neurologie le...», voici le début de message SMS que les patients peuvent recevoir quelques jours avant leur rendez-vous aux consultations du pôle neurosciences (excepté le centre de traitement de la douleur), mais également au service d'accueil des sourds, depuis mai 2011, et au pôle imagerie depuis avril 2012.

Ce système de rappel automatique des rendez-vous par SMS a été conçu en interne par les unités télécommunication et informatique de la direction du système d'information, afin de limiter les oublis et les désistements des patients qui représentent 5 à 6% des plages de consultation, et jusqu'à 15% dans certains services. Il permet également de rappeler aux usagers les documents à présenter le jour de la consultation et indique des coordonnées téléphoniques en cas d'empêchement.

Le système est paramétrable et s'adapte aux besoins des différentes spécialités. Le délai de rappel peut être modulé (de quelques heures avant le rendez-vous à 48 heures/72 heures...) et les indications peuvent être plus détaillées, dans la limite de 160 caractères.

Une étude est actuellement en cours pour la cardiologie afin d'indiquer des rappels d'arrêts de traitement avant certains examens. Les patients et les personnels des services adhèrent à cette prestation qui optimise l'organisation des consultations.

*Focus dans le pôle imagerie, entretien conduit avec Michel Daout, cadre supérieur de santé, Nathalie Maury, cadre de santé, Nadine François, assistante médico-administrative.*

### Pourquoi ce dispositif ?

De nombreux désistements étaient constatés, comme à l'IRM ou au scanner, les patients oubliant parfois les rendez-vous pris plusieurs semaines auparavant. Nous avons souhaité y remédier en nous inspirant de l'expérience de structures extérieures et du pôle neurosciences qui rappelaient aux patients leurs rendez-vous par SMS. La direction du système d'information a conçu un système qui permet d'établir un lien entre les logiciels pour générer automatiquement des SMS de rappel de nos rendez-vous.

### Est-il déployé sur l'ensemble du pôle ou seulement sur certains secteurs ?

Alors que ce système répond plus particulièrement aux oublis de rendez-vous dans certains secteurs, nous l'avons déployé sur l'ensemble du pôle car il représente un confort supplémentaire pour le patient et les équipes.

### Quels sont les bénéfices pour les patients et les avantages pour votre pôle ?

Les patients apprécient de recevoir ce message de rappel personnalisé. Ce système permet de perdre moins de créneaux de rendez-vous, notamment pour l'IRM et le scanner, et donc parfois de réduire certains délais. Il optimise l'organisation de nos consultations et évite les temps morts. Par ailleurs, pour certains examens de médecine nucléaire, nous devons commander des produits d'injection à la durée d'action et de vie limitée. Ces produits sont coûteux et les désistements entraînaient des pertes conséquentes.

### Les rendez-vous sont-ils confirmés lorsque les patients ne disposent pas d'un téléphone portable ?

Non, c'est la limite actuelle du système.



## Questions à Jean-Michel Pasquet, directeur des soins en fonction depuis le 1<sup>er</sup> octobre

**Quels ont été votre formation et votre parcours avant votre arrivée au CHU de Poitiers ?**

J'ai obtenu mon diplôme d'infirmier en 1981 à l'AP-HP, hôpital Jean-Verdier à Bondy, et j'ai débuté ma carrière en chirurgie au Centre hospitalier de Montfermeil, puis j'ai continué en médecine au Centre hospitalier Jean-Verdier ainsi qu'à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris à la Pitié-Salpêtrière. J'ai obtenu mon diplôme d'infirmier anesthésiste en 1985 et j'ai exercé au sein du bloc opératoire du Centre hospitalier Gilles-de-Corbeil puis au service mobile d'urgence et de réanimation du SAMU de l'hôpital Henri-Mondor de Créteil. Diplômé de l'Institut de formation des cadres de santé en 1992, j'ai pris mon poste au sein du département d'anesthésie de l'hôpital Saint-Louis de Paris puis au service des urgences du Centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon.

J'ai été diplômé en 2002 de l'Ecole des hautes études de santé publique de Rennes. J'ai débuté ma carrière de directeur des soins au Centre hospitalier Bretagne-Atlantique de Vannes. J'ai continué ensuite au Centre hospitalier Alphonse-Guérin de Ploërmel, puis au CHU d'Angers et, enfin, au Centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc de Lyon.

**Quels sont vos champs de compétences particuliers ?**

Mes atouts résident dans mes différentes expériences comme directeur des soins dans des établissements hospitaliers universitaires au sein de la fonction publique hospitalière ou au sein d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). J'ai également participé à des travaux dans le cadre de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), en particulier auprès des blocs opératoires. Enfin, j'ai contribué à la mise en œuvre de projets informatiques dont le dossier patient Mac Kesson ou encore l'outil planning.

**Quelles sont vos attributions ?**

Je suis l'adjoint de Martine Imbert au sein de la coordination générale des soins. De façon plus spécifique, j'assurerai les missions en rapport avec la qualité de la prise en charge des patients, le système d'information, la conduite des projets des plateaux interventionnels et de la filière de soins aigus et la recherche en soins.

**Comment avez-vous perçu le CHU de Poitiers lors de votre prise de fonction ?**

Un établissement en mouvement, avec de nombreux projets et un fort dynamisme !



## Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

L'ordonnance du 23 février 2010, précisée par le décret du 4 octobre 2010, confirme l'obligation pour les établissements de santé de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les agences régionales de santé. Ces contrats permettent de déterminer les orientations stratégiques des établissements de santé sur la base du projet régional de santé, et notamment du schéma régional ou interrégional d'organisation des soins, pour une durée de cinq ans.

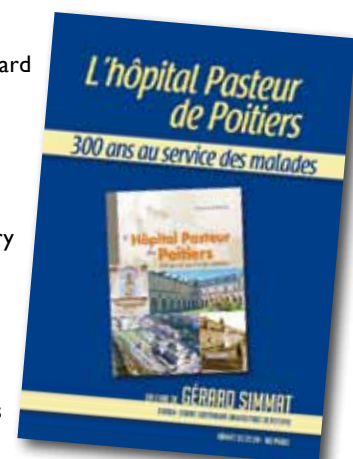
Ils déterminent les orientations stratégiques de l'établissement, les services et les lits au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs, les engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, les engagements pris en vue de la transformation des activités et des actions de coopération.

Les contrats fixent également les missions de service public, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds ainsi que des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins. L'Agence régionale de santé et le CHU de Poitiers ont signé en juillet le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour 2012-2017. Pour le CHU de Poitiers, les orientations stratégiques retenues au terme de la négociation sont :

- la mise en place du projet neuro-cardio-vasculaire, impliquant une augmentation des capacités avec regroupement de lits de réanimation, soins continus et intensifs,
- le développement de l'activité de recherche,
- l'intégration des innovations médicales, diagnostiques et thérapeutiques,
- le développement d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive,
- un système d'information en santé performant et interopérable,
- l'exercice de sa fonction de recours de maternité de niveau III et l'accueil de tous les enfants en réanimation néonatale,
- l'ouverture de lits supplémentaires en médecine gériatrique et soins de suite,
- l'accompagnement et le développement des pôles d'excellence : cancérologie, transplantation, neurosciences,
- la création d'un centre des maladies métaboliques : nutrition, prise en charge de l'obésité,
- la création d'une maison de la santé publique,
- la création d'un traumacenter.

### Prix de la Société française d'histoire des hôpitaux

Le livre *L'hôpital Pasteur de Poitiers : 300 ans au service des malades*, par Gérard Simmat, édité par le CHU de Poitiers, a été récompensé de la médaille d'or par la Société française d'histoire des hôpitaux. Ce prix a été remis le 24 mai, lors du salon Hôpital Expo, au Dr Simmat qui était accompagné de Thierry Lefebvre, directeur général adjoint du CHU de Poitiers, et de Josiane Guillé, bénévole de l'association «Jour de Fête à Pasteur», en présence de Jean-Paul Segade, président de la commission culture de la conférence des directeurs généraux de CHU-CHR.



## SENS DE LA VISITE

**Visiter le CHU**

Le CHU de Poitiers reçoit régulièrement des demandes de visite de l'hôpital par des établissements scolaires et groupes d'étudiants, des associations, des institutions et autres partenaires. Afin de répondre au mieux à ces sollicitations qui jusqu'ici étaient traitées de manière dispersée et aléatoire, la direction de la communication et la coordination générale des soins ont mis en place un circuit de visite.

A l'instar et dans l'esprit des visites proposées par de grandes entreprises et des sites industriels, ce circuit de visite vise à promouvoir auprès du grand public ce qui constitue notre cœur de métier : la prise en charge médicale et soignante. Il s'agit d'une action de communication qui privilégie la découverte de nos environnements de travail en s'appuyant sur le parcours du patient à l'hôpital : le centre 15, le SMUR, les urgences, les consultations, la réception centralisée des prélèvements et la chaîne de pré-analyse, les plateaux techniques, l'unité de chirurgie ambulatoire, le pôle régional de cancérologie.

Cette initiative est une formidable opportunité de montrer le savoir-faire des professionnels de santé, de valoriser les compétences, de promouvoir les valeurs du service public hospitalier et d'informer les plus jeunes sur les métiers de la santé.

Le succès rencontré par les journées portes ouvertes prouve, s'il en était besoin, l'intérêt du public pour le monde hospitalier. La dernière manifestation de cette nature, le 14 avril, a enregistré plus de 800 visiteurs sur le site de la nouvelle cuisine du CHU à Mignaloux.

Pour information et inscription, appeler la direction de la communication du CHU au 05 49 44 47 47.

**Visite au CHU de Michel Sapin, ministre du travail**

Le 9 novembre, Michel Sapin, ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, a participé à la signature des deux premiers contrats «emploi d'avenir» au CHU de Poitiers. Ce dispositif, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre, doit permettre de faciliter l'insertion professionnelle et l'accès à la qualification des jeunes de Poitou-Charentes, sans emploi, âgés de 16 à 25 ans. L'Etat mobilise 55,6 millions d'euros en Poitou-Charentes sur les emplois d'avenir pour réduire le chômage des jeunes. Au CHU de Poitiers, vingt contrats doivent être signés avec des jeunes d'ici à la fin du premier semestre 2013.



**Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU, Alain Claeys, président du conseil de surveillance, François-Emmanuel Blanc, directeur général de l'ARS Poitou-Charentes, Marine Pajot et Joël Carneiro, les premiers bénéficiaires du contrat «emploi d'avenir», et Michel Sapin, ministre du travail.**

**Déménagement et inauguration de la pharmacie**

Le week-end des 8 et 9 juin, 45 personnes se sont mobilisées pour transférer 250 m<sup>3</sup> de dispositifs médicaux stériles et de pansements, représentant plus de 900 références. Mi-septembre, c'est le déménagement de solutés qui s'est opéré, soit 120 palettes et 150 références de produits. Enfin, les 28 et 29 septembre, le déménagement des médicaments, du secteur des rétrocessions et du secteur tertiaire a marqué la fin de ce programme, avec le transfert de 44 000 boîtes sur plus de 1 800 références dont une partie est rangée automatiquement par des robots.

Pour rappel, la construction de cette nouvelle pharmacie répond à une volonté du CHU de se doter d'un outil moderne et performant. Un marché dit de «conception-réalisation» a été passé avec la société Pharmadec en janvier 2010. En sus des prestations de travaux portant sur la construction du bâtiment, le marché impliquait également la mise en place des équipements relatifs au transport et à la distribution des dispositifs médicaux stériles et des spécialités pharmaceutiques, y compris des logiciels et interfaces informatiques. Les travaux du bâtiment, d'une surface de près de 3 500 m<sup>2</sup>, ont débuté en septembre 2010, pour s'achever une année plus tard. La mise au point de la production a, quant à elle, pris du retard, décalant la réception des installations en avril 2012. Compte tenu de la complexité de ce nouvel outil, dont la forte automatisation modifie radicalement les méthodes de travail des équipes en place, le déménagement a été planifié en plusieurs phases.

Pour mémoire, les fonctions commandes et réceptions des produits stockés totalisent 30 palettes et 120 cartons par jour. Les dispositifs médicaux stériles «hors stock» représentent 200 colis par jour. Quant à la livraison journalière dans les services, 480 cartons et 540 bacs sont préparés et livrés dans une centaine de services, en 6 tournées et au moyen de 90 armoires.

**De gauche à droite : le Pr Bertrand Debaene, président de la commission médicale d'établissement, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, El Mustapha Belgsir représentant Alain Claeys, président du conseil de surveillance, Joëlle Grassin, chef de service de la pharmacie, et Sylvie Schmal, cadre de santé.**



# «La plateforme de chirurgie expérimentale répond aux problèmes de santé publique»

**Thierry Hauet est professeur des universités, praticien hospitalier dans le service de biochimie, directeur de l'unité Inserm ischémie-reperfusion en transplantation d'organes et directeur de la plateforme de chirurgie expérimentale et transplantation. Il explique comment cette plateforme permet de résoudre des problèmes de santé publique.**

**CHU Magazine – Qu'est-ce que la plateforme de chirurgie expérimentale ?**

**Thierry Hauet** – Il s'agit d'une plateforme IBSa : infrastructure biologie santé et agronomie. Nous y faisons de la chirurgie expérimentale

INRA, et le professeur Michel Eugène qui m'ont aidé à atteindre cet objectif. La plateforme s'est appuyée sur l'élevage de l'INRA et a bénéficié de sa production porcine. Le choix du porc est pertinent car il a la particularité d'être proche anatomiquement et physiologiquement de l'humain.

**Quels sont les enjeux de vos**

**recherches ?**

Tout part d'un problème de santé publique, comme celui de la pénurie de donneurs d'organes. Nous faisons de la recherche sur la conservation des organes, l'évaluation de médicaments, dont des nouvelles molécules, ou de technologies. Notre unité Inserm U1082, d'autres équipes académiques ou des partenaires industriels développent de nouveaux concepts pour répondre à ces problèmes de santé publique : nouveaux mécanismes, molécules innovantes, régénération des cellules souches, machines de perfusion... Nous testons dans nos modèles pré-cliniques ces concepts qui, selon les résultats, passent en étude clinique. Les deux enjeux principaux sont d'élargir les possibilités de greffons, sur les donneurs à critère élargi et sur les donneurs décédés après arrêt cardiaque et d'améliorer la qualité de ces organes.

**Comment ces recherches s'amorcent-elles ?**

La plateforme est un site privilégié pour l'unité Inserm ischémie-reperfusion en transplantation d'or-

ganes (U1082) dont les travaux se concentrent sur le rôle de la phase de conservation des organes en vue de leur transplantation et de leur devenir. Elle pilote 60 % de ses projets au niveau de la plateforme. Il y a également des projets académiques qui sont soutenus par le CHU, la région et le département, et l'Inserm. D'autres financements en partenariat avec les industriels et les entreprises de biotechnologies sont obtenus par des contrats avec l'Agence nationale de recherche (ANR).

**Certaines des recherches de la plateforme ont-elles déjà abouti ?**

Celles sur l'hémoglobine de vers marins dans le cadre de l'amélioration de la conservation des organes sont en train d'aboutir au stade clinique. Nous avons travaillé, avec l'entreprise poitevine BioCydex, sur la molécule Vectisol, utilisable dans les solutions de conservation. Nous préparons l'étude pilote en clinique. Enfin, avec Marcopharma, nous avons évalué la solution Scot 15, une solution de conservation qui est utilisée depuis plusieurs années chez les patients.

**Des projets pour les années à venir pour la plateforme ?**

Nous souhaitons doubler la capacité de la plateforme. Nous aimerions disposer de nouveaux équipements en radiologie pour axer nos recherches sur l'imagerie. Enfin, nous réfléchissons à une nouvelle lignée porcine, plus petite, qui nous permettrait de travailler au plus près encore des problèmes de santé publique et d'étudier les effets à plus long terme, au-delà d'un an. ■



en transplantation. Elle se trouve à Surgères (17), au domaine Magneraud. Il s'agit d'un domaine INRA (Institut national de la recherche agronomique). Sur place, il y a quatre techniciens et, régulièrement, c'est une vingtaine de médecins, chirurgiens et anesthésistes qui y travaillent. Elle accueille des internes du CHU de Poitiers essentiellement et également de toute la France pour leur formation. De plus, elle est équipée pour observer le devenir des transplantations sur une période de trois mois.

**Comment est-elle née ?**

Au départ, il s'agissait d'un laboratoire de chirurgie expérimentale développé par le professeur Michel Carretier avec l'aide de Jean-Louis Vrillon (ancien président de centre Poitou-Charentes), et concentré initialement sur les modèles de transplantation foie et grêle. Le laboratoire est devenu équipe d'accueil en 1995 puis il y a eu une montée en puissance avec l'obtention de la labellisation IBSa en 2008 grâce, notamment, à Séverine Deretz, ingénieur et responsable de l'unité

# Retrouvez toute l'actualité du CHU de Poitiers

[www.chu-poitiers.fr](http://www.chu-poitiers.fr)



abonnez-vous  
à la newsletter  
sur [www.chu-poitiers.fr](http://www.chu-poitiers.fr)

sur facebook  
[www.facebook.com/chudepoitiers](http://www.facebook.com/chudepoitiers)



# Cancer du sein : la femme au cœur du parcours de soins

**Autour d'une patiente atteinte de cancer du sein, une multitude de soignants et de médecins spécialisés se relaient et travaillent ensemble. Un des défis de l'équipe : rendre invisible cette complexité et, à terme, avoir un interlocuteur référent pour la patiente et qui centraliserait les informations.**

En France, près de 10 % des femmes développent un cancer du sein, 75 % des nouveaux cas dépistés sont des femmes de plus de 50 ans et ce nombre est en augmentation. Le CHU de Poitiers développe une prise en charge globale et multidisciplinaire. «*Nous ne traitons pas uniquement la tumeur, mais prenons en compte le parcours de vie de la patiente*», répète Xavier Fritel, responsable du secteur de chirurgie gynécologique au Centre hospitalier universitaire de Poitiers.

## **Un travail invisible pour le patient, mais déterminant**

Cette approche est issue de la réflexion des principaux pôles concernés : l'imagerie (Pr Jean-Pierre Tasu et Dr Vincent Bricot), femme-mère-enfant (Fabrice Pierre) et cancérologie (Pr Jean-Marc Tourani). Le parcours de soin regroupe plusieurs compétences et plusieurs soignants dans et au-delà de ces pôles (pharmacie, chirurgie reconstructrice, anesthésie). L'objectif est une entière adaptation du parcours de soins à chaque femme. «*D'abord parce que le traitement est lié à la tumeur en elle-même, ensuite parce que toutes les femmes n'ont pas besoin des mêmes interventions.*»

En résulte une certaine complexité dans la prise en charge avec une multitude d'interlocuteurs et la nécessité pourtant de rendre invisibles tous ces rouages pour les patientes. «*Il y a des soignants que la patiente ne verra jamais et pourtant, ils s'occupent du traitement de son*

*cancer, assure-t-il. Le soin apporté à la patiente n'est pas que l'opération de la tumeur et la prescription. Il y a toute la réflexion sur l'expertise, la prise en charge et l'administration des traitements. C'est un travail invisible pour le patient, mais déterminant.*»

## **Réunions de concertation hebdomadaires**

La première étape est le dépistage et le diagnostic : mammographies, échographies et biopsies guidées sont réalisées en radiologie. «*C'est là que nous déterminons la gravité de la maladie et que nous orientons le traitement*», détaille le Pr Xavier Fritel. Très vite arrive la réunion de concertation pluridisciplinaire lors de laquelle plusieurs médecins spécialistes se retrouvent (oncologues, chirurgiens, radiologues, pathologistes...). C'est à ce moment que le diagnostic est précisé et le programme personnalisé de soins est établi. Ces réunions sont hebdomadaires. Lors du traitement, là encore, les disciplines travaillent en complémentarité selon les besoins des patientes : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, la pharmacie. Des soignants spécialisés interviennent dans le suivi et la prise en charge des séquelles, la prise en charge de la douleur, la chirurgie reconstructrice... «*Des psychologues, socio-esthéticiennes, nutritionnistes, kinésithérapeutes accompagnent également la patiente. Dans cette prise en charge, il y a aussi la situation du cancer qui résiste ou échappe au traite-*



*ment à gérer. Le palliatif, c'est aussi du soin qui peut intervenir selon le temps et l'issue de la maladie.»*

### **Bientôt un interlocuteur unique**

Pour que cette prise en charge par de multiples interlocuteurs se passe en sérénité, un mot d'ordre : la concertation et le partage d'informations sur des supports écrits et informatiques. Mais, «*devant ce fourmillement de personnel soignant, le besoin d'un secrétariat unique se fait sentir, admet le praticien. Nous réfléchissons pour que le patient ait un interlocuteur unique tout au long de son parcours de soin. L'idéal serait de déléguer un soignant qui pourrait aiguiller la patiente au fil du parcours médicalisé.*»

Ce service qui centraliserait les données et qui serait un repère identifiable est, pour le CHU de Poitiers, un pas de plus vers la qualité de la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein. ■

## Une marche rose pour sensibiliser au dépistage du cancer du sein

En octobre, la couleur, c'est le rose, et c'est pour la bonne cause ! Durant ce mois traditionnellement dédié à la lutte contre le cancer du sein, l'association DOCVIE, chargée de la campagne de dépistage, se mobilise, en partenariat avec la mairie de Poitiers, pour organiser une marche rose dans la ville.



# Imagerie médicale en cancérologie : l'atout TEP

**L'acquisition par le GIE Positon Poitou-Charentes d'un TEP-TDM (tomographe à émission de positons couplé à un scanner X) et son démarrage en janvier 2004 a constitué une évolution majeure dans le diagnostic et la surveillance de certains cancers. Aujourd'hui, le GIE (CHU en association avec les structures libérales poitevines), se dote d'un bâtiment conçu autour de cette technologie et double ainsi son équipement dans ce domaine.**



L'imagerie moléculaire améliore considérablement le diagnostic de certaines maladies. Dans le traitement de multiples cancers, cette méthode est devenue incontournable. Le TEP-TDM (dénommé aussi morphotep) associe l'image du scanner à celle d'une scintigraphie par émission de positons. Cette méthode consiste à injecter au patient un «traceur moléculaire» qui va se fixer dans les cellules malades. Une gamma caméra spécialisée (TEP) détecte les structures tumorales et les localise avec précision à l'aide du scanner couplé. La qualité des résultats de cet examen autorise une prise en charge des patients plus précoce et plus adaptée. Outre le diagnostic initial, cette méthode est aussi utilisée pour le suivi et l'évaluation de l'efficacité des traitements, ainsi que pour la détection des récives.

La première machine implantée en 2004 sur le site du CHU étant arrivée à saturation et devenant obsolète, son remplacement et l'achat d'un second appareil sont apparus nécessaires aux administrateurs du GIE, pour préparer le futur de cette technique. Afin d'assurer la montée en charge de cet examen (de l'ordre de 2 500 patients en 2011, à comparer aux 1 000 examens de 2004), le projet d'un bâtiment nouveau et entièrement dédié à cette technique a vu le jour. Le centre d'imagerie moléculaire a pris place à proximité du pôle régional de cancérologie et est doté de deux machines de dernière génération.

L'acquisition d'une telle technologie nécessite des frais importants, de l'ordre de 5,5 millions d'euros (un peu plus de deux millions pour le bâtiment, et un peu moins de 3,5 millions pour l'équipement). Cet investissement a été conduit dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique (GIE) qui unit depuis 2001 le CHU et une structure privée, le Centre d'imagerie du Poitou, pour l'investissement et l'exploitation de ce projet médical. Cette collaboration se traduit dans la pratique par la constitution d'une équipe mixte composée de deux médecins libéraux et de trois médecins de l'hôpital. L'ensemble du personnel est, par ailleurs, mis à disposition par chacune des structures. Les machines couplent des techniques de pointe en termes d'acquisition et de restitution d'images du corps humain : TEP pour l'imagerie métabolique et



TDM (tomodensitométrie) pour l'imagerie anatomique. La sensibilité de cet équipement est accrue grâce aux derniers progrès technologiques, ce qui limite l'irradiation des patients. Autre amélioration : la rapidité d'acquisition. Grâce aux progrès de l'électronique, la fenêtre de détection est passée de l'ordre de dix nanosecondes à quelques nanosecondes (de 2 à 3). Il est ainsi possible de recourir à la technologie « temps de vol », laquelle mesure la différence de temps de détection entre chaque photon coïncident (résolution de 500 picosecondes soit 0,5 milliardièmes de seconde) et donc de trajet. Cette information additionnelle sur le temps améliore considérablement la netteté des images reconstruites et, par conséquent, la localisation des structures tumorales.

Les deux appareils mis en place au centre TEP sont identiques et offrent donc la même qualité de résolution. Ceci constitue un gage de sécurité car l'utilisation fréquente du TEP augmente les risques de panne (à chaque exposition, l'électrode des tubes à rayon X est soumise à une très haute température). Autre intérêt d'un parc matériel composé de deux machines : la possibilité d'assurer une activité de recherche parallèlement à l'établissement de diagnostics. L'imagerie TEP peut en effet se révéler pertinente pour d'autres indications telle que la maladie d'Alzheimer, et prometteuse pour d'autres voies de recherche comme l'infectiologie ou encore l'étude du métabolisme cardiaque. « *La construction du bâtiment est une manière de se projeter dans l'avenir*, estime le docteur Vincent Brousse, spécialiste en

médecine nucléaire, *elle ne ferme pas la porte à de futurs développements*». Il existe par ailleurs des solutions possibles pour améliorer encore les informations requises en cancérologie, et notamment d'ordre pronostique. Cela utilise des outils mathématiques sophistiqués qui analysent les images, bien au-delà de ce que peut faire l'œil humain. C'est l'objet de projets de recherche que le Pr Rémy Perdrisot a souhaité implanter à Poitiers en recrutant en 2012, au sein de son équipe, un nouveau professeur des universités, praticien hospitalier, Catherine Cheze-Le Rest, qui travaillait depuis plusieurs années sur ce sujet au CHU de Brest. Elle aura notamment en charge de développer au TEP cette dimension recherche.

A ce titre, la mise au point de nouveaux radio-traceurs constitue un progrès majeur. La tomographie par émission de positons repose en effet sur l'utilisation de ces molécules particulières. Sur le plan métabolique, elles sont composées d'atomes radioactifs émetteurs de positons, et au niveau du diagnostic elles livrent de nouvelles informations sur des fonctions précises de l'organisme. Leur recours ouvre la voie à de nouveaux traitements dans des types de cancers (cancers endocriniens, du rein, ainsi que de la prostate), qui ne sont jusqu'à aujourd'hui pas explorés de manière satisfaisante.

A travers la France entière, des laboratoires équipés de cyclotron fournissent le centre TEP en traceurs radioactifs. La durée de vie de ces molécules étant très courte, il s'agit « *d'arriver à une certaine confluence entre le patient, le produit et l'équipe technique* », explique le docteur Vincent Brousse. L'accès à ce nouveau site est facilité car le bâtiment dispose de son propre parking. Pour chaque examen, la durée d'admission des patients au sein du centre TEP est de 2h30 (dont une heure de métabolisation après l'injection du radioélément, et de 15 à 20 minutes pour l'acquisition des images fonctionnelles par les machines TEP). ■

# Les réanimations : répondre aux urgences les plus sévères

**Au sein de ses unités de réanimation, le CHU prend en charge les malades rencontrant des défaillances d'organes, quels qu'ils soient, et dont le pronostic vital est engagé. Le CHU se distingue particulièrement au niveau régional pour les patients qui relèvent de l'assistance circulatoire et de la chirurgie cardiaque ou encore dans le soin des polytraumatisés.**

La réanimation, plus communément appelée «la réa», est une activité mal connue, souvent confondue avec les urgences, les soins intensifs voire la salle de réveil. La différence tient dans la gravité de l'état de santé du patient. La réanimation se situe au sommet de l'échelle. *«Si on voulait donner une définition simple de la réanimation, on pourrait la qualifier comme le plus intensif des soins intensifs»*, précise le professeur René Robert, chef du pôle anesthésie-réanimations. En clair, elle prend en charge les patients qui ont des défaillances d'organes sévères pour lesquelles le pronostic vital est engagé. De nombreuses maladies peuvent conduire en réanimation. Parmi les plus fréquentes, on peut citer les infections graves des poumons (pneumonie), du système cérébral (méningite), du sang (septicémie), des reins ou de l'abdomen, les insuffisances respiratoires, cardiaques, les paralysies, les accidents vasculaires cérébraux, les hémorragies graves... A ces maladies s'ajoutent les pathologies liées aux accidents responsables de traumatismes multiples, les brûlures ou encore les intoxications par des médicaments ou des plantes. *«Enfin, les progrès en chirurgie conduisent à prendre en charge des patients de plus en plus âgés, avec souvent de nombreuses pathologies associées, nécessitant souvent un séjour parfois prolongé en réanimation dans les suites post-opératoires»*, comme le rappelle le professeur Olivier Mimoz, responsable de l'unité de réanimation chirurgicale polyvalente. Dans

toutes ces situations, une ou plusieurs fonctions vitales sont défaillantes : le cœur, les poumons, les reins, le système nerveux (le cerveau mais pas seulement) ou le foie.

La prise en charge en réanimation se caractérise par : une surveillance de tous les instants, c'est-à-dire du monitoring en continu des fonctions vitales (échographies du cœur, des poumons, de l'abdomen, surveillance de la pression artérielle, taux d'oxygénation...), une densité du personnel médical supérieure aux autres services (un médecin de garde présent en permanence, une infirmière pour 2,5 malades, une aide-soignante pour 4 malades...) et des traitements intensifs ayant recours à des méthodes de suppléances, à la fois médicamenteuses et/ou techniques (ventilation mécanique, reins artificiels, circulation extra-corporelle...) afin de maintenir en activité les fonctions vitales qui sont défaillantes. *«Ce qui en fait une spécialité très invasive car nous sommes amenés à faire de l'intubation, à poser des cathéters, des drains thoraciques...»*, note le professeur Olivier Mimoz.

## **Une réanimation chirurgicale et une réanimation médicale, deux approches d'un même métier**

Les méthodes de suppléances sont à l'origine de la création de la réanimation. *«Son origine date des années 1950 lors de l'épidémie de polio en Europe qui a conduit à la découverte de la ventilation artificielle, rappelle le professeur René Robert. Elle connaîtra un essor aux débuts des années 60 avec la mise en œuvre de la technique de reins artificiels. Parallèlement, avec les progrès de la chirurgie et de l'anesthésie, la réanimation post-opératoire s'est développée.»* Au CHU, les deux unités sont représentées – ce qui est rarement le cas dans les hôpitaux de la région qui possèdent principalement des réanimations polyvalentes.

lentes – auxquelles s'ajoutent deux réanimations chirurgicales adultes spécialisées : la réanimation cardiothoracique et neurochirurgicale. Une troisième, plus spécifique, la réanimation pédiatrique, s'adresse aux prématurés et aux enfants (encadré ci-dessous).

Si les deux réanimations, médicale et chirurgicale, utilisent globalement les mêmes techniques pour atteindre le même objectif, c'est-à-dire stabiliser le patient, c'est dans la particularité des malades qu'elles se distinguent.

En réanimation médicale, les patients relèvent de toutes les spécialités médicales. «*Quel que soit l'appareil vital qui dysfonctionne,*

*si l'état du malade est jugé grave, il vient en réanimation.*» Beaucoup sont accueillis pour des problèmes respiratoires sévères ou aigus. «*Par exemple, les personnes souffrant de pneumonie, d'infection pulmonaire ou d'insuffisance respiratoire chronique pouvant être sujets à des décompensations au cours d'une grippe.*» Autre cause courante : les intoxications médicamenteuses volontaires.

Outre les traitements médicamenteux, qui sont très nombreux du fait de la multitude des pathologies à traiter, l'unité recourt systématiquement à des suppléances d'organes. Elles vont des plus simples comme la ventilation mécanique

aux plus compliquées comme la circulation extra-corporelle. Dans la région, seul le CHU propose cette technique. Elle remplace soit le cœur, soit les poumons, soit les deux. Elle est mise en œuvre par les chirurgiens cardiaques. «*Mais, notre métier de réanimateur ne se résume pas qu'à appliquer des traitements symptomatiques. Nous avons aussi une mission de diagnostic pour trouver la cause des maladies qui conduisent en réanimation. Ce qui n'est pas toujours simple car les patients ont plusieurs pathologies associées.*»

La durée de séjour est en moyenne d'une semaine. Lorsque les fonctions vitales sont stabilisées et que le patient ne nécessite plus une surveillance accrue, il retourne dans une unité de soins conventionnelle. En ce qui concerne l'unité de réanimation chirurgicale, celle-ci a deux grandes filières de recrutement. La première concerne toutes les unités de chirurgie. «*Lorsqu'une opération se complique et que les fonctions vitales du patient sont défaillantes, ils nous sont adressés*», note le professeur Olivier Mimoz. La deuxième est le traumacenter dont la fonction est de prendre en charge les traumatisés graves suite à des accidents, à des chutes...

«*La réanimation chirurgicale est la clé de voûte de cette organisation, unique dans la région. Elle l'est pour deux raisons : de par la présence de toutes les spécialités chirurgicales au CHU et parce qu'il est le seul centre hospitalier à réaliser certaines techniques comme l'embolisation, technique radiologique qui consiste à aller boucher une artère qui saigne par voie vasculaire.*» Au même titre que la réanimation médicale, cette unité est amenée à appliquer une palette très large de traitements : «*7 patients sur 10 ont recours à la ventilation mécanique, 1 patient sur 3 est mis sous reins artificiels et 1 patient sur 2 a un support cardiaque à base de médicament.*» La durée de séjour dans cette unité est

## La singularité de la réanimation pédiatrique

L'unité de réanimation pédiatrique se compose de deux structures : la réanimation néonatale pour les nouveau-nés à terme et les prématurés (nés à moins de 37 semaines) et la réanimation pédiatrique destinée aux



nourrissons de plus d'un mois jusqu'aux enfants de 15 ans. Elle se distingue des autres unités par l'âge des patients accueillis, «*mais aussi dans la philosophie des soins prodigués*», précise Jean-Pascal Saulnier, responsable de l'unité de réanimation pédiatrique. Notamment en réanimation néonatale qui constitue la plus grosse part d'activité de l'unité. «*Les prématurés et grands prématurés accueillis ici, provenant de toute la région, nécessitent des suppléances d'organes en particulier respiratoires et doivent être surveillés de façon intensive. Autre enjeu, ce sont des bébés qui ont besoin d'un environnement protégé pour se développer et arriver à maturité. Le problème, c'est que l'on ne sait pas encore recréer les conditions de l'utérus de la mère. Ils subissent donc une multitude d'agressions externes : la lumière, le bruit, les infections... Notre objectif est alors de réduire au maximum ces agressions en leur apportant des soins personnalisés. On crée pour cela un relatif isolement neurosensoriel tout en favorisant l'interaction avec les mamans.*» Pour ce faire, l'organisation et l'équipement de l'unité ont été pensées pour permettre une surveillance rapprochée tout en ne perturbant pas trop les enfants. Cela passe par des couveuses très sophistiquées et des capteurs non invasifs particulièrement adaptés aux très grands prématurés. La réanimation pédiatrique, quant à elle, se rapproche dans son fonctionnement et dans son activité des autres réanimations : «*L'unité accueille des jeunes patients en détresse du fait de maladies infectieuses, de pathologies rénales, digestives, neurologiques... auxquelles nous apportons des réponses par de la suppléance d'organes et des traitements médicamenteux.*»

L'unité, située au 10<sup>e</sup> étage de Jean-Bernard, a subi une complète restructuration et offre aujourd'hui de meilleures conditions de soins et d'accueil pour les mères.



## Unité de surveillance continue : «un échelon intermédiaire»

Zone tampon entre la réanimation et les services de soins, l'unité de surveillance continue (USC), inaugurée en septembre dernier, a vu le jour pour répondre à un double enjeu : redonner aux services de réanimation leur fonction première et améliorer la qualité des surveillances des patients présentant des pathologies lourdes.

Pour bien comprendre ces enjeux, un petit rappel sur le constat ayant motivé la création de cette unité s'impose : «Certains patients en réanimations (20 % environ) occupaient des lits qui ne justifiaient pas les soins lourds proposés par ces unités, explique le docteur Michel Pinsard. Réciproquement, les services de soins ordinaires n'avaient, quant à eux, pas les moyens techniques et humains de gérer ces patients potentiellement instables devant être surveillés de très près car pouvant devenir des patients de réanimation. Un échelon intermédiaire s'imposait donc.» Autre incitation à cette création : un décret d'avril 2002 encourageant les établissements de santé à disposer d'unités de surveillance continue.

Concrètement, l'unité accueille des patients potentiellement à haut risque mais ne présentant pas de défaillances multiples. Les patients intubés ou en état de choc n'y sont pas admis. Leur recrutement est très large : ils viennent de chirurgie, des urgences, de la salle de réveil ou des services de soins. «Notre rôle est de gérer la période critique avant un retour dans les services de soins, souligne le docteur Anne Veinstein. Le séjour n'excède pas trois jours.»

L'USC a pris corps à proximité des deux réanimations polyvalentes, médicale et chirurgicale. Tout l'espace occupé autrefois par un amphithéâtre et le service biomédical a donc été totalement réaménagé pour accueillir, pour le moment, dix lits. «La proximité avec les réanimations était indispensable car sont associés à l'unité les moyens humains et les compétences des deux réanimations. Il y a d'ailleurs dans la prise en charge de l'unité un roulement hebdomadaire entre les médecins de la réanimation médicale et ceux de la réanimation chirurgicale. Mais aussi parce qu'un nombre non négligeable de patients, environ 20%, sont contraints au cours de leur surveillance d'aller en réanimation du fait de l'aggravation de leur situation.»

L'activité de l'unité est estimée à 2 000 patients à l'année, aussi devrait-elle passer très vite à 22 lits. «Nous souhaitons ouvrir en deux temps afin de faire les petits réglages qui s'imposent et laisser le temps aux services d'apprendre à nous connaître et de s'adapter à ces nouvelles pratiques», conclut le docteur Anne Veinstein.

sensiblement la même qu'en réanimation médicale. «Tout l'enjeu est d'essayer de faire sortir les patients le plus vite possible avec une autonomie qui soit la plus proche de celle qu'il avait avant. Malheureusement ce n'est pas toujours le cas. C'est pourquoi, très vite, même lorsqu'ils sont encore sous machine, nous faisons intervenir un kinésithérapeute pour faire travailler les muscles respiratoires mais aussi les jambes et les bras de façon à ce qu'ils récupèrent plus rapidement leur autonomie», rappelle le professeur Olivier Mimoz.

Que ce soit en réanimation médicale ou chirurgicale une question cruciale se pose concernant les limites de la réanimation. «C'est une vraie réflexion éthique. Dans quelle mesure ne sommes-nous pas dans "l'acharnement thérapeutique" ?», s'interroge le professeur René Robert. Dans 10% des cas, la question d'arrêter les traitements se pose parce que l'on accueille des patients de plus en plus âgés avec des pathologies associées.» Cadrée par la loi Leonetti, «à laquelle Poitiers a participé en son temps par deux études sur la limitation et l'arrêt des traitements», la décision est maintenant formalisée. Elle est prise de façon collégiale avec l'ensemble du personnel médical, médecins, infirmières et aides-soignantes en tenant compte également de la volonté du patient et des proches.

## Deux unités de réanimation chirurgicale spécialisées

A côté de ces deux unités se côtoient des réanimations chirurgicales spécialisées répondant à une véritable mission de recours au niveau régional : la réanimation cardio-thoracique et la réanimation neurochirurgicale.

La particularité de la réanimation cardio-thoracique est de s'occuper principalement de malades issus de chirurgie cardiaque et dans une moindre mesure de chirurgie thoracique. «La chirurgie cardiaque n'est concevable que parce qu'il y a la réanimation», souligne le docteur Hervé Lanquetot, responsable de la réanimation cardio-thoracique. Les techniques opératoires employées créent des déséquilibres importants des constantes physiologiques cardiaques,

*respiratoires, rénales qui nécessitent obligatoirement une prise en charge et une surveillance rapprochée.»* Autre particularité par rapport aux réanimations conventionnelles : elle se situe entre la salle de réveil très spécialisée et la réanimation lourde. Une position liée à la nature même des patients traités : *«L'évolution des techniques chirurgicales fait qu'aujourd'hui nous opérons des sujets beaucoup plus âgés ayant des pathologies associées, ce qui entraîne nécessairement des suites opératoires moins simples. Les sujets jeunes continuent malgré tout de passer en réanimation car ils ne sont pas à l'abri d'un saignement excessif et sont la plupart du temps intubés pendant quelques heures après l'opération. Nous devons donc jongler entre ces différentes catégories de malades n'ayant pas le même niveau d'urgence.»* Le temps de séjour varie alors de 48 heures à plusieurs jours.

Les moyens mis en œuvre au sein de ce service regroupent l'ensemble des techniques existantes des différentes réanimations (hormis celles de neurochirurgie). Ce qui passe par des traitements médicamenteux assez communs (sédatifs, vasodilatateurs...) et des techniques d'assistance respiratoire ou circulatoire. *«L'évolution de ces dernières a été pour notre spécialité une véritable révolution, ajoute le docteur Hervé Lanquetot. Elles permettent clairement de sauver des patients, même jeunes, qui ne l'auraient pas été en postopératoires avec les seuls traitements médicamenteux.»*

La réanimation neurochirurgicale prend en charge, quant à elle, l'ensemble des patients cérébrolésés. Les pathologies sont là aussi très larges : les traumatismes crâniens, les hémorragies méningées par rupture d'anévrisme ou de malformations artério-veineuses, les AVC hémorragiques dus à l'hypertension artérielle, les AVC ischémiques qui nécessitent des craniectomies décompressives ou encore les tumeurs cérébrales qui se compliquent. Le passage en

réanimation pour ces patients est dans la majorité des cas inéluctable : *«A partir du moment où les lésions cérébrales sont généralement associées à des défaillances respiratoires et/ou des défaillances hémodynamiques, le recours aux techniques de réanimation s'impose»,* explique le docteur Claire Dahyot-Fizelier, responsable de l'unité de réanimation neurochirurgicale.

Au même titre que les autres réanimations, l'enjeu est de stabiliser le patient mais aussi et surtout d'éviter des lésions supplémentaires. *«En effet, quand un patient cérébrolésé arrive dans le service, il a des lésions primaires pour lesquelles nous ne pourrions souvent rien faire, sauf en cas d'indication neurochirurgicale. L'objectif est d'empêcher que se surajoutent des lésions secondaires ; ce qui nécessite d'avoir un patient stable sur le plan cardiaque et de l'oxygénation avec une hémodynamique*

*cérébrale et une pression intracrânienne la meilleure possible pour une bonne vascularisation.»* Pour y parvenir l'unité met en œuvre les moyens que l'on retrouve dans toutes les réanimations, auxquelles s'ajoutent les monitorages propres au cerveau : microdialyse cérébrale, capteurs de pression intracrânienne, mesure de l'oxygène dans le cerveau, doppler transcranien... *«Ces appareillages obligent à une surveillance très rigoureuse. Par exemple, concernant la microdialyse cérébrale, chaque heure, des prélèvements sont effectués et analysés.»* Sur le plan thérapeutique, les indications peuvent être aussi bien médicamenteuses que chirurgicales. *«Un de nos objectifs majeurs est d'éviter l'hypertension intracrânienne, poursuit le docteur Claire Dahyot-Fizelier. Cette pression empêche le sang d'arriver de façon suffisante au cerveau ce qui peut déboucher sur une isché-*

## L'organisation des soins : une mécanique bien huilée

Les réanimations médicale et chirurgicale étant ouvertes 24 heures sur 24, trois équipes d'infirmières et d'aides-soignantes (60 à 65 personnes par réanimation) se relaient chaque jour dans les réanimations pour assurer les soins et la surveillance des patients sous la responsabilité d'un médecin toujours présent dans les unités.

La journée type commence par un passage de relais à 7h entre l'équipe de nuit et celle de jour. *«C'est un moment clé pour la continuité de soins où l'on fait un point sur les événements de la nuit, les nouveaux traitements mis en place»,* précise Christelle Plumereau, cadre de santé en réanimation chirurgicale. Après la vérification des alarmes des différents équipements (respirateurs, monitoring...) et la préparation du matériel d'urgence, les infirmières assurent la première surveillance des malades. *«Elles relèvent la tension, la température, les paramètres du respirateur... Dans le même temps, elles épaulent les aides-soignantes pour la toilette des malades et effectuent le changement des pansements, notamment en réanimation chirurgicale, où ces actes constituent une grosse part de leur activité.»*

A partir des prescriptions médicales, les infirmières préparent ensuite tous les traitements prévus durant les 24 heures. Les soins sont établis suivant des protocoles bien précis. Devant la multiplicité des pathologies à traiter, les médicaments prodigués essentiellement en intraveineuses sont très larges : antihypertenseur, anticoagulant, antibiotiques, sédations morphiniques, anti-arythmiques... La journée continue par un deuxième tour de change pour prévenir au maximum les escarres et une nouvelle surveillance des patients. *«Certains peuvent être surveillés toutes les heures suivant la gravité de leur situation, ajoute Christelle Plumereau. Et parfois, il faut gérer des urgences. C'est alors un vrai travail d'équipe.»*

L'activité se poursuit ainsi jusqu'à 14h où il y a de nouveau un passage de relais avec l'équipe de l'après-midi qui assurera suivant le même rythme son service jusqu'à 21h40.

## «Réanimation : un combat pour la vie»

Entre photos et fragments de témoignages de patients et des familles ayant vécu la réanimation, ce livre *Réanimation : un combat pour la vie*, publié en janvier 2012 aux éditions Springer sous la responsabilité du professeur René Robert, a pour ambition de mieux faire connaître cet univers. En tournant les pages de l'ouvrage, découpé par grandes thématiques, «Ma vie bascule», «Le temps des questions», «Incertitudes et espoirs»... on y découvre le visage de services emprunts d'humanité malgré l'univers hautement technologique. Pour sa réalisation, un appel a été lancé auprès des réanimations de France afin de recueillir une sélection de témoignages. Des photos couleurs et noir et blanc, prises en partie par les soignants eux-mêmes, animent chaque page. Les bénéfices de la vente du livre sont reversés par la Société de réanimation de langue française à la Fondation pour la recherche en réanimation.



*mie cérébrale et provoquer des séquelles importantes pouvant aller jusqu'au décès. Nous avons des médicaments pour cela, mais quand ce n'est pas suffisant nous devons avoir recours à la neurochirurgie afin de poser des drains de dérivation ventriculaire et parfois d'effectuer des craniectomies décompressives.»* Autre cas où la réanimation neurochirurgicale peut être un recours et pour lequel le CHU se distingue particulièrement : *«Les hémorragies méningées qui font suite à une rupture d'anévrisme : nous prenons en charge les patients à toutes les étapes, de la réanimation à la radio interventionnelle avec l'embolisation de l'anévrisme ou le traitement de complications comme le vasospasme et ceci en collaboration avec les neuroradiologues.»*

Et malgré ces traitements, chez certains patients, les dégâts cérébraux sont tels qu'il n'y a plus rien à faire : 80 % des patients en mort encéphalique du CHU sont issus de cette réanimation. Une situation qui place alors l'unité comme celle proposant, au sein de l'établissement, le plus de patients donneurs d'organes.

### Une réelle prise en compte des familles

La mort fait partie de la réalité des réanimations : le taux de mortalité atteint de façon globale les 17 %. Affronter cette éventualité est alors éprouvant pour les familles. *«L'univers de la réanimation n'aide pas à les rassurer surtout lorsqu'elles voient leur proche*

*alité, inconscient, branché à des machines, la plupart du temps le visage à demi recouvert par un masque ou un tuyau»*, précise le professeur René Robert. Dans certains cas, notamment en réanimation chirurgicale concernant les polytraumatisés, le choc est brutal : *«Ce sont des personnes qui le matin étaient en pleine santé et se retrouvent en quelques heures, suite à un accident, avec leur vie en danger»*, note le professeur Olivier Mimoz. Dans ce contexte, les unités s'efforcent d'apporter un soutien aux familles. *«Il y a un vrai effort fait par les infirmières, les aides-soignantes et les médecins pour être à leur écoute et fournir l'information qu'elles attendent. L'appui aux familles fait partie du cœur de notre métier»*, insiste le professeur René Robert.

Pour favoriser cet accompagnement, les réanimations ont pris la décision, il y a un peu plus d'un an, d'ouvrir aux familles les unités 24 heures sur 24. *«Auparavant, les visites étaient limitées à quelques heures, poursuit le professeur René Robert. Durant ce peu de temps, elles étaient logiquement en attente d'informations. Mais entre les soins, il était parfois difficile pour nous d'être disponibles, ce qui ne faisait qu'ajouter de la tension supplémentaire. Avec la disparition des restrictions de temps de visite, les proches sont moins contraints, ce qui nous laisse le temps de leur parler, de les rassurer.»* Au-delà d'être une charge, la présence des familles peut être même bénéfique,

comme l'explique le professeur Olivier Mimoz : *«Nous nous sommes rendu compte qu'elles jouaient un rôle clé dans la prise en charge des patients. Lorsque le malade commence à récupérer, la présence de personnes qu'il connaît est un élément réconfortant qui contribue à réduire le stress.»*

### Une recherche axée sur la réduction des infections

L'amélioration de l'environnement du patient et de la qualité des traitements, par des méthodes moins invasives primordiales à la réduction des infections liées aux soins, constituent donc autant d'éléments forts de la recherche au sein des réanimations, très dynamique dans le domaine.

La réanimation médicale développe plusieurs protocoles : à côté des études menées en matière d'éthique pour permettre aux patients de mieux vivre leur séjour, l'unité travaille sur les champs de l'amélioration de la qualité de l'oxygénation notamment dans le cadre d'une étude nationale intitulée Florali, pilotée par le docteur Jean-Pierre Frat du CHU de Poitiers, qui associe 30 centres en France. Son objectif est d'éviter le recours systématique à l'intubation pour les patients ayant des détresses respiratoires aiguës. Le professeur René Robert pilote également, en lien avec 17 centres en France, une seconde étude nationale sur la mise en place de techniques sophistiquées pour répondre aux infections dans le

cadre des péritonites très graves. La réanimation chirurgicale est elle aussi particulièrement engagée dans l'activité de recherche. Au sein de l'équipe Inserm U1070, où le professeur Olivier Mimoz est directeur adjoint et dont la thématique de recherche est l'amélioration de l'usage des antibiotiques, le service travaille depuis de nombreuses années à des études afin de mieux administrer les antibiotiques avec un double objectif : mieux traiter les infections mais aussi diminuer le risque d'apparition des résistances, afin de maintenir leur efficacité dans le temps. Ainsi, le service pilote une étude d'ampleur nationale, qui s'intéresse à un antibiotique ancien, la Colistine, utilisé en dernier recours sur certaines bactéries devenues résistantes à tous les autres antibiotiques disponibles. Il travaille également sur la prévention des infections, et en particulier sur le bon usage des antiseptiques afin de réduire les infections liées aux cathéters. L'unité a également une grosse activité de recherche sur le développement de nouveaux outils de monitoring non invasifs comme le monitoring en continu de l'hémoglobine au bout du doigt ou de la fréquence respiratoire au niveau du cou.

Il faut également souligner les travaux de recherche menés par la réanimation neurochirurgicale sur la diffusion centrale des médicaments par des techniques originales comme la microdialyse cérébrale en lien avec l'équipe Inserm U1070. Pour le moment l'unité se concentre sur les antibiotiques. Elle s'intéresse également aux infections des dérivations ventriculaires (drains appliqués lors d'une hydrocéphalie).

### Un regroupement des «réa» pour le meilleur

En 2015, le CHU offrira une image totalement transformée des réanimations. Avec la construction du futur satellite neuro-cardio-vasculaire, l'ensemble des quatre réanimations



adultes seront regroupées dans un seul et même bâtiment qui rassemblera toutes les compétences médicales. Ce regroupement offrira ainsi des moyens supplémentaires. Le nombre de lits de réanimation adultes s'élèvera à 60, soit quatre unités de 15 lits chacune. *«Ce qui appuiera d'autant plus notre rôle de recours régional, souligne le professeur Bertrand Debaene, président de la commission médicale d'établissement. Il y avait un réel besoin de mettre en commun les compétences de façon à offrir un plateau de réanimation conséquent. Et ce pour plusieurs raisons : faire bénéficier aux patients de l'expertise et des spécificités de chaque spécialité, proposer un espace de recherche clinique unique où des protocoles communs pourront être initiés, mais aussi offrir une souplesse de gestion, aussi bien en termes de personnel que de disponibilités de places.»* Pour certaines unités, ce dernier enjeu est important : *«Notamment en réanimation cardio-chirurgicale. Lorsque celle-ci affiche complet, le programme opératoire doit obligatoirement s'arrêter. Avec ces places supplémentaires, nous serons en mesure d'augmenter notre capacité*

*opératoire et ainsi répondre aux nouvelles normes pour le maintien de l'activité.»*

Concrètement la réanimation médicale sera accolée à la réanimation cardiothoracique et celle chirurgicale à celle neurochirurgicale. Des mariages qui répondent à une logique d'activités, comme le souligne René Robert : *«Pour les premières, elles sont amenées à s'occuper des grandes détresses cardiaques et respiratoires, quant aux secondes, elles se rassemblent autour des pathologies des traumatisés graves.»*

Les praticiens voient dans cette mutualisation un réel progrès pour la prise en charge des patients. *«La proximité, le fait de pouvoir se croiser plus facilement, encouragera les échanges et fera évoluer nos pratiques»*, souligne, le docteur Hervé Lanquetot. Un sentiment partagé par le professeur René Robert : *«Même si chaque unité a ses spécificités, pour des pathologies à la frontière de deux spécialités, les complémentarités des savoirs ne pourront être que bénéfiques pour le patient.»* Certains y voient aussi un côté très pratique, comme le docteur Claire Dahyot-Fizelier : *«Le fait d'être à côté du plateau d'imagerie nous évitera les transferts très chronophages.»*

Avec ce rapprochement, deux compétences fortes devraient être particulièrement développées dans les années à venir : le traumas-center et la prise en charge des défaillances cardiaques et respiratoires graves. ■

## Les réanimations en chiffres

- 58 lits répartis au sein des quatre réanimations adultes : 18 lits en réanimation médicale, 15 lits en réanimation chirurgicale, 6 lits en réanimation cardiothoracique, 19 lits en réanimation neurochirurgicale.
- 18 lits en réanimation pédiatrique.
- 3 419 patients ont été pris en charge dans ces unités en 2011, soit une évolution de + 5% depuis 2010 : 852 en réanimation médicale, 566 en réanimation chirurgicale, 758 en réanimation cardio-thoracique, 660 en réanimation neurochirurgicale, 583 en réanimation pédiatrique et néonatale.
- 6,8 jours, c'est la durée moyenne d'hospitalisation dans les unités de réanimation. Elle varie selon les spécialités : la plus courte (2,9 jours) est en réanimation cardio-thoracique, la plus longue, 9,2 jours, en réanimation chirurgicale.

# Lésions tumorales : des techniques alternatives à la chirurgie

**Afin de se donner les meilleures chances pour lutter contre les cancers du foie, du pancréas, du poumon et du rein, le CHU de Poitiers met en pratique des techniques mini-invasives en complément de la chirurgie.**

Dans le traitement des tumeurs cancéreuses solides, l'exécèse chirurgicale demeure l'acte à privilégier. Si l'association radiothérapie et chimiothérapie peut stériliser, mais rarement, certaines tumeurs, seule la chirurgie permet de retirer complètement la lésion tumorale. Dans de nombreux cas (pathologie rendant la chirurgie trop risquée, tumeur trop répandue ou inaccessible), ce geste peut être contre-indiqué ou insuffisant. Afin de compléter l'acte chirurgical, le CHU a acquis une expertise dans les méthodes de destruction des tumeurs par la chaleur : la radiofréquence (RF), et plus récemment les micro-ondes (la cryoablation, traitement par le froid principalement indiqué dans le traitement des tumeurs rénales, n'étant pas pratiquée au CHU). Ces techniques sont guidées par l'imagerie et nécessitent l'implantation d'électrodes soit par voie chirurgicale (ouverture de l'abdomen dans le cas des métastases hépatiques des tumeurs digestives par exemple), soit par voie percutanée sous contrôle radiologique (sans ouverture). Elles ont modifié la prise en charge des malades en apportant un outil complémentaire devenu rapidement indispensable dans la prise en charge du malade et de sa pathologie. Cette stratégie est discutée chaque semaine durant

la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'oncologie digestive qui réunit chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes et radiologues. Ces techniques offrent aussi une solution d'attente, notamment dans la perspective d'une transplantation d'un foie sain chez une personne atteinte d'un cancer primaire tel le carcinome hépatocellulaire (CHC) sur foie de cirrhose. Elles autorisent la destruction des tumeurs primitives afin de stopper la progression hépatique, étape préalable à toute greffe.

«*Le pronostic des patients s'est amélioré car nous sommes désormais plus ouverts pour prendre en charge leur pathologie à un stade métastatique avancé*», explique le professeur Jean-Pierre Richer du service de chirurgie viscérale. Chirurgie et méthodes dites de thermoablation peuvent ainsi se compléter. Face à un cancer présentant de nombreux foyers de métastases hépatiques, le recours à la chirurgie seule impliquerait un acte trop lourd. En effet, la quantité de tissu sain retiré avec la tumeur n'autoriserait plus une fonction hépatique adéquate. Le recours aux techniques mini-invasives a notamment pour

avantage d'éliminer une partie des foyers tumoraux tout en préservant davantage le parenchyme ; la chirurgie étant réservée aux sites les plus importants.

Bien que moins agressives que la chirurgie, la radiofréquence tout comme les micro-ondes ont pour conséquence de détruire les structures anatomiques saines (artères, vaisseaux, nerfs...) à proximité de la zone de traitement. Là, réside la principale limite de ces méthodes. Ce n'est pas le cas en revanche d'une technique en devenir comme l'électroporation. C'est pourquoi le CHU de Poitiers s'intéresse de près à cette méthode qui consiste à soumettre la tumeur à un champ électrique important (3 000 volts) provoquant la destruction du fonctionnement de la cellule cancéreuse (apoptose). Elle rend envisageable l'intervention dans des sites inaccessibles jusqu'alors comme autour des vaisseaux mésentériques dans le cas du cancer du pancréas. Une fois ces vaisseaux dégagés par électroporation de la tumeur qui l'enserme, cette dernière pourra être enlevée par voie chirurgicale. Un protocole de recherche – initié par le professeur Jean-Pierre Tasu du service de radiologie, le docteur David Tougeron du département d'oncologie médicale et les professeurs Michel Carretier, Jean-Pierre Richer et Jean-Pierre Faure ainsi que le docteur Riccardo Gauzolino du service de chirurgie viscérale du CHU de Poitiers – réunit aujourd'hui les centres hospitaliers de Tours, Angers, Nantes et Rennes. Le CHU de Poitiers, promoteur de cette recherche, sera le premier établissement en France à proposer d'évaluer de façon scientifique cette méthode. ■



# La dégénérescence maculaire liée à l'âge

**La région Poitou-Charentes connaît une pénurie d'ophtalmologues avec peu de spécialistes installés sur le territoire. Le CHU de Poitiers a fait appel au docteur Nicolas Leveziel, maître de conférences à la faculté et en fonction depuis le 3 septembre au CHU, pour étoffer l'équipe du service d'ophtalmologie, compléter la prise en charge et développer la recherche sur les pathologies rétinienne (dégénérescence maculaire liée à l'âge – DMLA –, maculopathie myopique, décollements de rétine...). Parmi ces pathologies, la DMLA retient toute notre attention.**

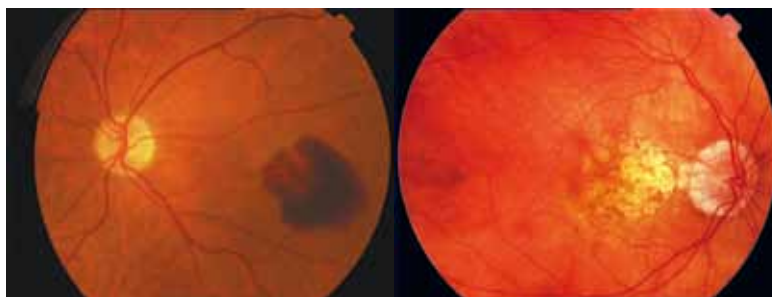
## *La DMLA, qu'est-ce que c'est ?*

C'est une maladie dégénérative de la rétine qui apparaît après l'âge de 50 ans et dont la prévalence augmente avec l'âge.

Elle représente 26 % des causes de malvoyance en Europe et, d'après des estimations, elle affecterait près de 10 000 patients en région Poitou-Charentes.

Cette pathologie se traduit par une baisse de la vision centrale parfois associée à une perception de tâche noire centrale (un scotome) et à une impression de déformation des lignes droites (métamorphopsies). Il existe deux formes de la DMLA, la forme humide ou exsudative et la forme sèche ou atrophique. La forme exsudative se caractérise par l'apparition de néo-vaisseaux choroïdiens entraînant des hémorragies et une exsudation au sein de la macula. La DMLA atrophique se caractérise par une dégénérescence progressive des cellules de l'épithélium pigmentaire puis des photorécepteurs de la région maculaire. Si cette dernière forme évolue moins rapidement que la forme exsudative, elle demeure néanmoins une cause importante de malvoyance.

La physiopathologie de la DMLA n'est pas véritablement connue mais il est démontré que des facteurs génétiques (CFH, HTRA1)



**Couleur du fond d'œil d'un patient souffrant de DMLA exsudative (à gauche) et de DMLA atrophique (à droite).**

et des facteurs environnementaux (tabagisme) sont associés à un risque plus important de développer cette maladie.

Les deux formes de DMLA sont souvent précédées pendant des années par des anomalies rétinienne se traduisant par la présence de drusen (dépôt lipido-protéique localisé sous la rétine) et d'altérations pigmentaires (maculopathie liée à l'âge). La détection de ces anomalies annonciatrices d'une DMLA, par un fond d'œil, permet un suivi plus rapproché des patients à risque de DMLA.

La forme humide se traite par injections intravitréennes d'anti-VEGF (traitement visant à inhiber la molécule VEGF) conduisant le plus souvent à la régression des néo-vaisseaux choroïdiens. Pour les formes débutantes de la maladie, ainsi que pour les formes unilatérales de DMLA, la prise de suppléments nutritionnels est préconisée afin de ralentir l'évolution de la maladie.

Il n'y a pas de traitement pour la forme sèche autre que la prise de suppléments alimentaires pour les formes modérées.

## *Comment cette pathologie est-elle prise en charge au CHU de Poitiers ?*

Le service d'ophtalmologie a mis en place une consultation dédiée aux patients souffrant de DMLA afin de les prendre en

charge quotidiennement et leur proposer un traitement et un suivi adapté à leur pathologie. Il est nécessaire de prendre les patients souffrant de DMLA en urgence puisque l'on sait que la récupération sera d'autant meilleure que la prise en charge est rapide.

## *Quel est votre parcours et pourquoi avoir fait le choix d'exercer au CHU de Poitiers ?*

J'ai fait mon internat de spécialité à Paris puis quatre ans de clinicat au CHU Henri-Mondor à Créteil. J'ai poursuivi ensuite mes activités cliniques dans le même établissement en tant que praticien hospitalier et universitaire. Mon intérêt pour la DMLA est clinique et scientifique puisque j'ai réalisé un master à Paris 5 puis un doctorat à l'université Pierre et Marie Curie, master et doctorat portant également sur la génétique de cette maladie.

J'ai choisi de venir exercer au CHU de Poitiers car la région me paraît attractive tant sur le plan clinique que sur le plan de la recherche où des unités INSERM et CNRS de renom sont implantées. ■

# Les infirmier(ière)s nouvelle génération entrent en piste



**La réforme de 2009 relative au diplôme d'Etat infirmier a imposé une modification radicale du cadre pédagogique par un rapprochement avec l'université. Autre changement notable : l'enseignement est dorénavant basé sur les compétences. Cette nouvelle définition du système de formation a nécessité en amont un travail important entre l'IFSI et les structures de soins du CHU, encore plus parties prenantes dans l'enseignement.**

## L'esprit de la réforme

### *Comprendre, agir, transférer*

«Au-delà du changement structurel, c'est la philosophie même de l'enseignement qui a été totalement revue, précise Marie-Thérèse Chauveau-Ronsin, directrice de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). D'une pédagogie de transmission des savoirs, nous sommes passés à une pédagogie centrée sur l'approche des compétences. Ce qui se traduit notamment par une construction pédagogique articulée sur une alternance entre l'acquisition des connaissances et l'assimilation des savoir-faire, associés à des situations professionnelles développées lors des stages.»

La durée des stages est passée de 4 à 10 semaines.

«L'étudiant infirmier n'est pas un simple récepteur de connaissances mais un acteur voire un coproducteur des compétences visées. L'objectif de cette réforme est alors de mieux le préparer à exercer son futur métier.»

### **La base réglementaire**

L'arrêté du 31 juillet 2009 a modifié en profondeur le diplôme d'Etat d'infirmier. Les études sont dorénavant organisées selon le découpage universitaire euro-

péen LMD (licence-master-doctorat). Elles conduisent à la fois au diplôme d'Etat et au grade de licence. Aussi, une convention a été signée entre l'IFSI du CHU et l'Université de Poitiers. Celle-ci assure l'enseignement des sciences fondamentales : biologie, psychologie, sociologie...

### **Organisation de la formation**

La formation dure trois ans soit six semestres, avec une répartition égale entre enseignements théorique et clinique. L'obtention du diplôme requiert l'attribution de 180 crédits européens appelés ECTS (European Credits Transfert System). Le grade licence ouvrira ainsi la possibilité pour ceux qui le souhaitent de poursuivre vers certains masters.

### **L'alternance**

Tout au long de leur parcours d'apprentissage les étudiants valident dix compétences professionnelles. Pour assurer le suivi des acquis, ils disposent d'un référentiel de compétences, développé au travers d'un portfolio «qui leur permet de visualiser le chemin parcouru et à parcourir durant leurs trois années d'études. Ce n'est pas tant le geste technique qui est intéressant, cela s'apprend facilement, mais c'est tout ce que l'étudiant doit mobiliser en termes de connaissances pour le réaliser en fonction de la situation rencontrée.»

Ces périodes de stages ont aussi eu pour intérêt de faire naître de véritables collaborations entre l'IFSI et les unités de soins. «Ce n'est plus l'école qui s'occupe de l'apport théorique et le terrain de la pratique, souligne Corinne Bonnet-Tanneur, cadre formateur à l'IFSI. Les choses sont moins cloisonnées. L'évaluation pour l'attribution des crédits se fait en cohérence avec l'ensemble des moyens mobilisés par l'étudiant à la fois théoriques, techniques et pratiques.» En outre, dans cette même logique de travail

en commun, des temps de regroupement sont organisés sur les lieux de stages où sont réunis les tuteurs, le formateur référent, les étudiants... dont la finalité est de réaliser des analyses de pratiques.

### **L'accompagnement de la mise en œuvre**

Cette réforme a nécessité en amont un important travail préparatoire entre l'IFSI et la coordination générale des soins du CHU, directement concernée en tant que structure d'accueil des stagiaires. *«De nombreuses réunions d'information et de réflexion ont été organisées sur les moyens à mettre en œuvre comme la nouvelle charte d'encadrement, le livret d'accueil, le portfolio, de façon à partager des outils communs.»*

*«Cette évolution, il faut le reconnaître, a cristallisé et cristallise encore certaines inquiétudes, admet la directrice de l'IFSI. C'est naturel. Mais c'est essentiellement dû à un manque d'informations. Certains pensent qu'avec la suppression des notations, l'évaluation est moins sérieuse. Il faut savoir qu'avec le nouveau système, il y a une intensification des évaluations théoriques.»*

*«Parallèlement, les professionnels et particulièrement les tuteurs de stage peuvent bénéficier d'actions de formation continue élaborées en collaboration avec les cadres formateurs»,* ajoute Martine Imbert, coordonnateur général des soins du CHU.

### **L'enseignement clinique : une stratégie commune**

#### **Des organisations spécifiques**

Pour les professionnels des structures de soins, l'approche de l'encadrement des stages a considérablement évolué du fait de l'allongement de la durée des stages mais aussi des nouvelles modalités d'évaluation des stagiaires.

Certaines unités ont très bien pris la mesure de l'enjeu en mettant en place des organisations particu-



lières. C'est le cas par exemple du pôle cœur-poumons-vasculaire : *«Avant la réforme, du fait de la durée assez courte du stage, les étudiants étaient affectés à une unité de soins mais ne découvraient pas la prise en charge globale du patient, explique Emmanuelle Luneau, cadre supérieur de santé. Suite à une réflexion sur les attendus pour ces futurs professionnels, notamment en termes de polycompétence, nous avons opté pour une découverte de la trajectoire complète du patient durant son hospitalisation, de la consultation jusqu'à sa sortie, en passant par les blocs opératoires et la réanimation. Concrètement pendant les dix semaines de stages, ils effectuent sept semaines au sein d'un service de rattachement, puis deux semaines à la découverte de l'ensemble des unités du pôle et enfin une semaine où nous leur laissons le choix de se perfectionner dans un domaine technique particulier. Dans chaque unité où ils seront amenés à intervenir nous avons souhaité qu'ils soient acteurs et non simples observateurs. Aussi, à chaque étape, nous avons fixé deux ou trois objectifs à acquérir.»*

Pour une bonne coordination des stages, le pôle a mis en place un tuteur unique. Il s'agit d'une infirmière qui se charge de l'accueil et de l'accompagnement de ces étudiants, en lien avec les professionnels de proximité.

Une nouvelle organisation qui contribue aujourd'hui à une meilleure évaluation des étudiants. *«En effet, avec les stages courts, il y avait un turn-over important d'étudiants, nous n'avons pas assez d'éléments pour apporter une véritable évaluation, nous*

*accordions bien souvent une note moyenne, précise Chantal Brunet, cadre supérieur de santé du pôle régional de cancérologie. Sur dix semaines, nous avons une meilleure vision de l'acquisition des compétences des étudiants.»*

Même point de vue de ces derniers : *«Cela nous laisse le temps de découvrir les véritables enjeux de la profession, souligne Fouad Kouache, étudiant en troisième année. De plus, les évaluations qui sont réalisées en fonction des items du portfolio nous permettent de nous autoévaluer. Nous visualisons ainsi plus facilement où porter nos efforts.»* Adeline Audouin, étudiante en deuxième année, y voit un autre aspect : *«La longueur du stage permet également une meilleure immersion au sein des équipes car il faut du temps pour prendre ses marques et se faire accepter.»*

### **L'infirmier(ère) nouvelle génération**

#### **«Des professionnels plus matures»**

A l'heure actuelle, 30 infirmier(ière)s nouvelle génération ont été recruté(e)s depuis cet été au CHU. Et des différences, vis-à-vis de leurs aînés, dans l'approche professionnelle, sont notables, comme en témoigne Chantal Brunet qui en accueille trois en cancérologie : *«On constate qu'ils sont plus matures et plus pertinents lorsqu'ils vont prendre en charge un patient. Ils ne seront pas forcément meilleurs dans les gestes à réaliser mais ils décryptent plus facilement les besoins des patients. C'est vraiment ce que l'on attend de ces professionnels.»*

Ainsi, la réingénierie des formations sanitaires est en marche. D'autres formations s'engagent à présent dans ce processus : les infirmiers anesthésistes, les manipulateurs en électroradiologie médicale... ■

# Une prise en charge globale des pathologies de la colonne vertébrale

**L'unité fonctionnelle rachis-neurostimulation (UFRN) vient d'être créée au CHU de Poitiers. Première unité fonctionnelle en centre hospitalier en France à regrouper les compétences de la chirurgie orthopédique et de la neurochirurgie, elle a pour but d'assurer une prise en charge optimale de la pathologie du rachis.**

Les lésions du rachis sont susceptibles d'avoir quatre conséquences : déficit moteur, déformations du tronc, douleur et handicap. Qu'il s'agisse d'une hernie discale hyperalgique ou d'une fracture du rachis avec troubles neurologiques suite à un accident de la route, la prise en charge des symptômes de la colonne vertébrale nécessite une approche et une offre de soins multidisciplinaires. Cet organe relève de deux spécialités à première vue bien distinctes : les vertèbres sont du domaine de la chirurgie orthopédique, quand la moelle épinière et les racines nerveuses sont du ressort de la neurochirurgie. Afin de donner au patient le meilleur interlocuteur et d'assurer un chemin clinique lisible et complet dans les pathologies du rachis, le CHU a réuni ces deux spécialités en une seule unité. Dans ce nouveau cadre, *«il n'y a pas de concurrence entre les techniques»*, selon Eric Dupeyron, chargé de mission pour le projet d'établissement. *«La spécialité pour laquelle est adressé le patient n'implique pas forcément que les techniques qui y sont rattachées soient les plus efficaces. Le geste le plus adéquat doit être appliqué au cas par cas.»*

L'UFRN rassemble l'ensemble des connaissances, compétences et méthodes – systèmes de chirurgie assistée par ordinateur, techniques de chirurgie percutanée mini-invasive (vertébroplastie, cyphoplastie), dispositifs médicaux de neurostimulation uniques en France – liées à l'orthopédie et à la

neurochirurgie. Cette unité permettra une prise en charge globale de l'ensemble des pathologies de cet organe, de la fracture peu déplacée au rachis multi-opéré. Un accueil téléphonique avec numéro unique est assuré 24 heures sur 24.



Elle dispose d'un plateau technique, de trois salles d'opération (en plus du bloc d'urgence), ainsi que de 15 lits d'hospitalisation, et est localisée au troisième étage de la tour Jean-Bernard. Un personnel est dédié à ce service coordonné par le professeur Pierre Pries, chirurgien orthopédiste, et le docteur Philippe Rigoard, neurochirurgien. La cohérence du pôle neurosciences, locomoteur et vasculaire, qui réunit ces deux spécialités, a favorisé la structuration et la cohésion de cette unité. Celle-ci travaille en lien avec le centre d'étude et de traitement de la douleur du CHU. Cette mise en commun des compétences assure au patient un avis coordonné et un gain de temps dans sa prise en charge.

Dans le domaine des tumeurs du rachis, les spécialistes (neurochirurgiens, orthopédistes, rhumatologues, oncologues et radiothérapeutes) se retrouvent chaque semaine lors d'une réunion de

concertation pluridisciplinaire à caractère régional pour discuter des cas les plus problématiques. Chaque mois, des rendez-vous du même ordre ont lieu sur la question du handicap et de la douleur par l'intermédiaire de consultations multidisciplinaires. Le CHU souhaite s'imposer comme le centre de référence au niveau régional en matière de colonne vertébrale. Autour de lui peut s'organiser une filière de soins qui va d'une première admission en hôpital périphérique jusqu'à un accompagnement, le cas échéant, dans des structures spécialisées dans la rééducation et la réadaptation telles que le centre le Grand Feu à Niort ou la Villa Richelieu à La Rochelle. La création de l'UFRN est également prometteuse dans le domaine de la recherche. Elle s'intéresse à des thématiques à partir desquelles *«il sera possible de développer les outils qui nous guideront dans les choix thérapeutiques de demain»*, selon le docteur Philippe Rigoard. Un de ces projets de recherche clinique et fondamentale porte sur les pathologies rachidiennes via des collaborations qui impliquent notamment l'institut Pprime UPR 3346 de la Faculté de Poitiers. Concernant la neurostimulation, cinq projets (dont deux études multicentriques) sont en cours. Pour apporter une réponse complète à la pathologie de la colonne vertébrale, les chirurgiens de demain devront acquérir cette double culture orthopédie-neurochirurgie. Pour mettre cette philosophie, jusqu'alors inédite en France, en pratique, les coordonnateurs de l'unité entendent faire de l'UFRN un cadre de formation privilégié pour les futurs internes et chefs de cliniques de chirurgie. ■

# Une unité de cardio-gériatrie voit le jour

**Le Centre hospitalier de Poitiers accueille une nouvelle unité en janvier : celle de cardio-gériatrie dans le pavillon Auguste-Rodin. Objectif : unir les expertises en cardiologie et en gériatrie pour une prise en charge globale des maladies cardiaques chez les patients de plus de 80 ans, et notamment l'insuffisance cardiaque. Le professeur Joseph Allal, chef du service médico-chirurgical de cardiologie, et le professeur Marc Paccalin, chef du service gériatrie, expliquent l'apport de cette unité pour les patients.**



**A**u mois de janvier, une unité de cardio-gériatrie voit le jour au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers. Son ouverture tient de la volonté des deux spécialités médicales, la cardiologie et la gériatrie, face à des constats communs. *«Bientôt, deux millions de Français seront âgés de plus de 85 ans et 100 000 de plus le seront chaque année ; plus de 20 % d'entre eux souffrent d'insuffisance cardiaque»*, explique le professeur Marc Paccalin.

Quant au professeur Joseph Allal, il s'est rendu compte qu'avec le vieillissement de la population, *«20 % des patients de cardiologie sont âgés de plus de 80 ans. Ils ont des problèmes cardiaques que nous savons prendre en charge, associés à d'autres pathologies et aux problèmes liés à la prise en charge de la dépendance.»*

Le véritable avantage pour le patient est la mise en commun des compétences médicales expertes de chacun des deux services, en cardiologie et en gériatrie. *«L'insuffisance cardiaque est une maladie prévalente en France et va de pair avec la perte d'autonomie. La nouvelle unité permet d'optimiser la prise en charge médicale (avec une visite régulière d'un spécialiste) et paramédicale des insuffisants cardiaques. Cela nécessite du temps en termes de prévention et de traitement. Chez les patients vulnérables au grand âge, il faut accorder davantage de temps de réflexion à la rédaction de l'ordonnance pour être optimal sans être iatrogène»*, assure Marc Paccalin.

## **Un suivi par une équipe médicale mixte**

Concernant le parcours de soin, Joseph Allal assure que la porte d'entrée reste les urgences cardiologiques : *«Ainsi le patient est vu par un cardiologue qui fait l'examen clinique, prescrit les examens*



complémentaires nécessaires (radiographie pulmonaire, examens biologiques) et réalise, si besoin, une échographie cardiaque. Si l'hospitalisation est décidée, le patient est transféré dans cette unité alors qu'auparavant il restait au pavillon Beauchant.» Quant aux patients arrivés directement en gériatrie depuis les urgences générales, ils pourront aussi être hospitalisés directement dans cette unité si le motif d'admission est adapté. Au sein de l'unité de cardio-gériatrie, le patient sera suivi par une équipe médicale mixte avec un cardiologue mis à disposition à mi-temps par le service de cardiologie, en association avec les docteurs Fabienne Bellarbre et Mathieu Priner. «Le personnel soignant spécialisé en gériatrie a l'habitude de s'occuper de patients insuffisants

cardiaques. Néanmoins, une formation sera proposée pour appréhender le parcours du patient depuis les urgences de Beauchant», précise Marc Paccalin. Pour le suivi et éviter le déplacement des patients, Joseph Allal projette la nécessité de la disponibilité d'un échographe au sein de l'unité. Marc Paccalin insiste : «Beaucoup de ces patients sont suivis à la fois par un cardiologue et un gériatre en complément du médecin traitant. L'unité permet d'améliorer la continuité des soins entre tous ces acteurs.» L'unité sera localisée dans l'unité B du bâtiment Auguste Robin et devrait compter 15 lits.

### **Perspectives de recherche sur les maladies cardiaques des sujets âgés**

Cette création donne une nouvelle perspective à la cardiologie. «Cette unité de cardio-gériatrie permet de libérer des lits au pavillon Beauchant et de recentrer l'activité du pavillon sur la prise en charge des patients aigus en cardiologie interventionnelle», explique Joseph Allal.

Mais c'est aussi de nouvelles perspectives pour la cardio-gériatrie elle-même puisque avoir une telle unité identifiée ouvre un potentiel de développement pour la recherche sur les maladies cardiaques chez le sujet âgé. «Il y a un axe de recherche sur la prévention ou encore le maintien à domicile des patients atteints d'insuffisance cardiaque», espère Joseph Allal. Marc Paccalin va dans ce sens également. Tous deux appuient l'idée que l'insuffisance cardiaque est une maladie fréquente, grave et coûteuse. «Elle entraîne de nombreuses hospitalisations l'une après l'autre et demande un équilibre thérapeutique au plus juste, qui ne peut se faire que progressivement. Une prise en charge spécifique dans une unité dédiée va dans ce sens», conclut Joseph Allal. ■



# Fondation

## CAISSES D'EPARGNE pour la solidarité

reconnue d'utilité publique par décret en Conseil d'Etat le 11 avril 2001



**SMARVES** - 05 49 00 80 00  
« Le Clos des Chênes »

**Notre mission**  
Accueillir les personnes  
âgées dans nos maisons  
de retraite dotées d'unités  
protégées Alzheimer.



**Usson du Poitou** - 05 49 59 57 40  
« La Nougeraie »



**LUCHAPT** - 05 49 84 37 30  
« Richelot-Lassé »

**Nos engagements**  
Développer le lien social  
- échanges intergénérationnels -  
Préserver la vie intime  
- projet de vie personnalisé -  
Favoriser la vie familiale



**POITIERS** - 05 49 41 10 90  
« La Grand Maison des Sacrés Coeurs »

**Respecter la démarche qualité**

300 ans au service des malades

## L'hôpital Pasteur de Poitiers

UN LIVRE DE **GÉRARD SIMMAT**

EDITION : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS

FORMAT 33/25 CM - 160 PAGES

S'il est un endroit de Poitiers, hors les murs, qui mérite tout un livre, c'est certainement celui de ces sept hectares au bord du Clain, compris entre le pont Neuf au nord et le pont Saint-Cyprien au sud. Une extraordinaire histoire sur près de dix siècles. Un site qui, au fil du temps, a subi plus d'une vingtaine de destructions totales ou partielles, renaissant à chaque fois de ses cendres.

Sur cette longue période se succèdent : une villa gallo-romaine, l'abbaye Saint-Cyprien, Grignon de Montfort un personnage tout à fait extraordinaire (à l'origine de la transformation de la Goretterie, du jardin des Quatre-Figures et de la création de l'ordre des Sœurs de la Sagesse), l'Hôpital des Incurables (construit grâce au grand prieur d'Aquitaine Philippe l'Emery d'Echoisy) qui commence

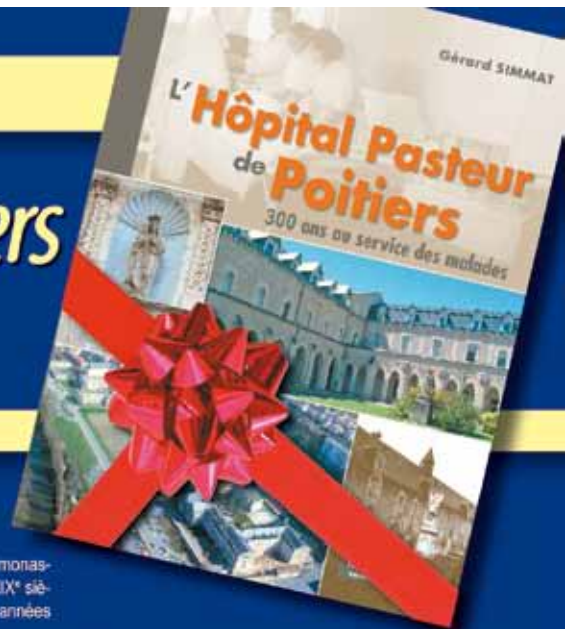
avec quelques chambres et quelques malades, le monastère des Dominicains dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle et une caserne de militaires au tout début des années 1900.

Ensuite se poursuivent : en 1909, l'achat de la partie sud des terrains par les Hospices de Poitiers, en 1922 la naissance de l'hôpital Louis-Pasteur, dans les années qui suivent l'installation de l'asile d'alliés dans le pavillon Guillon, puis dans les années 1950-1970 les transformations des bâtiments et l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, aboutissant à la gériatrie moderne. Le début du XXI<sup>e</sup> siècle voit, au début de l'année 2011, le passage des derniers patients de l'hôpital Pasteur dans les nouvelles structures de l'hôpital de la Milétrie.

Trois cents ans de soins aux malades se terminent.

Ce site, chargé d'histoire, trouve une orientation totalement différente, avec l'extension du Centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS), la mise en route de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et la construction de deux résidences privées.

Un nouveau quartier de Poitiers est né. Une vie nouvelle sur les bords du Clain...



**Cet ouvrage est disponible en librairie et au CHU au prix de 35 €**  
**Pour toutes informations, contactez le 05 49 44 44 05**

### Un Award du développement durable pour le CHU de Poitiers

Parmi les quinze établissements de santé récompensés par les «Awards» du développement durable (DD) 2012, remis lors du salon Hôpital expo, figurait le CHU de Poitiers. Les «Awards DDH» récompensent des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour leur politique en faveur du développement durable. Ils sont décernés par un jury regroupant les fédérations hospitalières (FHF, Fehap, FHP, Unicancer) simultanément à la publication du baromètre du DD en établissement de santé.

Le CHU de Poitiers a reçu le prix spécial FHF «pour la globalité de sa démarche et particulièrement l'attention portée aux effluents liquides». Il met en place depuis 2008 de nombreuses actions en faveur du développement durable, notamment sur le traitement des déchets avec l'enfouissement des déchets d'activité de soins (DASRI), le tri sélectif, la valorisation et la destruction du papier.

Fin 2010, l'établissement a formalisé son engagement et mené dans le même temps deux études : bilan carbone et plan de déplacement d'établissement. Le but est de s'appuyer sur ces deux outils pour définir l'axe développement durable du projet d'établissement reconduit en 2013. Cette démarche est menée par un comité développement durable pluridisciplinaire. Une des dernières actions menées a particulièrement retenu l'attention du jury, il s'agit de l'étude des micropolluants dans les eaux de rejet. Cette étude, réalisée avec la participation de la Saur et du laboratoire de chimie et de microbiologie de l'eau de Poitiers, avait pour but d'analyser la composition des eaux de rejet et de proposer des actions pour limiter sa pollution (traitement de l'eau, médicaments de substitution...). Projet mené d'avril à septembre 2012, résultats à suivre ! La question des rejets dans l'eau va devenir centrale pour les établissements de santé et le jury a souligné l'action d'anticipation du CHU de Poitiers.



### Sport et Collection : 240 000 euros au CHU pour la recherche contre le cancer

Le 11 juillet dernier, Jean-Pierre Doury, président de l'association Sport et Collection (au centre sur la photo), Peter Mann, président du Club Ferrari France (à gauche de Jean-Pierre Doury), et Michel Hénot, président du Rotary Club Civray Sud-Vienne (au deuxième rang, à droite de Jean-Pierre Doury), ont remis un chèque de 240 000 € au CHU de Poitiers pour la recherche contre le cancer.

Cette somme a été collectée à l'occasion de la 18<sup>e</sup> édition de «500 Ferrari contre le cancer» qui s'est déroulée les 1<sup>er</sup>, 2 et 3 juin derniers sur le circuit du Vigeant. Cette année, les dons seront destinés notamment à l'acquisition d'un équipement exceptionnel pour traiter, en association avec la chirurgie, certaines tumeurs. Cet équipement, qui s'appuie sur le principe de l'électroporation, avait été présenté, en mai dernier, lors d'une conférence de presse, à l'association Sport et Collection, au Rotary Club Civray Sud-Vienne et en présence de représentants du Conseil général de la Vienne.

### Résultats de diplôme d'Etat d'infirmier

Marie-Thérèse Chauveau-Ronsin, directrice de l'Institut de formation en soins infirmiers, a présidé en avril la cérémonie de remise des notes de diplôme d'Etat d'infirmier de l'Institut de formation en soins infirmiers du CHU de Poitiers.

L'Institut de formation en soins infirmiers du CHU de Poitiers forme 539 étudiants répartis en trois promotions. Leurs stages se déroulent en grande partie dans les établissements de santé de la Vienne.

Les étudiants infirmiers promotion 2009 de l'institut

de formation, au terme de 38 mois de formation, ont souhaité que soit organisée une manifestation à l'occasion de leur passage de la vie étudiante à la vie professionnelle. L'expérience de l'apprentissage en alternance, de temps de formation théorique et de stage, est un long chemin ponctué d'interrogations, de découvertes et de réussites, enrichissant leur expérience de futur professionnel. En avril 2012, 160 étudiants se sont présentés aux épreuves du diplôme d'Etat, 90 % l'ont réussi brillamment.

**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



**VEOLIA ENVIRONNEMENT**  
"L'énergie est notre avenir, économisons-la"

## Questions à Catherine Boisseau, cadre de santé de l'unité de soins palliatifs

*Les 19 et 20 octobre, des actions ont marqué à Poitiers les journées mondiales des soins palliatifs. Quel était l'objectif et pourquoi cette initiative ?*

L'objectif de ces journées était d'informer le grand public sur les soins palliatifs et d'aborder le thème délicat de la fin de vie à travers différents supports : théâtre, danse, musique, témoignages, conférence.

Chaque année, en octobre, à l'occasion des journées mondiales des soins palliatifs, des conférences sont proposées à Poitiers, sous l'égide de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP). En accord avec l'association JALMALV, nous avons imaginé pour 2012 un événement de plus grande ampleur. Au-delà des « initiés » habituellement présents lors des précédentes journées mondiales, nous espérons toucher le grand public, l'informer et faire évoluer les mentalités. Les représentations liées aux soins palliatifs ont la vie dure. Ils sont souvent perçus uniquement comme des soins ultimes réservés aux personnes en phase terminale. Les soins palliatifs ont évolué, les traitements se sont améliorés, les droits des patients se sont affirmés... Pourtant, nous constatons chaque jour un réel manque d'information : de la loi Léonetti au congé de solidarité familiale, les possibilités d'aide et de soutien pour les patients et leurs proches sont le plus souvent totalement méconnues des usagers eux-mêmes.

Fin 2011, la coordination générale des soins nous a proposé de rencontrer des étudiants de l'école supérieure de management ESCEM à Poitiers, dans le cadre d'un projet à visée humanitaire. Collaborer avec des jeunes d'un milieu totalement différent nous a intéressés. La richesse de nos échanges et leur spontanéité nous ont convaincus. Ces journées se sont inscrites dans le cadre d'un partenariat avec l'association JALMALV et l'ESCEM.

**Quelle est l'offre en soins palliatifs au CHU de Poitiers ?**  
Créée en 2002, l'équipe mobile de soins palliatifs intervient à la demande des soignants et/ou des patients et de leurs proches. Son activité n'a cessé de croître : 150 patients par an en 2002, 600 en 2011. Elle intervient aujourd'hui dans quasiment tous les services du CHU. Depuis 2008, le CHU compte également 18 lits identifiés de soins palliatifs répartis sur différents secteurs de l'établissement. Un état des lieux de la mise en œuvre de ce dispositif est actuellement en cours de réalisation. L'unité de soins palliatifs a vu le jour en octobre 2009. Elle comporte dix lits d'hospitalisation, réservés à l'accueil des patients en situation complexe. Malgré un délai d'attente relativement court (2,5 jours), seulement 71% des demandes reçues en 2011 ont été suivies d'une admission. En effet, 4% des patients concernés ont été transférés sur un autre secteur, 11% des demandes se sont avérées inadéquates, 14% des patients sont décédés avant leur admission. Ce dernier élément est pour nous significatif : la question des soins palliatifs est souvent difficile à



aborder pour les équipes soignantes. Elle nécessite encore et toujours un accompagnement des soignants, un travail de formation et de soutien.

**Quels sont les défis de demain ?**

Localement, il nous reste à développer la prise en charge palliative à domicile. En effet, malgré l'intervention de l'HAD, l'absence de réseau sur le département de la Vienne limite bien souvent les possibilités de maintien à domicile dans les situations complexes (symptômes difficilement gérables à domicile, coût des traitements, personnes jeunes, patients en situation de précarité). D'autres projets, comme les appartements thérapeutiques ou les maisons d'accompagnement, sont à l'étude afin de répondre au mieux aux besoins des personnes en situation palliative. Au-delà de leur reconnaissance et de l'évolution des représentations, l'enjeu des soins palliatifs se situe aujourd'hui autour de deux axes fondamentaux : leur accessibilité à tous sur l'ensemble du territoire, quels que soient l'âge, et la situation de la personne susceptible d'en bénéficier.

### Témoignage des étudiants de l'ESCEM

*«Au début, nous ne connaissions pas vraiment l'univers des soins palliatifs. Après en avoir appris davantage sur ce qui gravite autour de ce service lors de réunions successives avec l'équipe, nous pensons que cette cause mérite d'être connue par le grand public. Nous sommes donc réellement ravis d'avoir pu apporter notre aide à l'équipe des soins palliatifs dans ce projet de taille considérable. Cette collaboration a été bénéfique autant pour le CHU, nous l'espérons, que pour nous-mêmes, enrichis par cette expérience.»*

### Prises en charge en soins palliatifs

Il existe aujourd'hui quatre modalités de prise en charge en soins palliatifs :

- les unités de soins palliatifs,
- les équipes mobiles de soins palliatifs,
- les réseaux de soins palliatifs,
- les lits identifiés de soins palliatifs.

Par ailleurs, tout malade, s'il le nécessite, doit pouvoir recevoir des soins palliatifs à son domicile comme dans tout service de soin.

Quelques chiffres (en France, juin 2012) :

- 107 unités de soins palliatifs (soit 1 176 lits),
- 353 équipes mobiles de soins palliatifs,
- 4 800 lits identifiés de soins palliatifs.

## Accueil d'une délégation libanaise

Le CHU de Poitiers a accueilli en août une délégation libanaise venant de l'hôpital Saint-George et de l'Université du Balamand à Beyrouth. Dix ans après la signature de la première convention, c'est tout un symbole. La délégation était composée du docteur Paul Hage, neurochirurgien, responsable des échanges internationaux de l'hôpital Saint-George, d'Imad Hadj, chirurgien, directeur médical de l'hôpital Saint-George, de Salam Rayes, directeur général de l'hôpital Saint-George, et de Paul Nassar, doyen de la Faculté des sciences médicales de l'Université de Balamand. Leur visite a permis de faire le point sur les différents sujets de coopération, notamment le projet de création sur place d'un laboratoire de simulation et d'un laboratoire de chirurgie expérimentale pour former aux gestes d'urgence les jeunes internes et médecins en chirurgie ainsi que les professionnels de santé. Les présentations des professeurs Michel Carretier et Jean-Pierre Faure, du service de chirurgie viscérale du CHU, ainsi que celle du Pr Michel Scepi concernant la simulation, dans les locaux du laboratoire de simulation de la Faculté de médecine et de pharmacie, ont suscité des échanges nourris et rencontré un vif intérêt. Le séjour de cette délégation a été également ponctué par des temps forts tels que la possibilité d'assister en direct à une opération de chirurgie viscérale dans la salle de bloc opératoire intégrée, la rencontre avec le Pr Michel Morichau-Beauchant, doyen, avec le Pr Bertrand Debaene, président de la commission médicale d'établissement, ou encore les retrouvailles avec le Pr Roger Gil, alors doyen lors de la précédente venue des Libanais en 2002. Le 22 août, au CHU, une convention cadre a été signée. Elle reprend les différents axes de coopération, notamment la coopération médicale, la formation médicale et paramédicale et les deux laboratoires de simulation et de chirurgie expérimentale.

## Opération «+ de vie»

Le 11 octobre, dans le cadre de la 16<sup>e</sup> édition de l'opération «+ de vie», Bernadette Chirac, présidente de la Fondation hôpitaux de Paris - hôpitaux de France, et l'actrice Mireille Darc, marraine de l'opération «+ de vie», aux côtés du professeur Marc Paccalin et entourées de l'équipe de gériatrie sur la photo, se sont rendues au chevet des patients de gériatrie au CHU de Poitiers.

L'opération «+ de vie» finance des projets pour améliorer la vie quotidienne des personnes âgées hospitalisées. Ses objectifs sont de rapprocher les familles et créer du lien intergénérationnel, développer des activités pour rompre la solitude et l'ennui, améliorer le confort et l'accueil pour mieux vivre à l'hôpital ou encore lutter contre la douleur et maintenir la dignité des patients âgés.

27 projets ont été subventionnés dans la Vienne. Par exemple, grâce à la subvention de la fondation, le centre hospitalier universitaire de Poitiers a pu financer l'acquisition de jardinières permettant d'améliorer le cadre de vie des résidents.



## Personnels : foire aux questions sur internet

La direction des ressources humaines met à disposition une foire aux questions sur le site internet du CHU :

[www.chu-poitiers.fr/FAQ.aspx](http://www.chu-poitiers.fr/FAQ.aspx)

Carrières, recrutement, formation continue, paye et protection sociale, effectifs, espace médico-social... Vous trouverez sur ces pages des réponses très concrètes aux questions que vous vous posez. Et si vous ne trouvez pas les réponses que vous cherchez, vous aurez la possibilité de poser votre question en ligne. La direction des ressources humaines et les cadres qui la composent s'engagent à vous répondre rapidement !



**Retrouvez toute l'actualité  
du CHU de Poitiers  
et abonnez-vous à la  
newsletter sur**

**[www.chu-poitiers.fr](http://www.chu-poitiers.fr)**



RENDEZ-VOUS  
ÉPARGNE  
CLARTE

**ICI, L'ÉPARGNE  
DE NOS CLIENTS  
SERT LES PROJETS  
DE NOS CLIENTS.**

**Crédit Mutuel**  
LA banque à qui parler  
[www.creditmutuel.fr](http://www.creditmutuel.fr)

CRCM LACO - Siren 870 800 299 RCS Nantes. 46, rue du Port Boyer, BP 92636, 44326 Nantes Cedex 3.

**Gescall**  
A l'écoute de vos patients



Un service à la carte

Un respect  
de vos instructions

De vrais  
engagements qualifiés



**POITIERS**  
05 49 38 48 38  
[www.gescall-poitiers.fr](http://www.gescall-poitiers.fr)

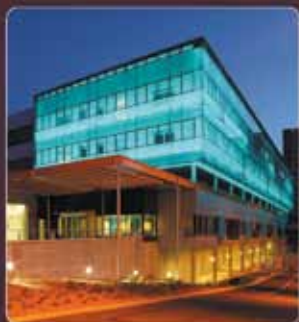
**LA ROCHELLE**  
05 44 45 21 94  
[www.gescall-la-rochelle.fr](http://www.gescall-la-rochelle.fr)

Je suis votre  
secrétaire dédiée

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE  
**SECRÉTARIAT TÉLÉPHONIQUE MÉDICAL**

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

Acteur majeur du secteur de la santé en France, Cofely Ineo développe pour les établissements hospitaliers des solutions innovantes et performantes afin de garantir la fiabilité et la sécurité des installations électriques, la continuité des services tout en améliorant l'accueil des patients et le confort du personnel.



**Disponibilité totale de l'énergie <**  
(Installations électriques courants fort et faible, rénovation, supervision, maintenance multitechnique 24h/24...)

**Interactivité des services <**  
(Terminal Multimédia Patient...)

**Sécurité des personnes et des biens <**  
(Vidéoprotection, détection anti-intrusion, contrôle d'accès, détection incendie...)

**Efficacité énergétique et carbone <**  
(Eco-solutions)

Avec 300 implantations en France, Cofely Ineo intervient dans plus de 200 établissements de santé.

[cofelyineo-gdfsuez.com](http://cofelyineo-gdfsuez.com)

**Ineo Atlantique**  
17 rue Claude Berthollet  
Zone République III  
86000 Poitiers  
Tél.: 05 49 52 33 33 - Fax : 05 49 55 45 12



**COFELY INEO**  
GDF SUEZ

En juin 2012, Cofely est devenue la marque phare de l'ensemble des entités de GDF SUEZ Energie Services. Cofely Ineo est désormais la nouvelle marque d'Ineo et de ses filiales.

L'énergie est notre avenir. Associons-nous à l'



Mieux entendre  
vous va si bien !



**AUDITION  
CONSEIL**

[www.auditionconseil.fr](http://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

AGENTS HOSPITALIERS

Rejoindre une mutuelle  
qui protège les agents hospitaliers  
depuis plus de 50 ans,  
**forcément, ça rassure !**

[www.mhv-sante.fr](http://www.mhv-sante.fr)



**POITIERS** (siège social)

CHU - Rue de la Milétrie  
Pavillon René Le Blaye  
Tél. 05 49 44 44 07

LUNDI AU JEUDI : 8H30-17H  
VENDREDI : 8H30-16H

**POITIERS**

Hôpital Jean Bernard  
Hall d'entrée  
Tél. 05 49 44 42 00

LUNDI AU VENDREDI :  
10H-13H / 14H-16H

**POITIERS SUD**

C. Cial. AUCHAN  
Tél. 05 49 44 05 05

LUNDI AU SAMEDI : 9H-20H

RETROUVEZ-NOUS AUSSI À :

**CHÂTELLERAULT** - Hôpital Camille Guérin - Tél. 05 49 02 22 48

**CHASSENEUIL-DU-POITOU** - C. Cial. AUCHAN - Tél. 05 49 00 01 01

**Siège social** : Pavillon René Le Blaye - rue de la Milétrie - BP 59 - 86002 Poitiers Cedex - Tél. 05 49 44 44 07 - Fax 05 49 44 48 53  
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 314 685 835

