

CHU *magazine*

POITIERS



CHU, le recours en plus

- > Trauma center : optimiser la prise en charge des polytraumatisés
- > Réimplantation totale de la main : une première
- > Oncogénétique : une nouvelle consultation

Tous prêts immobiliers **depuis 27 ans**

Étude personnalisée gratuite - Résidence principale, secondaire ou locative
Renégociation de vos prêts - Rachat de soulte



ORIAS 14000394

Cabinet René BONNET

28 Rue Gaston-Hulin - 86000 POITIERS

cabinet.renebonnet@gmail.com

Philippe NORMAND

06 78 54 47 55

05 49 41 45 94

www.courtage-credit-immo86.fr

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AGENTS HOSPITALIERS

Moins de 28 ans, plus d'avantages

La MHV propose des tarifs réduits à tous
les jeunes professionnels de la santé !

www.mhv-sante.fr



agencemba.fr

POITIERS

Pavillon René Le Blaye
rue de la Milétrie
BP 59 - 86002 Poitiers Cedex
Tél. 05 49 44 44 07

Mutuelle régie par le livre II
du Code de la Mutualité,
immatriculée au SIREN
sous le n° 314 685 835



5 En bref

10 Le sommeil en réanimation passé à la loupe

Quel impact peut avoir le manque de sommeil sur des patients en réanimation ? Une étude va être menée sur une quarantaine de patients à partir du mois de septembre.

12 Oncogénétique

Depuis mars 2014, l'oncogénétique digestive se structure autour d'une nouvelle consultation.

14 Trauma center : optimiser la prise en charge des polytraumatisés

Depuis décembre 2013, la région bénéficie d'un trauma center, une structure pour optimiser le parcours de soins des polytraumatisés.

16 Dossier Le recours en plus

Le CHU développe depuis plusieurs années des actes médicaux et des techniques que les autres établissements du Poitou-Charentes ne proposent pas. Tour d'horizon de ces soins de haute technicité.

26 Réimplantation totale de la main : une première



En décembre, une réimplantation pour amputation complète de la main a été réalisée au CHU par le service de chirurgie orthopédie-traumatologie. Cette intervention rare est une première pour l'établissement. Une réussite également.

28 Enseignement : évaluer pour progresser

Les internes acquièrent les gestes de base en intervenant par simulation sur modèle animal. Des outils d'évaluation ont été mis en place.

30 L'évolution des maladies infectieuses

Le CHU s'adapte pour permettre la prise en charge des patients dans des conditions adaptées selon les niveaux d'alerte.

32 Le contrat d'apprentissage chez les kinésithérapeutes

Cette nouvelle voie de professionnalisation offre des opportunités de pallier les difficultés de recrutement des kinésithérapeutes.

34 Espace régional d'éthique : la voie vers une éthique citoyenne

L'espace régional d'éthique développe son activité autour d'une volonté : rendre concrètes les questions éthiques et faire en sorte que les citoyens s'en emparent.



36 En bref

Dans ce numéro, vous découvrirez les activités de recours pratiquées et développées au CHU de Poitiers. Cette offre de soins doit permettre aux patients de la région Poitou-Charentes de trouver une réponse adaptée à leur maladie en restant dans leur région de résidence. Pratiquées à Poitiers, elles évitent la fatigue des déplacements hors région, les coûts inutiles qui y sont associés et permettent aux équipes médico-soignantes de progresser dans des spécialités.

Ces activités sont aussi le terreau de la recherche médicale, car elles permettent l'inclusion dans les protocoles d'un plus grand nombre de patients, donc des bases de données plus abondantes pour les chercheurs. Elles peuvent également, lorsqu'il s'agit d'innovation, donner lieu à des publications nationales ou internationales, susceptibles d'enrichir les bonnes pratiques et les recommandations.

Elles sont enfin un critère d'attractivité pour les médecins, ce qui permet de maintenir une couverture médicale hospitalière satisfaisante en Poitou-Charentes.

De plus, elles nous enjoignent à travailler avec les centres hospitaliers de la région pour leur délivrer des avis spécialisés, sans différer la réponse. Nous nous sommes progressivement structurés en ce sens.

Ainsi donc, les activités de recours au CHU de Poitiers permettent de maintenir les patients dans leur région, ce qui évite des orientations dans des structures qui ne seraient pas en état d'offrir une bonne prise en charge, le gigantisme étant le plus souvent nuisible à la qualité de l'hospitalisation. S'il nous faut encore renforcer notre rôle dans certaines spécialités, l'ouverture récente du trauma center 24h/24 ou sous un autre angle de la prise en charge, la réouverture en septembre de la maison des familles, témoignent de la volonté du CHU de Poitiers de jouer pleinement son rôle de recours régional.



**Jean-Pierre Dewitte,
directeur général**

CHU le magazine - n° 68

Centre hospitalier universitaire de Poitiers - Direction de la communication
2 rue de la Milétrie - BP 577 - 86021 Poitiers Cedex - Tél. 0549444747 - Fax 0549444748 - Courriel : communication@chu-poitiers.fr



Directeur de la publication Jean-Pierre Dewitte - **Rédacteur en chef** Stéphan Maret - **Assistants** Typhaine Buors, Vanessa Guérin. **Ont collaboré à la rédaction** Agence de presse AV Communication (Gaëlle Chiron, Luc-Olivier Dufour, Mélanie Papillaud, Philippe Quintard)

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

Publicité ComWest2 - 3-42 rue du 125° R.I. - 86000 Poitiers - Tél. 05 16 52 37 89 - Port. 06 81 14 22 06 - Courriel : comwest@sfr.fr



Dépôt légal 2^e trimestre 2014 - ISSN 1165-4333 - Tirage de ce numéro : 12 000 ex.

Pose de la première pierre du centre neuro-cardio-vasculaire

Les conférences du pôle info-santé ont fêté leurs 20 ans

Le CHU de Poitiers, en partenariat avec l'Espace Mendès-France, organise depuis 1993 les conférences du pôle info-santé. Le pôle info-santé est un point de rencontre ouvert à tout public, suscitant le dialogue. Il permet de répondre aux interrogations de la population sur des thèmes de santé, dans un esprit de prévention et d'éducation. Des médecins hospitaliers et libéraux interviennent lors de chacune des conférences proposées. L'année 2013 a été un double anniversaire pour le pôle info-santé : il a fêté à la fois ses 20 ans et sa 100^e conférence. Depuis 1993, plus de 10 000 personnes sont venues s'informer lors de ces soirées ouvertes à tous.

La prochaine conférence portera sur les anesthésies. Elle aura lieu le jeudi 16 octobre, à 18h30, à l'Espace Mendès-France. La dernière de l'année est prévue le jeudi 4 décembre et sera consacrée aux accidents vasculaires cérébraux.

Quatre mois après la pose de la clôture de chantier et le terrassement de 45 000 mètres cube de terre, la première pierre du futur centre neuro-cardio-vasculaire a été posée le 12 décembre dernier.

La cérémonie s'est déroulée sur le chantier du centre neuro-cardio-vasculaire qui ouvrira ses portes, sur le site de la Milétrie, fin 2016, en présence de (*de gauche à droite sur la photo*) François-Emmanuel Blanc, ancien directeur de l'Agence régionale de santé Poitou-Charentes, Alain Claeys, président du conseil de surveillance du CHU de Poitiers, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, et du professeur Pierre Corbi, chef du pôle cœur-poumons-vasculaire.

Cette réalisation vise à :

- structurer et à regrouper, sur un même site, toutes les urgences neuro-cardio-vasculaires pour une prise en charge la plus précoce possible et la mieux adaptée au patient ;
 - mettre en place un plateau d'explorations en imagerie comportant scanner, IRM et échographie doppler à proximité des urgences et des salles interventionnelles ;
 - rapprocher l'unité de soins intensifs de cardiologie et l'unité neuro-vasculaire des urgences et du plateau technique ;
 - regrouper les réanimations et passer leurs capacités à 60 lits, à proximité de l'unité de soins continus qui a ouvert dans le satellite de Jean-Bernard en 2012 ;
 - réunir les capacités opératoires du CHU de Poitiers autour de la salle de soins post-interventionnels et à proximité de la stérilisation centrale en permettant l'intégration de l'imagerie et de la robotique dans les blocs opératoires ;
 - achever de réunir autour de Jean-Bernard toutes les activités de court séjour du CHU ;
 - conforter le CHU de Poitiers dans son rôle de recours dans la région en offrant ses capacités d'expertise aux établissements de santé et professionnels de Poitou-Charentes ;
 - favoriser la recherche dans le domaine des pathologies neuro-cardio-vasculaires.
- Le centre neuro-cardio-vasculaire réservera ses capacités d'accueil aux patients nécessitant des soins d'urgence et intensifs. Ainsi, sur les 60 lits d'hospitalisation traditionnelle de cardiologie, 30 trouveront leur place dans ce satellite et 30 seront intégrés dans Jean-Bernard. Les 12 lits de chirurgie cardio-thoracique et les 16 lits de soins intensifs de cardiologie seront installés dans le centre neuro-cardio-vasculaire.

Les 17 lits de chirurgie vasculaire et les 20 lits dédiés à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux quitteront Jean-Bernard pour rejoindre ce nouveau bâtiment qui comportera également des places d'hospitalisation de jour. 30 lits seront dédiés à la réanimation spécialisée en chirurgie cardio-thoracique et en neurochirurgie.

L'agence Behrend Centdegrés Architectures Associée à TLR Architecture & Associés a été retenue en juin 2011 pour la maîtrise d'œuvre. Son expérience dans le domaine hospitalier lui a permis de concevoir un bâtiment répondant aux attentes du CHU de Poitiers et aux enjeux que représente ce projet dans l'offre de soins, demain, pour la population de la région Poitou-Charentes.





Bienvenue à Aurélien Delas, directeur de cabinet et directeur de la recherche, depuis le 5 mai

Cumuler les fonctions ne fait pas peur à ce Parisien d'origine, qui a même soutenu une thèse en géographie de la santé le 20 mai. Ce doctorat conclura de brillantes études entamées à Sciences-Po Paris et poursuivies par l'obtention d'un DEA en sociologie politique, puis d'un DEA en relations internationales. En 2009, à sa sortie de l'École des hautes études en santé publique, il débute son parcours professionnel au CHU de Rennes en tant que directeur des équipements biomédicaux et DRH adjoint. Un an plus tard, il rejoint le Centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers comme directeur des affaires générales et médicales. Au CHU de Poitiers, Aurélien Delas est en charge de la gestion des instances ainsi que du suivi des relations avec l'Agence régionale de santé et du suivi de la déconcentration de gestion du CHU. De plus, en tant que directeur de la recherche, il doit assurer la gestion, le suivi juridique, financier

et règlementaire des activités de recherche, tout en facilitant la promotion de la recherche clinique hospitalière ou industrielle et de ses équipes.



Bienvenue à Elsa Livonnet-Moncelon, directrice financière, depuis le 2 janvier

Elsa Livonnet-Moncelon a commencé sa vie professionnelle en 2000 au CHR d'Orléans, où elle a occupé les postes de directrice de site et de directrice de la coopération et des réseaux. Elle est ensuite devenue déléguée régionale à l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, puis a rejoint le centre hospitalier de Blois en 2008. Elle y a occupé plusieurs fonctions, dont celles de directrice des affaires financières et de directrice déléguée de pôle. Auparavant, ses études l'avaient mené d'hypokhâgne à l'École des hautes études en santé publique, en passant par Sciences-Po Rennes et Sciences-Po Paris. En plus de sa fonction de directrice financière, elle est également membre du directoire et représente la direction générale au sein de l'espace éthique régional.

Questions à Séverine Masson, directrice générale adjointe depuis le 1^{er} février

Vous avez été directrice des ressources humaines pendant dix ans. Quel bilan en tirez-vous aujourd'hui ?

La DRH permet de connaître et de comprendre l'hôpital car nos interlocuteurs sont par définition tous les professionnels hospitaliers. Comme notre mission est, entre autres, d'accompagner les changements de l'établissement, nous connaissons tous les projets institutionnels puisqu'il est rare que leur mise en œuvre n'implique pas l'engagement des personnels. Nous devons donc avoir constamment une vision d'ensemble, c'est-à-dire de l'intérêt général, tout en examinant aussi chaque situation individuelle qui nous est soumise. C'est encore possible au CHU de Poitiers et c'est l'intérêt de la fonction. Les dix années passées à la tête de la DRH me permettent de poser plusieurs constats. Le premier est celui de la cohabitation, je pense réussie, de profils variés et d'intégration de personnels ayant travaillé hors du secteur hospitalier et attirés par nos valeurs et la diversité de nos activités. Le second réside dans notre capacité à accompagner les souhaits de promotions professionnelles. L'hôpital public est un lieu où «l'ascenseur social» fonctionne. Cela contribue à notre attractivité. Le troisième constat est celui de la souplesse de nos organisations : les équipes savent se transformer lorsque l'intérêt pour le malade est établi. Elles savent qu'elles peuvent ici, si elles le veulent et s'en donnent les moyens, progresser et se former à un métier.

D'un point de vue plus global, cet établissement m'apparaît avoir réalisé depuis dix ans une croissance harmonieuse entre les différentes disciplines médicales, mais aussi au regard de nos trois missions : le soin, l'enseignement et la recherche. Bien entendu, cela ne signifie pas que tout est parfait. Beaucoup de chantiers restent à ouvrir, mais je ne les citerai pas ici car je souhaite que mon successeur soit libre d'engager les actions qu'il croira utiles.

Une longue expérience à la DRH d'un même établissement, selon vous, un avantage ou un inconvénient pour cette nouvelle prise de poste ?

Il va de soi que c'est une chance au sens où les professionnels et les dossiers me sont familiers. L'inconvénient pourrait être que moi aussi je suis connue, ce qui risquerait parfois de brider une forme de spontanéité dans l'expression ou dans la présentation des sujets. Mais justement, tout l'enjeu de ma prise de poste sera pour moi de poser un regard radicalement nouveau sur les situations, afin que mes interlocuteurs puissent s'exprimer sans penser que la réponse est déjà arrêtée.

En tant que nouvelle directrice générale adjointe, quels sont les dossiers sur lesquels vous porterez une attention particulière ?

Bien entendu, le directeur général fixe les grandes orientations et le directeur général adjoint le seconde. Par ailleurs, le directeur général aura très certainement un regard plus tourné vers l'extérieur, c'est-à-dire les relations avec l'université, les coopérations régionales et interrégionales, alors que le mien sera plus orienté vers l'intérieur. Je piloterai notamment la recomposition de Jean-Bernard, le plan d'amélioration d'accueil des urgences, l'organisation des blocs opératoires et la nouvelle blanchisserie, mais cette liste n'est pas exhaustive.



Questions à Céline Garnier, médecin anesthésiste

Pouvez-vous nous en dire plus sur votre parcours et sur le choix de votre spécialité ?

J'ai fait l'ensemble de mon parcours universitaire à Poitiers avant d'intégrer la faculté de médecine. A la fin de ma sixième année, j'ai choisi la spécialité anesthésie avant d'effectuer mes cinq années d'internat en Poitou-Charentes, dont quatre au CHU de Poitiers.

J'ai opté pour cette spécialité car je ne souhaitais pas me focaliser sur un organe en particulier, et je ne me sentais pas faite pour la chirurgie. Ce qui m'a attirée dans le métier d'anesthésiste, ce sont les gestes techniques (pose de cathéters veineux centraux, intubation, etc.) et la gestion des situations d'urgence.

Aujourd'hui, en quoi consiste votre activité quotidienne ?

J'ai terminé mon internat en novembre 2011. J'ai depuis le statut de praticien hospitalier contractuel. A ce titre, je partage mon temps entre les consultations avant l'anesthésie, les interventions au bloc et les gardes (au bloc d'urgences et à la maternité). Je travaille essentiellement au bloc de neurochirurgie, mais il m'arrive d'intervenir dans les blocs d'urologie, ORL et ophtalmologie.

Quels sont vos champs de compétences particuliers ?

Je me suis formée aux spécificités de la neurochirurgie, comme par exemple la position assise pour la chirurgie de la fosse postérieure, ou la chirurgie de tumeur cérébrale éveillée. Celle-ci consiste à réveiller le patient en per opératoire pour effectuer une batterie de tests sur différentes fonctions (motricité, langage), selon la localisation de la tumeur, et ainsi limiter les séquelles après l'opération. Une fois les tests terminés, il faut à nouveau endormir le patient.

Votre profession connaît un déficit démographique. Pourquoi avoir choisi de rester au CHU de Poitiers après votre internat ?

J'apprécie de pouvoir travailler avec de jeunes internes et de garder un pied dans le milieu universitaire. Cela favorise une certaine émulation, nous pousse à remettre en cause et améliorer nos connaissances et nos pratiques. Nous soignons par ailleurs des pathologies complexes et graves, mais à l'hôpital nous ne sommes jamais seuls : nous sommes toujours en équipe, même en cas d'urgence.



Une équipe de choc pour des chapeaux chics

La perte des cheveux induite par les traitements de chimiothérapie est une étape difficile pour les patientes en cours de traitement. Véritable atteinte physique et psychique, ce symptôme est ressenti comme un stigmate fort de la maladie, l'alopécie capte le regard de l'autre, affiche la différence et va jusqu'à modifier la relation à l'autre. Un relais esthétique capillaire, lieu d'accueil,

de soutien, d'information et d'accompagnement des patientes a été mis en place, avec le souhait d'aller plus loin. La création d'un atelier de confection de coiffants s'est inscrite pleinement dans la continuité de l'accompagnement proposé par le relais capillaire. Impliquer des intervenants extérieurs, et plus particulièrement des étudiants, a permis de dédramatiser le cancer auprès de

l'extérieur et de changer le regard sur la maladie, de transmettre un message d'ouverture positif sur la pathologie cancéreuse.

Le prix Isabelle remis par l'association Laurette Fugain va permettre de poursuivre cet accompagnement en 2014 en le développant sur tous les services du pôle cancérologie par l'implication des équipes soignantes.

«Prédire la réponse aux traitements anti-tumoraux, un enjeu d'avenir» : David Tougeron reçoit le prix Jean et Madeleine Schaeffer

Le docteur David Tougeron a reçu le prix Jean et Madeleine Schaeffer, sous l'égide de la Fondation de France, qui récompense des chercheurs pour la qualité de leurs travaux relatifs au cancer du côlon. David Tougeron est maître de conférences des universités – praticien hospitalier dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU de Poitiers depuis 2010. Il est spécialisé dans le traitement des cancers digestifs, notamment du cancer du côlon. Ses travaux de recherche s'effectuent au sein du CHU de Poitiers en collaboration avec le laboratoire inflammation, tissus épithéliaux et cytokines (professeur Jean-Claude Lecron) et le service d'oncologie moléculaire (docteur Lucie Karayan-Tapon).

Pose de la première pierre de la maison des familles

Renaud Bègue, président de l'association «La Maison des familles», a procédé, le 13 décembre dernier, à la pose de la



première pierre de la nouvelle maison des familles, en présence d'Alain Claeys, président du conseil de surveillance du CHU de Poitiers, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, et de représentants de la Fondation des Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.

La cérémonie s'est déroulée sur le chantier de la nouvelle maison des familles qui ouvrira ses portes, sur le site de la Milétrie, en septembre. Inscrite dans la démarche d'accueil à l'hôpital depuis 1993, la maison permet aux accompagnants de rester auprès de leur conjoint, enfant ou ami hospitalisé au CHU de Poitiers, établissement régional de recours. Chaque année, 1 300 familles y sont hébergées sans limite de temps et sans que l'argent ne soit un obstacle à cet accompagnement.

Voici quelques chiffres sur le nouveau bâtiment qui sera livré en septembre :

- 29 chambres et studios équipés
 - 1 500 m² construits
 - 3,750 M€ TDC pour le bâtiment (CHU)
 - 185 000 € pour le mobilier (association)
 - En 2012, la moitié des familles restent plus de 2 semaines et un tiers plus d'un mois
 - 72 % étaient originaires de la région Poitou-Charentes dont 39 % de la Charente-Maritime, 15 % des Deux-Sèvres et 13 % de la Charente
 - Les principaux services concernés sont la neurochirurgie (15%), la pédiatrie (13%), la cancérologie (9%), la neurologie (7%) et d'autres secteurs très spécialisés (réanimations, greffes).
- L'architecte mandataire est Behrend Centdegres Architectures associé à TLR Architecture & Associés.

Questions au Pr Samy Hadjadj, coordonnateur du centre de ressources biologiques

Le centre de ressources biologiques (CRB), créé en septembre 2013, réunit le centre d'investigation clinique et ses collections biologiques, le service d'anatomie et cytopathologie et sa tumorothèque.

Professeur Hadjadj, quels sont les objectifs du CRB ?

L'objectif est d'améliorer les collections clinico-biologiques dans notre CHU et notamment la qualité des échantillons biologiques collectés, en améliorant les conditions réglementaires, la technique ou les conditions de stockage. Le but est également de donner la possibilité à tout chercheur, de dimension locale, nationale ou internationale, d'avoir accès à nos échantillons. Plusieurs centaines de milliers d'aliqots de différents tissus ou liquides biologiques sont déjà disponibles, correspondant à plusieurs milliers de patients qui ont donné leur consentement.

Comment est structuré le CRB ?

Le CRB est administré par un comité de pilotage, un comité scientifique, qui travaille au montage des collections et aux cessions des échantillons, ainsi qu'un comité fonctionnel qui s'occupe des moyens matériels et humains. Le CRB est déjà doté de personnel dédié, notamment les responsables scientifiques des trois entités historiques. Chaque biothèque a également du personnel qui travaille pour le CRB. L'enjeu est à présent de mettre toutes nos informations en commun et d'harmoniser nos outils et nos méthodes de travail.

Quelles sont les perspectives ?

Un audit de certification va avoir lieu en début d'année afin de vérifier que les procédures du CRB sont conformes à la norme. Ensuite il s'agira de réunifier les procédures des trois entités et de travailler sur la mise en commun du personnel et du matériel.



Journée «recherche» commune aux facultés de médecine aux CHU de Poitiers et Tours

La sixième journée «recherche» commune aux facultés de médecine et aux CHU de Poitiers et de Tours s'est déroulée le 29 novembre dernier, à l'UFR de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Près de 160 professionnels ont participé à cette journée qui avait pour objectifs, comme les années précédentes, de favoriser les échanges entre les chercheurs du CHU de Poitiers et du CHU de Tours, et de mieux mettre en œuvre des axes de recherche à mener en commun.

En effet, les CHU ont un potentiel important en matière de recherche clinique et translationnelle par leur fonction de recours régional et la diversité de leurs cas cliniques, et par la proximité de leurs unités de recherche. Les CHU de Tours et de Poitiers sont réunis par le réseau des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) et par leur proximité géographique.

En élaborant une stratégie scientifique et médicale commune et en développant la coopération entre les équipes de recherche, les deux établissements souhaitent mettre en place des actions communes pour mutualiser leurs forces, développer leurs complémentarités et créer une véritable dynamique.

121 posters ont été exposés et 10 communications orales de jeunes chercheurs ont été sélectionnées. A l'issue de cette journée, huit prix ont été décernés : deux prix pour la présentation affichée, deux prix pour la communication orale et deux prix pour la meilleure publication 2013. Les comités de la Vienne et de l'Indre-et-Loire de la Ligue contre le cancer ont également décerné deux prix de cancérologie.

Le travail du jury, composé de Tourangeaux et de Poitevins, a été encore plus difficile cette année, la qualité des travaux soumis étant excellente, avec un bon taux de participation.

Prix de la meilleure présentation affichée :

- Recherche fondamentale - Audrey Boyer : les glycoprotéines du virus de l'hépatite C sont associées au apo E et apo B pendant la morphogénèse des particules virales - U966 Tours
- Recherche clinique - Astrid de Hauteclouque : la trajectoire de créatinine chez les diabétiques de type 2 : un bon marqueur pronostique de la survenue d'événements cardio-vasculaires - CIC 802 Poitiers

Prix de la meilleure communication orale :

- Souleymane Maïga : effet de l'ischémie-reperfusion sur le réseau vasculaire cortical rénal dans son modèle porcin d'autotransplantation rénale - U1082 Poitiers
- Mélanie Bouvin : analyse populationnelle de l'adaptation du VIH-1 au cours de l'épidémie - U966 Tours

Prix de la meilleure publication 2013 :

- Thibaut Legigan : The first generation of beta galactosidase-responsive prodrugs designed for the selective treatment of solid tumors in prodrug monotherapy – Angew. Chem. Int. Ed. 2012 - Poitiers
- Jérôme Rollin : Polymorphisme of protein tyrosine phosphatase CD148 and the risk of heparin-induced thrombocytopenia – Blood 2012 - Tours

Prix de cancérologie :

- Anaïs Balbous : étude de l'effet du premier vecteur glucuronyle de la cyclopamine sur les cellules initiatrices de glioblastomes - U935 Poitiers
- L. Benoist : le canal sodique Na 1.5 stimule l'activité des cellules cancéreuses mammaires MDA-MB-231 – U1069 Tours



SPIE Ouest-Centre

1 rue des Entreprises - BP 32
86440 Migné-Auxances
Tél. : 05 49 39 37 37 Fax : 05 49 39 37 39
www.spie.com



vous accompagne dans vos recherches
d'économie d'énergie

Spécialiste des domaines

- Électricité, courants forts et faibles
- Automatisme
- Génie climatique et fluides
- Maintenance et gestion technique
- Infrastructures et éclairage extérieur



Mieux entendre
vous va si bien !

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



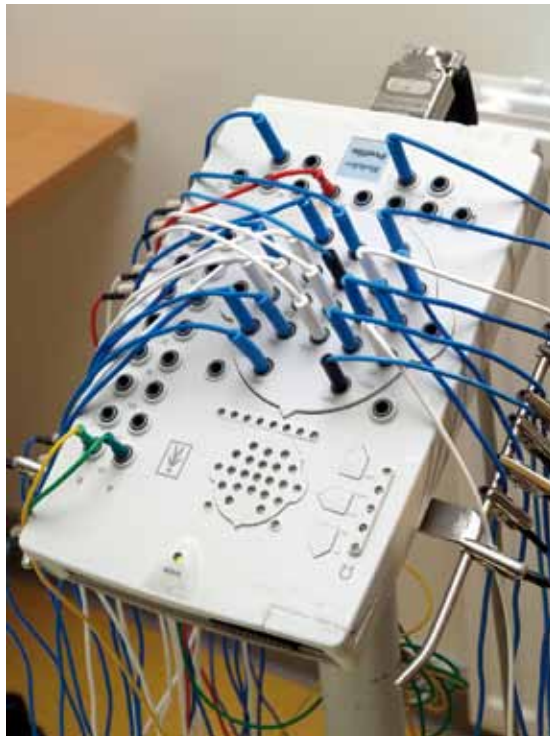
**La SEP commercialise des terrains
libres de constructeurs : LES MAGNALS**
*dans un secteur des plus recherchés, proche des écoles
et des commerces, au cœur de Mignaloux - Beauvoir*



**Contactez-nous et nous étudierons ensemble votre projet
SEP 05 49 30 17 19 - www.sep86.fr**

Le sommeil en réanimation passé à la loupe

Quel impact peut avoir le manque de sommeil sur des patients en réanimation ? C'est à cette question que le professeur Xavier Drouot, neurophysiologiste, et le docteur Arnaud Thille, du service de réanimation médicale, vont s'attacher à répondre par une étude menée sur une quarantaine de patients à partir du mois de septembre.



Le manque de sommeil a-t-il des conséquences sur l'état des patients en réanimation ? C'est à cette question que le professeur Xavier Drouot, neurophysiologiste spécialiste du sommeil, et le docteur Arnaud Thille, maître de conférences universitaire et praticien hospitalier du service de réanimation médicale, s'attachent à répondre dans leurs travaux de recherche, entamés depuis huit ans. «*Ce sont des patients qui sont très souvent surveillés, avec des alarmes à proximité, des prises de sang régulières... Les patients en réanimation ne sont pas dans des conditions propices au sommeil*», constatent les deux professeurs.

Le traitement des patients en réanimation est centré sur la nécessité d'oxygéner le sang et de faire en sorte que le cœur batte le plus régulièrement possible. Au fil des années et des progrès effectués, les méthodes de ventilation sont les plus physiologiques et les moins invasives possible, les comas artificiels ne sont plus forcément les plus pertinents. «*Quand ils ne sont pas anesthésiés, les patients dorment très mal et beaucoup de plaintes sont exprimées quant à l'environnement de surveillance intensive. Nos travaux cherchent à savoir si le manque de sommeil a réellement un impact sur la santé de ces patients*», résume Xavier Drouot. «*Il est avéré qu'en réanimation le sommeil est complètement perturbé : les patients ont très peu de sommeil profond, peu voire pas de sommeil paradoxal qui permet la récupération psychique, que le sommeil est très fragmenté et inversé entre la nuit et le jour*», renchérit Arnaud Thille.

Les conséquences du manque de sommeil

Il y a une trentaine d'années, l'importance du



sommeil chez des patients sains n'était pas encore établie. Puis, des études ont montré qu'un sujet sain privé de sommeil pendant une nuit avait une endurance respiratoire moins satisfaisante. *«Deux problèmes majeurs liés au manque de sommeil sont apparus : l'endurance respiratoire est réduite ; des problèmes de comportement apparaissent comme l'altération des capacités de jugement et l'équilibre psychologique, des hallucinations...»*, énumère Xavier Drouot. *«On peut penser que les conséquences sur les patients en réanimation privés de sommeil pendant trois à cinq nuits sont les mêmes que sur les patients sains. Mais ce ne sont que des supputations pour le moment»*, poursuit-il.

Etude sur une quarantaine de patients

Pour avancer sur ces hypothèses, démarrera en septembre une étude observationnelle sur l'impact de la qualité du sommeil sur le sevrage de la ventilation assistée. *«Nous allons enregistrer le sommeil des patients qui vont avoir des difficultés de sevrage respiratoire en effectuant des polysomnographies»*, détaille Xavier Drouot. Une mise en place d'autant plus

difficile qu'il va s'agir de poser des électrodes sur des patients déjà très soumis à la technicité de leur prise en charge. Ces polysomnographies seront effectuées tous les deux jours jusqu'à ce que le patient ne soit plus sous ventilation assistée. L'étude sera menée sur des patients qui dorment plutôt bien, d'autres plus mal afin de comparer la durée de sevrage. Les chercheurs mesureront la force des muscles inspiratoires le soir et le matin pour voir l'impact du sommeil sur cette force. *«Nous pensons inclure une quarantaine de patients en réanimation pendant douze mois. Avec cette étude, nous pourrons montrer l'impact bénéfique ou non du sommeil sur la durée du sevrage»*, affirme Arnaud Thille. *«C'est une première étape vers des recherches qui peuvent s'étendre sur trois ou quatre ans et qui viseraient à montrer que si l'on fait attention aux conditions de sommeil des patients, ils se remettent mieux»*, prévoit Arnaud Thille. *«Cela permettra aussi peut-être d'affiner les facteurs les plus dérangeants et ainsi d'agir directement dans les services de réanimation»*, conclut-il. ■

Une nouvelle consultation en oncogénétique

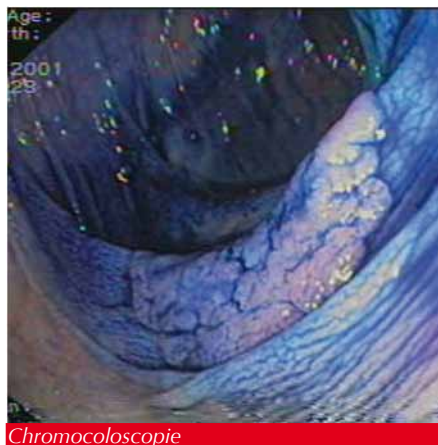
Depuis mars 2014, l'oncogénétique se structure avec une nouvelle consultation d'oncogénétique digestive mise en place au Centre hospitalier universitaire de Poitiers.

La recherche d'anomalies génétiques héréditaires à l'origine des cancers est en plein essor, raison pour laquelle les consultations d'oncogénétique se développent au Centre hospitalier universitaire de Poitiers pour les formes familiales de cancer colorectal. Jusqu'à présent, ces consultations étaient assurées par le Pr Brigitte Gilbert-Dusardier dans le service de génétique médicale et par le Dr Gesta au pôle régional de cancérologie. Les consultations d'oncogénétique consistent à rechercher d'éventuelles prédispositions héréditaires chez des patients atteints d'un cancer. «Cela concerne des patients dont le cancer s'est déclaré très jeune ou encore des patients avec des antécédents personnels ou familiaux multiples de cancers», détaille le Dr David Tougeron, hépato-gastro-entérologue

au CHU de Poitiers. Cette recherche peut être faite pour toute suspicion de cancers héréditaires mais concerne particulièrement ceux du côlon, du sein et des ovaires.

La consultation d'oncogénétique

Pour structurer cette nouvelle consultation, un numéro unique a été mis en place au service de génétique pour orienter les patients en fonction du type de cancer (digestif, gynécologique ou autre). Le patient voit d'abord une conseillère en génétique, Aurore Brun, qui réalise l'arbre généalogique du patient. «Elle doit récupérer tous les éléments des dossiers médicaux, les résultats auprès des différents hôpitaux pour répertorier, avec l'aide du patient, tous les cas de cancer dans la famille, ce qui représente un travail considérable», détaille le Dr David Tougeron. Ensuite, c'est lui qui rencontre le patient pour lui expliquer les anomalies génétiques qui peuvent être recherchées si une prédisposition héréditaire est suspectée. Dans ce cas, une prise de sang est réalisée pour analyser les gènes. «Cette analyse peut durer de six mois à un an. Nous revoyons ensuite le patient pour l'informer des résultats et mettre en place un programme de surveillance. Nous l'informons aussi qu'il est de sa responsabilité de transmettre l'information aux membres de sa famille qui pourront à leur tour consulter en oncogénétique», poursuit-il. «Par exemple, pour les cancers du côlon, quand une forme héréditaire de type syndrome de Lynch est avérée, nous programmons une coloscopie tous les

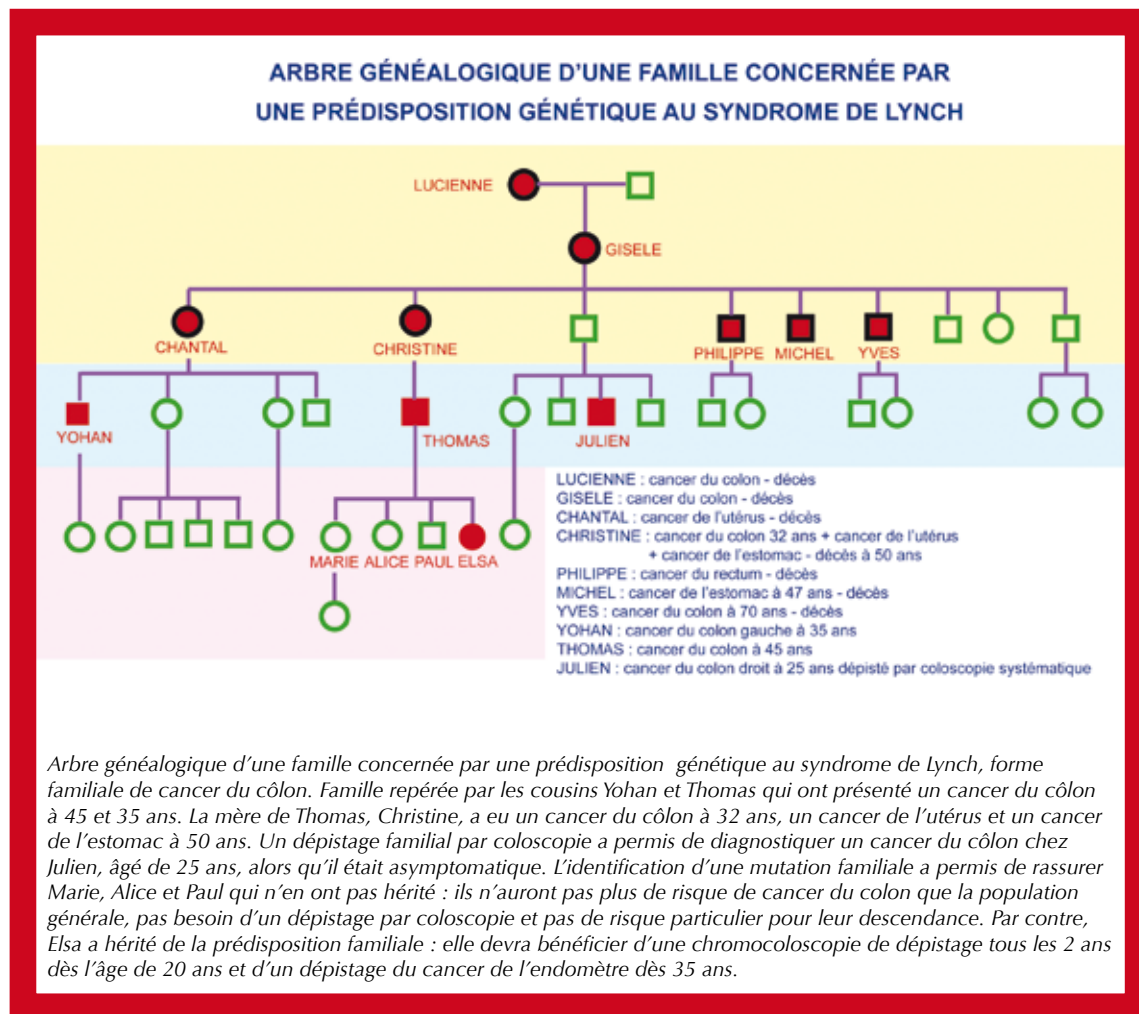


deux ans pour enlever d'éventuels polypes et ainsi prévenir les cancers», illustre David Tougeron. Le spécialiste voit deux patients toutes les semaines en moyenne. «L'hérédité n'est pas fréquente, 5 % des cancers du côlon sont héréditaires mais l'oncogénétique se développe en même temps que nous connaissons de mieux en mieux les gènes responsables.»

Les réunions multidisciplinaires

Une fois par mois, il existe une visio-conférence régionale pour discuter des dossiers entre le

Dr David Tougeron, le Pr Gilbert-Dusardier du service de génétique, le Dr Paul Gesta, oncogénéticien à Niort et La Rochelle, et le Dr Cédric Nadeau, gynécologue au CHU de Poitiers. Celle-ci permet de définir les programmes de surveillance des patients atteints de cancers héréditaires. De plus, tous les deux mois, c'est entre les CHU de l'inter-région Poitiers, Rennes, Nantes, Brest, Angers et Tours que se tient cette visio-conférence pour les cas complexes impliquant des décisions lourdes de conséquence, notamment les décisions de chirurgie prophylactique. ■



Trauma center : optimiser la prise en charge des polytraumatisés



Salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)

Depuis décembre 2013, la région bénéficie d'un trauma center, une structure pour optimiser le parcours de soins des polytraumatisés. Il permet une plus grande réactivité et une visibilité régionale pour orienter au mieux ces patients dont la pathologie s'avère grave.

« Les polytraumatisés présentent des pathologies graves qui nécessitent une prise en charge réactive et adaptée pour améliorer le pronostic vital et fonctionnel », affirme Olivier Mimoz, professeur des universités, responsable du service de réanimation chirurgicale au Centre hospitalier universitaire de Poitiers. En 2013, lors du congrès régional des urgences, les médecins urgentistes ont pointé du doigt la nécessité d'apporter des améliorations à la filière de soins. C'est la genèse du trauma center qui, depuis le 9 décembre 2013, s'est mis en place en Poitou-Charentes. Il réunit, par le biais de conventions entre le CHU de Poitiers et les hôpitaux de la région, les médecins urgentistes régionaux et vise un objectif : avoir un centre de référence régional dans la prise en charge des traumatisés graves. « Face à certains cas, nous avons vu émerger la nécessité de réfléchir à une meilleure façon d'orienter les patients plus rapidement vers la spécialité à mobiliser pour les prendre en charge. Neurochirurgie, chirurgie thoracique, réanimation, radiologie interventionnelle... Toutes les spécialités sont en région. Les urgentistes doivent rapidement définir la gravité de chaque cas et rediriger le patient selon ses besoins de prise en charge », explique Jean-Yves Lardeur, médecin chef du service des urgences SAMU et SMUR au CHU de Poitiers. « Le trauma center, c'est la mise en place d'un travail

d'équipe centré sur le patient en identifiant le plus rapidement et de façon la plus pertinente son parcours de soin», résume Olivier Mimoz.

Numéro unique

La mise en place de cette structure physique, localisée au niveau des urgences, permet d'éviter des errances qui peuvent être fatales dans la prise en charge de ces patients. Un numéro unique a été mis en service à l'usage du médecin urgentiste qui passe par le 15. Dès que le patient est accepté, le régulateur met en relation l'urgentiste avec le réanimateur chirurgical de garde. «Il est joignable 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. N'importe quand, cette organisation centralisée dans la prise en charge des polytraumatisés est opérationnelle», tient à préciser Jean-Yves Lardeur.

De cette façon, le patient est orienté vers la chirurgie la plus pertinente dès les premiers instants de sa prise en charge. «C'est une façon d'anticiper davantage, de mobiliser plus rapidement le personnel, d'orienter le patient directement là où les moyens nécessaires sont disponibles, de maintenir en alerte les spécialistes qui

devront intervenir...», convainc-t-il. En deux mois, une centaine de patients, qui relevaient de ce type de pathologies potentiellement graves, ont été pris en charge par le trauma center. «Des travaux ont été effectués pour aménager la salle d'accueil des urgences vitales en salle de déchoquage, note Olivier Mimoz. Nous attendons également un échographe haute performance et des appareils de biologie délocalisée.»

Des formations par simulation

A terme, le trauma center créera un registre avec le bilan de son action et l'identification des dysfonctionnements pour améliorer encore la prise en charge. «Il est prévu que ce réseau régional se réunisse une fois par an. Des formations continues avec simulation de situations d'urgence sont également programmées», indique Olivier Mimoz. Pour animer ce réseau, développer les procédures et protocoles de soin et faire le lien entre réanimation et urgences, l'urgentiste Amélie Pichot est sur le pied de guerre. Toute une équipe prête à mettre en œuvre cette nouvelle filière qui place le polytraumatisé au cœur du potentiel de prise en charge régionale. ■

L'équipe du trauma center encadre Olivia Berrard, médecin de la régulation du SAMU. De gauche à droite : Amélie Pichot, le Dr Jean-Yves Lardeur et le Pr Olivier Mimoz.





Le recours en plus

Soucieux de sa dimension régionale en matière d'offres de soins, le CHU développe depuis plusieurs années des actes médicaux et des techniques que les autres établissements du Poitou-Charentes ne proposent pas. Tour d'horizon de ces soins de hautes technicités propres au CHU de Poitiers qui assoient l'établissement dans son rôle de recours.

Parce qu'il a un rôle leader au niveau régional en termes de soins, de recherche et de formation, un CHU doit proposer à la collectivité médicale et à la population une offre de soins complémentaires à celles des autres centres hospitaliers de son territoire. Notamment en apportant des techniques médicales innovantes et des compétences particulières, c'est ce qu'on appelle le recours. Pour Bertrand Debaene, président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHU de Poitiers, le recours, «*ce sont toutes les activités que les autres centres hospitaliers ne dispensent pas parce qu'ils n'ont pas les savoir-faire médicaux, les plateaux techniques ou encore les laboratoires spécialisés*».

Il n'y a pas de définition à proprement parler du recours mais le CHU de Poitiers travaille

actuellement sur une qualification de ses activités de référence et de recours en s'appuyant sur certains critères comme le niveau d'expertise, la sévérité des patients, le passage en réanimation (voir encadré p. 17).

Si le recours s'inscrit dans une dimension de soins complémentaires offerts à la collectivité, il répond aussi à une nécessité économique. «*Une activité de haute technicité n'a de sens en termes d'investissements et au regard du nombre de patients à l'échelle d'un bassin de santé que si elle est regroupée dans un endroit bien ciblé. Et cette centralisation offre d'ailleurs une bien meilleure prise en charge. Car, on ne fait bien que ce qu'on fait beaucoup.*»

Toute la complexité pour un CHU est de jongler avec la dualité qui est de proposer une offre de soins de proximité cohérente et vaste et en même temps privilégier une médecine de

recours hyper spécialisée. «C'est compliqué. A quel niveau faut-il placer le curseur ? Faire plus de proximité que de recours ? s'interroge le professeur Debaene. La volonté institutionnelle est clairement de se positionner sur l'offre de recours car il en va de "notre survie". Si nous ne pouvons pas proposer mieux qu'un centre hospitalier de proximité, nous n'avons plus notre raison d'être.» Aussi, le CHU de Poitiers mène-t-il depuis plusieurs années une politique de recrutement de médecins et de chirurgiens hautement qualifiés. Il enrichit constamment son plateau technique qui assoit aujourd'hui son statut d'établissement de référence régional.

Rationalisation de l'offre

Le recours s'inscrit d'abord dans une dimension de santé publique en s'appuyant sur une stratégie nationale de répartition de l'offre de soins sur le territoire. Elle est définie par les textes (schéma régional d'organisation de la santé, arrêtés, décrets...) qui, dans une logique de rationalisation de l'offre de soins par rapport à un bassin de santé, imposent des prises en charge exclusivement pratiquées par les centres hospitaliers régionaux universitaires. Aussi, le CHU de Poitiers est-il le seul à proposer de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie, des greffes de reins ou encore de l'hématologie.

Il est également le seul à assurer une prise en charge en chirurgie pédiatrique et en oncologie pédiatrique ainsi qu'en réanimation néonatale. «En ce qui concerne la chirurgie pédiatrique, le CHU accueille tous les enfants de moins d'un an souffrant de pathologies bénignes ou plus complexes comme celles de malformations faciales, digestives, urinaires ou encore pulmonaires nécessitant des interventions», explique le professeur Guillaume Levard, chef du service médico-chirurgical de pédiatrie. Il a également en charge les enfants plus âgés relevant de pathologies lourdes. Concernant l'hémo-oncologie pédiatrique, l'unité, reconnue comme centre régional de cancérologie, exerce une prise en charge des patients de moins de 18 ans atteints d'un cancer dans le cadre d'une collaboration étroite avec les centres hospitaliers de la région. La réanimation néonatale et pédiatrique est également une activité propre au CHU. En 2012,



La réanimation néonatale et pédiatrique

une véritable refonte des services intensifs de pédiatrie a été réalisée qui regroupe sur un même espace l'unité de soins continus (créée en 2010, cette unité de pré/post réanimation était une des premières unités de ce type en France), la réanimation néonatale (nouveau-nés à terme et prématurés de moins de 37 semaines) et pédiatrique (nourrissons d'un mois jusqu'aux enfants de 15 ans). Ces aménagements permettent à l'unité de s'orienter vers de véritables soins personnalisés centrés sur les rythmes propres du nouveau-né. A ces spécificités régionales s'ajoute également le SMUR pédiatrique (voir encadré p. 18).

Toujours dans cette logique de santé publique,

Qualification des activités de recours

Dans le champ de la médecine chirurgie obstétrique, le CHU de Poitiers œuvre actuellement sur la qualification de ses activités de référence et de recours réalisées pour les patients de Poitou-Charentes et hors région. Pour cela, il utilise un outil élaboré en 2002 par un groupe de travail des départements d'information médicale des CHU de Rhône-Alpes et validé statistiquement. Cet outil permet de quantifier l'attractivité et les taux de fuite d'activités selon plusieurs critères : le niveau de spécialisation (prise en charge d'au moins 80% des patients sur une activité donnée), la sévérité des patients pris en charge (séjours avec au moins une complication et une morbidité associée sévère), le passage en réanimation, la part journalière des dépenses médicales et pharmaceutiques hospitalières.

Pour mesurer un niveau de recours, sont pris en compte les patients domiciliés au-delà du bassin d'attractivité de l'établissement compte tenu de sa notoriété.

Ainsi, sur l'année 2012, la liste des activités représentant un fort niveau de référence et de recours est la suivante : la chirurgie cardio-thoracique, la chirurgie majeure sur le thorax, la chirurgie du rachis, la pose de neurostimulateurs, la greffe de moelle, les maladies immunitaires du sang, la prise en charge des nouveau-nés prématurés, la transplantation rénale. L'ensemble des séjours pour ces activités de recours, soit 2 233, représentent un coût total de 31 396 889 € pour l'établissement.

le CHU est également le seul établissement du Poitou-Charentes à être labellisé par l'Agence régionale de santé (ARS) comme centre régional spécialisé de l'obésité. «*Dans le cadre du plan obésité, 37 centres ont été créés en France il y a deux ans, dont Poitiers*, explique Xavier Piguel, praticien hospitalier en endocrinologie et nutritionniste. *Le but est de constituer un maillage territorial coordonné pour une meilleure prise en charge des personnes souffrant d'obésité*

sévère ou morbide. Certes une prise en charge chirurgicale était assurée par le CHU, mais il y avait nécessité d'avoir en amont et en aval une prise en charge médicale. Celle-ci était en partie assurée par le secteur libéral mais elle n'était pas suffisante face à l'activité générée par la chirurgie bariatrique, notamment dans les cas complexes.»

Tout l'intérêt de ce centre est de proposer une approche multidisciplinaire faisant intervenir un nutritionniste, une diététicienne, une assistante sociale, un professeur d'activités physiques adaptées, un psy-

chiatre et un chirurgien de façon à trouver la meilleure réponse à cette maladie chronique. Concrètement, son rôle de recours se traduit par une coordination des consultations au niveau régional dans le cadre de conventions passées avec les centres hospitaliers et par le biais des réunions de concertation pluridisciplinaires une fois par mois, mais aussi par l'accueil en hôpital de jour, où les patients sont amenés à rencontrer tous les professionnels concernés, ou encore en hôpital de semaine.

Il l'est aussi dans le domaine chirurgical pour les

cas de complications post-opératoires ou pour les interventions complexes, «*quand elles associent d'autres pathologies comme une insuffisance rénale, un diabète de type 1 ou un cancer et qui nécessitent toute la puissance médicale de l'établissement*», précise le professeur Jean-Pierre Faure, chirurgien viscéral.

En outre, le centre devrait proposer à partir de l'année prochaine un transport sanitaire baratrique, à vocation régionale, avec du matériel adapté. A noter aussi qu'il a organisé, le 6 juin dernier, la première journée régionale du Centre régional de l'obésité où étaient conviés tous les professionnels hospitaliers et libéraux concernés par l'obésité dans un objectif d'échanges de pratiques et de dynamisation de la filière régionale. A côté de ces activités dites «CHU» encadrées, ces services sont amenés à développer des techniques que l'on ne trouve nulle part ailleurs dans la région mais qui s'inscrivent également dans le cadre d'autorisations délivrées par l'ARS. «*Ce qui renforce d'autant plus le caractère de recours de ces activités*», précise le professeur Debaene.

C'est notamment le cas du TAVI (transcatheter aortic valve implantation) mis en œuvre par le service médico-chirurgical de cardiologie, qui est une technique alternative à la chirurgie pour la prise en charge des patients fragiles souffrant de rétrécissement aortique. Pour obtenir l'autorisation de l'ARS plusieurs critères s'imposaient : «*Avoir un certain niveau d'activité en chirurgie valvulaire, avoir du personnel médical et paramédical formé à cette technique et une collaboration étroite avec un chirurgien cardiaque. Peu de centres, autre qu'un CHU, peuvent réunir tous ces critères*», note le professeur Luc-Philippe Christiaens.

SMUR pédiatrique : une prise en charge régionale des jeunes patients

La prise en charge du transport en urgence d'enfants confrontés à une détresse est une situation complexe qui demande des compétences pédiatriques que les équipes chargées du transport adulte ne requièrent pas forcément. Aussi, pour soulager les SAMU des quatre départements, il a été créé, en 2011, au CHU de Poitiers un SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) pédiatrique. Ce dernier, constitué d'une équipe spécialisée en réanimation de l'enfant et du nouveau-né, est amené à intervenir auprès des différents hôpitaux de la région de façon à réduire au maximum le risque d'événements indésirables pendant le transport.

L'organisation des prises en charge du SMUR pédiatrique est le suivant : dans le cas d'un enfant habitant dans la Vienne, l'équipe se déplace et assure le transport jusqu'au CHU. Pour le reste de la région, ce sont les SAMU de chaque département qui vont en priorité chercher l'enfant et l'acheminement dans le centre hospitalier le plus proche, afin qu'il soit pris en charge le plus rapidement possible par les pédiatres et les urgentistes, le temps que l'équipe arrive de Poitiers, le plus souvent par hélicoptère.



TAVI

C'est le constat concernant le vieillissement de la population locale qui a incité le CHU de Poitiers à proposer cette solution de recours. *«La prévision de centaines sur la région est importante. Les personnes âgées fragiles ou celles avec un risque opératoire élevé en raison de pathologies associées sont les premières concernées par cette technique qui évite une sternotomie et une circulation extracorporelle. Auparavant, ces patients souffrant d'insuffisance cardiaque liée à un rétrécissement aortique qui ne pouvaient être opérés avaient une espérance de vie inférieure à un an. Ce qui représentait pas moins de 30 % des malades souffrant de cette pathologie.»*

La technique du TAVI repose sur un geste relativement peu invasif qui consiste à insérer dans la valve aortique malade une bioprothèse soit montée sur un stent métallique soit autoexpansive. *«Concrètement, la valve de remplacement, comprimée dans un cathéter, est introduite dans l'artère fémorale du patient pour être remontée jusqu'à la valve aortique malade, sous anesthésie locale. Plus rarement, il est nécessaire de passer directement, sous anesthésie générale, par l'aorte thoracique et exceptionnellement par la pointe du cœur. Après avoir dilaté la valve malade avec un ballonnet, la valve de remplacement est déployée dans la valve malade.»* Pour le professeur Christiaens, le CHU ne pouvait faire l'impasse sur cette technique. *«D'une part, pour apporter une réponse thérapeutique aux malades de la région et d'autre part parce que cela aurait impacté l'activité globale du service en terme de recrutements. A choisir, les cardiologues privilégient pour leurs patients les établissements qui proposent toutes les techniques.»*

Se concentrer pour exceller

La fonction de recours peut aussi naître de la mise en œuvre de nouvelles organisations de services plus efficaces qui offrent de meilleures prises en charge pour les patients. Le pôle régional de cancérologie, ouvert en 2009, s'inscrit dans cette optique. En réunissant tous les services dédiés à la cancérologie et en combinant les pluridisciplinarités, le CHU s'est doté d'un outil puissant de lutte contre le cancer, clairement identifié.

Autre exemple, tout aussi parlant et unique en



Neurochirurgie

France, la création en 2012 de l'unité fonctionnelle rachis-neurostimulation (UFRN). Rassembler deux spécialités, la chirurgie orthopédique et la neurochirurgie, qui à première vue semblaient bien distinctes, permet d'assurer un chemin clinique lisible et complet dans les pathologies du rachis. En regroupant l'ensemble des connaissances, compétences et méthodes liées à l'orthopédie et à la neurochirurgie, cette unité répond de façon globale à l'ensemble des pathologies de cet organe, de la fracture peu déplacée au rachis multi-opéré.

Le centre neuro-cardio-vasculaire actuellement en cours de construction répond aussi à cette dimension. En effet par ce biais, l'établissement engage une démarche innovante de regrouper autour des pathologies vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, infarctus...) toutes les compétences humaines et techniques de l'établissement en cardiologie, neurologie, imagerie, urgences et réanimation. L'objectif : encourager les interactions entre les services de façon à proposer une prise en charge globale et rapide. Le regroupement des quatre réanimations adultes offrira aussi des moyens supplémentaires. Le nombre de lits s'élèvera à 60. *«Ce qui appuiera encore plus notre rôle de recours, souligne le professeur Bertrand Debaene. La proximité – le fait de pouvoir se croiser plus facilement – encouragera les échanges et fera évoluer nos pratiques. Ce qui participera au développement de nouvelles prises en charge ou à l'amélioration de certaines, notamment concernant le projet d'organiser une offre de soins encore plus efficace des patients polytraumatisés.»*

A l'écoute des projets des services

A côté de cette dimension de santé publique régionale et de l'optimisation des organisations, le CHU est également capable de répondre à des spécialités, des actes propres aux services pour lesquels il s'impose dans le paysage hospitalier. *«Ce qui demande d'être attentif aux projets des services et leur donner les moyens de les mettre en œuvre.»* Le professeur Debaene ne cache pas non plus que ces spécialités sont des vitrines pour

Biothérapies : accès aux traitements facilité et suivi des patients

«En matière de prise en charge des cancers, nous sommes aujourd'hui dans une logique de chronicisation des traitements», précise le professeur Jean-Marc Tourani, chef du pôle régional de cancérologie. Et ce grâce aux progrès de la recherche fondamentale qui ont permis de développer des thérapies ciblées, appelées aussi biothérapies. *«Il y a une dizaine d'années, on estimait que seuls 15 % des malades avaient recours à ces traitements qui se prennent par voie orale. Ce taux devrait très vite dépasser les 50 %.»* Contrairement à la chimiothérapie dont le but est de détruire les cellules tumorales et donc la tumeur, les biothérapies bloquent le plus souvent leur croissance. *«Les cas de guérisons sont en général faibles, mais l'amélioration de la survie est très significative, elle se compte en mois, voire en années.»* Ces médicaments ont une indication dans de nombreux cancers qui n'ont pas pu être éradiqués par la chirurgie ou la radiothérapie. Le CHU a très vite pris le tournant en facilitant aux malades l'accès à ces nouvelles molécules. En matière de recherche, il est également particulièrement investi, notamment sur les cancers du rein, les leucémies, le cancer de la prostate et les tumeurs cérébrales, pour s'assurer de l'efficacité des traitements en raison d'une part des effets secondaires qui sont parfois lourds pour le patient et d'autre part de leurs coûts très élevés (3 000 € à 5 000 € pour une boîte de 28 comprimés). *«L'idéal serait de disposer d'indicateurs afin de prévoir l'efficacité du traitement avant de le commencer.»* Toujours dans cette logique d'une meilleure prise en charge, le pôle régional de cancérologie a mis en place, il y a quelques mois, une organisation quasi unique en France dans le suivi et le soutien des patients ayant recours aux biothérapies et aux traitements oraux. *«Ces malades ne sont plus à l'hôpital. Ils prennent leur traitement chez eux avec des effets secondaires qui perturbent leur qualité de vie entre autres. Certains de ces effets secondaires doivent être rapidement pris médicalement en charge.»* Aussi, après la mise en place du traitement par le médecin, chaque patient est revu lors d'un entretien avec une infirmière qui d'une part reprend avec lui tout les points de son traitement et d'autre part lui donne des conseils pour limiter ces effets secondaires. *«On lui remet également des documents explicatifs pour lui, pour son pharmacien et son médecin traitant. Ces documents précisent entre autres des conseils de prescriptions pour le médecin traitant en cas d'effets secondaires.»* Toujours par rapport à ces effets secondaires, une permanence téléphonique a également été mise en place. C'est le patient qui appelle selon un rythme défini par le médecin lors de sa consultation ou en cas de soucis.

l'établissement : *«Elles confirment et rendent lisibles les compétences des services. Si l'on est capable de proposer une technique très pointue dans une spécialité, c'est que nous sommes calés pour faire le reste dans cette même spécialité.»* Et le CHU s'illustre particulièrement sur certaines techniques, comme par exemple la curiethérapie à haut débit, dont le CHU de Poitiers à très tôt fait le choix, à l'initiative du docteur Stéphane Guérif. *«En 2010, seuls deux centres proposaient cette prise en charge pour traiter les cancers de l'utérus et de la prostate»,* souligne celui-ci. La curiethérapie est une technique mini-invasive de traitement des cancers par irradiation. Elle utilise une source radioactive circulant au contact ou au sein de la tumeur pour y délivrer une forte dose d'irradiation dans un volume-cible limité. Sous contrôle d'imagerie en temps réel, la curiethérapie à haut débit utilise un robot qui pilote une source d'iridium miniaturisée dans les vecteurs posés de façon mini-invasive sous anesthésie. Le projecteur contrôle la vitesse de la source cheminant dans l'organe atteint selon sa position par rapport à la tumeur et aux organes à protéger. *«La curiethérapie à haut débit permet ainsi d'envisager des irradiations beaucoup plus fortes dans la tumeur tout en épargnant la partie saine de l'organe et ceux à proximité.»* Le CHU dispose d'un plateau technique spécifique où se déroulent la pose des vecteurs sous imagerie multimodale 3D et les séances d'irradiation. *«La précision de l'escalade de doses dans la tumeur ou du lit opératoire augmentent le contrôle local avec un gain potentiel en survie pour le patient par rapport à une irradiation externe conventionnelle»,* souligne le docteur Guérif. L'an dernier 250 malades ont eu recours à la curiethérapie à haut débit.

Autre domaine dans lequel le CHU fait également figure de pionnier : l'endoscopie interventionnelle et plus particulièrement sur la mise en œuvre de la mucosectomie et de la dissection sous muqueuse des lésions œsophagiennes et gastriques. Du fait de son importante expertise, fruit d'un travail engagé depuis de nombreuses années dans le domaine du dépistage et du diagnostic de ces cancers, le service a rapidement développé des techniques de résection qui en font aujourd'hui un centre de référence en

Europe.

La mucosectomie consiste à retirer à l'aide d'une anse diathermique (sorte de lasso métallique relié à une source de courant) les lésions cancéreuses ou précancéreuses. *«Lorsque les lésions sont très planes, nous injectons dans la sous-muqueuse du sérum physiologique pour faire décoller la lésion par rapport au plan profond, précise le docteur Thierry Barrioz, gastroentérologue, responsable de l'unité d'endoscopie digestive. Ce qui rend plus facile sa capture, et permet, tout en réalisant une résection profonde et large, de limiter le risque de perforation de l'appareil digestif.»*

Une autre technique, que très peu de centres réalisent en France, est d'utiliser une chambre d'aspiration (mucosectomie au capuchon) pour écarter la lésion du plan profond. *«Comme l'œsophage à une paroi très tonique, malgré le sérum physiologique, la lésion se décolle peu, d'où la nécessité d'utiliser cet artifice technique.»*

Lorsque les lésions sont de grande taille (plus de 2 cm), le service a recours à la dissection sous muqueuse. La technique est quasi similaire à la mucosectomie sauf qu'au lieu d'utiliser une anse diathermique (lasso), les praticiens ont recours à



Curiethérapie à haut débit

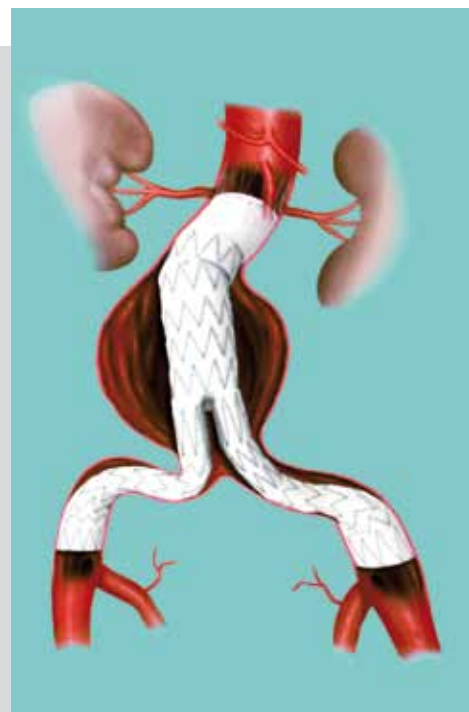
des couteaux ou ciseaux de dissection qui vont couper, fibre à fibre, les tissus qui rattachent la lésion à la paroi digestive. Ceci permet de réséquer en un seul fragment de très larges lésions contrairement à la mucosectomie *«Cette technique, très récente, dont les outils sont encore en cours d'évaluation, demande une expertise plus importante car le geste est plus dangereux et le matériel plus difficile à manipuler.»* Mais pour les patients le gain est réel : *«La chirurgie de l'œsophage est extrêmement lourde avec une*

Apporter une réponse aux anévrismes complexes de l'aorte

De par son expertise du traitement des anévrismes de l'aorte abdominale et de l'aorte thoracique par voie endovasculaire, le service de chirurgie vasculaire du CHU de Poitiers propose, depuis l'an dernier, le traitement des anévrismes complexes de l'aorte thoraco-abdominale. La technique s'adresse à des patients à haut risque chirurgical. En France, chaque année, seuls 200 patients sont concernés. *«Mais il faut savoir que ce sont des personnes qui n'avaient aucun recours possible car ils étaient écartés de la chirurgie»,* souligne le docteur Fabrice Schneider.

Aussi, en 2013, six patients potentiels ont été adressés au CHU par les hôpitaux voisins de la région pour bénéficier de cet acte. *«Au final, seuls deux répondaient aux indications. Concrètement, la technique fait appel à des endoprothèses sur mesure, sorte de stents, agrémentés d'orifices afin de raccorder les artères viscérales cibles (artères digestives et rénales). Ces endoprothèses sont nommées fenêtrées ou branchées. C'est toute la difficulté de la technique, il faut que les artères viscérales qui naissent de l'aorte demeurent perméables. L'intervention dure quatre à six heures et nécessite en salle opératoire un arsenal important en matériel endovasculaire.»*

Autre intérêt de cette technique : elle ouvre sur de nouveaux champs d'interventions. *«Dorénavant nous pouvons, par exemple, traiter en endovasculaire les anévrismes des iliaques en préservant sa branche pour le petit bassin. En outre, il est possible d'intervenir chez les patients souffrant d'anévrisme thoraco-abdominal en situation d'urgence. Pour remédier aux délais de fabrication des endoprothèses sur mesures, qui sont de plusieurs mois, nous proposons une alternative avec du matériel standard. L'an dernier, deux patients ont eu recours à cette technique dite de "la cheminée",* précise le docteur Fabrice Schneider.



Endoprothèse de l'aorte

mortalité qui peut aller jusqu'à 15%, alors qu'en endoscopie elle est quasiment nulle et le risque de complication est moins de 1%.»

En outre, l'objectif du service est d'améliorer le pronostic et d'intervenir toujours plus précocement. Aussi, il a mis en place une coopération



Radiofréquence

originale, rare en France, avec le service ORL «*Nous savons que les cancers de l'œsophage sont très fréquents chez les gens qui ont été sujets à un cancer ORL. Depuis 2004, tout patient qui a un bilan ORL subit en même temps une endoscopie œsophagienne. Cette coopération a ainsi permis de traiter précocement le plus souvent par mucosectomie 10 % de lésions cancéreuses ou précancéreuses qui seraient passées inaperçues.*»

Toujours en matière de traitement des cancers, le CHU propose également, par le biais de la radiologie, des alternatives à la chirurgie que très peu de centres au niveau national proposent. Trois techniques sont dispensées : deux de destructions par la chaleur, la radiofréquence (RF) et les micro-ondes, et une troisième, l'électroporation. La première consiste à introduire par voie percutanée, guidée sous scanner ou échographie, une aiguille dans la tumeur et à faire passer un cou-

rant alternatif qui va créer de la chaleur, jusqu'à 100 degrés, et ainsi détruire les cellules cancéreuses. «*La RF est proposée chez des patients ayant des petites tumeurs du foie, du rein, de l'os ou du poumon, pour lesquelles la chirurgie est risquée, du fait de la comorbidité du patient*», explique le Pr Jean-Pierre Tasu, responsable du pôle imagerie. Le CHU a acquis une très bonne expertise dans cette méthode depuis 11 ans. La deuxième technique, les micro-ondes, dérivée de la RF, entraîne une agitation thermique de l'eau des cellules qui brûlent là aussi la tumeur. La troisième méthode est l'électroporation. Le CHU fait figure de pionnier sur cette technique car aujourd'hui, il est l'un des seuls centres en France à la proposer. «*Des aiguilles vont entourer la tumeur et, en créant un arc électrique de 2 000 volts, les pores des cellules vont s'ouvrir et au bout d'un certain temps mourir.*» L'électroporation apporte une solution aux limites des techniques de chauffe qui ne peuvent pas être réalisées à proximité des organes à risque. Le CHU étudie cette technique dans le cadre d'un protocole de recherche portant sur le cancer du pancréas ; cancer de mauvais pronostic, l'électroporation pourrait être la seule chance de guérison pour certains malades. Chaque année, près de 40 patients bénéficient de l'une de ces trois techniques.

Autre service, autre spécificité : le service de neurochirurgie, en lien avec plusieurs spécialités, met en œuvre une technique d'exérèse des lésions tumorales intracrânielles (plus particulièrement les gliomes de bas grade) en condition de chirurgie éveillée durant laquelle le patient est amené à collaborer avec le chirurgien pour guider ses gestes. «*Cette technique constitue pour de nombreux malades le seul recours à leur pathologie et ils voient leur espérance de vie particulièrement prolongée, avec une qualité de vie préservée*», note le professeur Michel Wager, neurochirurgien.

Concrètement, après une craniotomie, le patient est réveillé par l'anesthésiste. Puis le neurochirurgien, à l'aide d'une petite sonde qui envoie un courant de faible intensité, stimule la surface du cortex pour détecter «en direct» les régions qu'il faut préserver à tout prix. De l'autre côté du champ opératoire, un orthophoniste fait défi-

ler sur un écran des images que le patient doit nommer. A partir du moment où ce dernier se met à «jargonner», le chirurgien marque la limite de l'exérèse de la tumeur. Ensuite, à l'aide d'un cavitron à ultrasons et d'une pince coagulante, il supprime les tissus tumoraux sur la surface prédéfinie. Bien que très efficace, cette technique est paradoxalement assez peu répandue. Seuls quelques centres en France la mettent en œuvre. *«La difficulté est qu'elle implique beaucoup d'intervenants, ce qui peut constituer un frein.»* Mais pour le professeur Wager, il n'était pas envisageable de ne pas proposer cette technique au CHU de Poitiers. *«Tout est affaire d'intégrité.»* Il reconnaît qu'il faut aussi des moyens pour s'assurer de bien faire les choses. *«Sur ce point, le CHU a su répondre à notre attente en aménageant une salle d'opération intégrée avec des équipements de communication et de visualisation sur écrans très performants qui améliorent le confort du patient, la qualité et l'efficacité du travail des intervenants.»* Cette salle est aujourd'hui montrée en modèle pour des aménagements dans d'autres CHU en France.

Toujours en neurochirurgie, une autre technique sur laquelle le CHU de Poitiers est particulièrement à l'avant-garde : la neurostimulation médullaire. En effet, le CHU a été retenu, en 2012, dans le cadre du projet ESTIMET porté par le Dr Philippe Rigoard, neurochirurgien, au titre du programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC). Cette étude multicentrique internationale, coordonnée par le CHU, a démontré qu'un nouveau type de stimulation médullaire, appelée «stimulation multi-colonnes», pouvait soulager les patients souffrant de douleurs post-opératoires du dos et des jambes générant un handicap sévère à la fois physique et social. *«Cette technique s'adresse à des patients qui sont réfractaires à tous traitements médicamenteux, précise le docteur Rigoard. Elle consiste à implanter une électrode de stimulation à la surface de la moelle épinière, qui comprend trois colonnes de stimulation.»* Ces dernières vont créer un filtre qui va masquer l'intégration et l'expression du message douloureux. *«L'implantation se fait en chirurgie éveillée dans la mesure du possible,*

Faire face aux défaillances cardiorespiratoires de la région

En cas de défaillances sévères cardio-circulatoire ou respiratoire chez un patient, aujourd'hui seul le CHU de Poitiers peut apporter sur la région une réponse à ces types d'urgences, grâce à son unité mobile d'assistance cardiorespiratoire qui se rend dans les hôpitaux périphériques.

Sa mise en œuvre se fait pour deux grands types d'indications : pallier une défaillance cardiaque type arrêt cardiaque ou infarctus massif ou pallier une défaillance respiratoire grave. A l'heure actuelle, cette technique permet un taux de survie de 30 à 40 % alors que ce sont des patients qui, si rien n'est mis en œuvre rapidement, sont amenés à mourir. Schématiquement, il s'agit d'une pompe et d'un oxygénateur extracorporel qui remplacent les fonctions de la pompe cardiaque et des poumons.

La technique, très spécialisée, demande une grande expertise et une pratique importante en circulation extracorporelle. Elle nécessite une équipe composée d'un chirurgien senior, un aide chirurgical (interne de chirurgie ou infirmière de bloc opératoire) et un technicien de circulation extracorporelle (CEC).

Grâce aux nouvelles technologies qui ont permis une miniaturisation de la machine, le CHU a pu mettre en place en 2011, avec le SAMU, cette unité qui se déplace dans les hôpitaux de la région, soit par hélicoptère, soit par camion SAMU, pour prendre en charge les patients sur place. Pour faciliter sa mise en œuvre, le service s'est doté tout récemment d'un Cardiohelp, modèle récent d'assistance circulatoire compact et portable.



car pour s'assurer du positionnement optimal de l'électrode, nous avons besoin de la coopération du patient. L'idée n'est pas de le guérir de la douleur, mais de la masquer au maximum de façon à ce que le patient retrouve une qualité de vie.»

Cette technique, dont le CHU de Poitiers est le leader en France avec plus de 100 implantations l'an dernier, a eu un vrai impact sur la structuration de la prise en charge de la douleur au niveau régional : *«Aujourd'hui, nous avons avec le centre anti-douleur du CHU deux consultations pluridisciplinaires par mois, ce qui permet ainsi d'avoir une centralisation régionale des patients les plus compliqués.»*

En matière de neurostimulation, le CHU propose également la stimulation cérébrale profonde, qui consiste à appliquer des électrodes au cœur du système nerveux encéphalique afin de traiter les mouvements anormaux, les troubles obsessionnels du comportement, la dépression et bientôt les troubles du comportement alimentaire sévères, ainsi que la stimulation corticale, avec la pose d'électrodes à la surface du cerveau, pour traiter les douleurs neuropathiques de la face, du plexus brachial ou après un AVC.

Et enfin en cardiologie, il faut souligner l'acquisition par le CHU d'un outil d'exploration des coronaires de haute résolution : la tomographie par cohérence optique (OCT). Il s'appuie sur la réflexion d'une lumière proche des infrarouges et offre au service médico-chirurgical les meilleures conditions en termes de diagnostic pour traiter des lésions complexes des artères coronaires, comme la sténose du tronc commun ou la levée des ambiguïtés diagnostiques. *«Grâce à la très grande précision des images de l'OCT, la définition est de 10 microns, soit vingt fois supérieure à une coronarographie classique. Nous pouvons, en outre, apprécier les résultats immédiats des procédures d'angioplastie»*, précise le docteur Sébastien Levesque.

Le développement du traitement des occlusions chroniques des artères (par voie antérograde et rétrograde) et les procédures d'athérectomie rotative (Rotablator®) constituent aussi une activité de recours.

A noter également qu'une étude européenne est actuellement pilotée par le service pour évaluer

les avantages du ballon actif par rapport au stent. *«Ce ballon délivre un produit de chimiothérapie qui va limiter la prolifération cellulaire dans les artères à l'origine des occlusions. Un des gros intérêts est que l'on ne laisse pas de matériel sur place.»*

A ces éclairages, non exhaustifs, sur les techniques de recours hyper-spécialisées dispensées au CHU, il est important d'y ajouter également toute l'activité de recherche riche et diversifiée de l'établissement (voir *CHU Magazine* n° 67) qui contribue au développement de ces techniques et permet à de nombreux malades de bénéficier très tôt de traitements et d'actes innovants.

Une collaboration avec les CHU voisins

Le recours s'illustre aussi par le maillage créé entre le CHU et les autres établissements de santé de la région dans le cadre de coopérations. C'est notamment le cas avec les centres hospitaliers de La Rochelle, Niort et Saintes sur la mise en place d'une structuration de la filière AVC ou encore avec celui de Saintes dans le domaine de la cardiologie. A l'échelon inter-régional, des liens étroits ont également vu le jour entre les CHU de Limoges et Tours autour de plusieurs thématiques : transplantation, neurosciences et choc infectieux. Sur la première thématique, cette collaboration est d'ailleurs reconnue comme département hospitalo-universitaire (DHU), ce qui qualifie les établissements comme des pôles d'excellence complémentaires à la fois dans la recherche, l'enseignement et le soin.

«Cette coopération est essentielle, confirme le professeur Michel Carretier, chef du service de chirurgie viscérale. Il faut travailler en bonne intelligence et centraliser les activités de haute technicité, car il serait illogique que chacun mobilise, dans son coin, des moyens énormes pour un nombre de patients très faible.» Cette centralisation se fait la plupart du temps en fonction des compétences et des expertises de chaque établissement. *«Par exemple, de par notre activité importante de chirurgie en cancérologie nous avons développé la chimiothérapie hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) que peu de centres en France proposent [voir encadré ci-contre]. De son côté, le CHU de Tours, parce*

qu'il avait les personnes compétentes, a fait le choix de la greffe de foie.»

L'intérêt de cette collaboration est aussi économique, comme le précise le professeur Debaene : *«Il ne faut pas se cacher la réalité, nous sommes dans une logique concurrentielle. Quand nous le pouvons, afin d'éviter que des patients n'aillent se faire soigner ailleurs, il est important que nous collaborions.»*

L'alliance entre le CHU de Tours et celui de Poitiers pour le développement de la greffe de foie en est un exemple très parlant. Concrètement, le CHU de Poitiers assure la consultation de premier recours qui est confirmée par une consultation commune entre les établissements avant que la transplantation soit faite à Tours. Le suivi des malades de la région est ensuite assuré par le service d'hépatogastro-entérologie du CHU de Poitiers.

En cohérence avec cette démarche, le CHU développe, quant à lui, actuellement, un important projet de greffes pulmonaires. *«C'est un dossier qui nécessitera un accord de l'Agence de biomédecine. D'ores et déjà, nous orientons nos recrutements et nous réfléchissons à une organisation médicale. C'est un pari, mais il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour faire preuve de nos compétences dans le domaine et être prêts au moment où nous pourrons démarrer cette activité. Là encore, ce sera un vrai recours pour les malades de la région»,* conclut Bertrand Debaene. ■

La CHIP un recours dans les cancers digestifs évolués

Depuis 2008, les personnes atteintes d'un cancer digestif évolué avec carcinose péritonéale trouvent au CHU une solution thérapeutique à leur maladie grâce à la chimiothérapie hyperthermie intra-péritonéale (CHIP). *«Il y a une dizaine d'années, ce type de cancer de l'appareil digestif était confronté à une impasse thérapeutique, précise le professeur Michel Carretier, chef du service de chirurgie viscérale. Ni la chirurgie, ni la chimiothérapie n'apportaient une réponse convenable aux patients et leur survie ne dépassait pas quelques mois. Avec la CHIP, elle atteint 5 ans dans 45 % des cas.»*

Le CHU a très tôt choisi de développer cette technique. Seuls 20 centres en France la proposent. Sa spécificité réside dans la combinaison de l'ablation complète des tissus tumoraux et de l'application directe de la chimiothérapie dans l'abdomen du malade. *«Le traitement consiste dans un premier temps à supprimer, par chirurgie, les lésions tumorales visibles à l'œil nu. Ensuite la paroi abdominale du patient est suspendue à un cadre de façon à former une cuvette qui est remplie d'un liquide contenant la chimiothérapie, chauffée à 43 °C. Cette administration, avec une concentration 20 fois supérieure en chimiothérapie qu'une injection intraveineuse, permet d'avoir un maximum d'efficacité sans toxicité. C'est l'action combinée de la chaleur et de la chimiothérapie qui détruit les cellules cancéreuses microscopiques.»*

La lourdeur du protocole (l'opération peut durer entre 8 heures et 18 heures) nécessite une sélection extrêmement rigoureuse des patients et une équipe chirurgicale performante. Elle est discutée dans le cadre de l'unité de concertation pluridisciplinaire d'oncologie (UCPO). Chaque année, 25 patients ont recours à la CHIP.

CHIP : la paroi abdominale forme une cuvette qui est remplie d'un liquide contenant la chimiothérapie, chauffée à 43 °C.



Réimplantation totale de la main : une première

En décembre, une réimplantation pour amputation complète de la main a été réalisée au CHU par le service de chirurgie orthopédie-traumatologie. L'opération, conduite par le docteur Camille Poujardieu, a duré 12 heures. Cette intervention rare est une première pour l'établissement. Une réussite également.



Il est aux alentours de 18 heures, ce 3 décembre 2013, quand le patient, un quinquagénaire originaire de Charente, est admis aux urgences du CHU. Il a la main gauche complètement sectionnée, après s'être blessé avec une scie circulaire. L'accident a eu lieu trois heures auparavant. Le membre est bien protégé (dans un sac plastique lui-même entouré de glaçons). L'homme, âgé de 59 ans, est actif et non fumeur, sans antécédents médicaux contre-indiquant une intervention lourde. Toutes les conditions sont donc réunies pour tenter une réimplantation, «avec de bonnes chances de réussite immédiate et une bonne récupération nerveuse à terme», souligne le docteur Camille Poujardieu, assistante spécialiste dans le service orthopédie-traumatologie, de garde ce soir-là.

Après avis du docteur Morgan Freslon, responsable de l'unité membre supérieur, la jeune chirurgienne débute l'intervention, qui durera douze heures. Il faut d'abord repérer toutes les structures nerveuses, vasculaires et tendineuses au niveau de la main, afin de «nettoyer et parer pour être en zone saine». Quand le patient arrive, il est endormi et on lui a posé un garrot. La même méthode est employée au niveau de son poignet.

Première étape : il faut fixer les structures osseuses de façon simple et rapide, avec pour objectif une ostéosynthèse stable et raccourcissante. Cela permettra de faciliter toutes les sutures à venir en limitant les tensions. Ici, le radius est directement fixé sur les os du carpe par des broches. Deuxième objectif : le réta-

blissement de vascularisation artérielle de la main. Pour re-suturer les deux artères radiale et ulnaire, des techniques de microchirurgie sont employées. *«A ce stade-là, nous sommes à six heures trente d'ischémie, relate le docteur Camille Poujardieu. Nous avons ensuite lâché le garrot pour vérifier les deux sutures, qui étaient parfaitement perméables.»*

Il faut alors compter une heure trente avant que le sang veineux ne réapparaisse, puis attendre que le membre se draine. *«Le patient a ensuite été transfusé. Ces premières heures furent les plus difficiles. Il ne restait plus ensuite qu'à finir le travail au niveau des tendons et des nerfs.»*

Soit entre vingt et trente tendons à remettre bout à

bout, pour ensuite s'occuper du nerf médian et du nerf ulnaire et des branches sensibles du nerf radial afin d'éviter un névrome. *«Nous avons également réalisé un manchonnage veineux pour protéger les sutures nerveuses. A ce stade de l'opération, le retour veineux est très bon, se souvient le médecin. Il faut alors rebrancher les veines.»* Une intervention délicate, également en microchirurgie, qui durera près de trois heures : *«Il a fallu reprendre les sutures plusieurs fois.»* L'opération de réimplantation s'achève à 6 h du matin. Le patient, placé sous antiagrégant plaquettaire et anticoagulant (HBPM), est transféré en réanimation, où il restera 48 heures. *«Il a fait une insuffisance rénale fonctionnelle suite à l'ischémie tissulaire mais tout est rentré dans l'ordre et il a pu sortir de l'hôpital au bout de 10 jours»,* précise le praticien.



En mars, le quinquagénaire a été revu en consultation. *«Les résultats sont très encourageants, même s'il est encore loin de la cicatrisation complète qui n'interviendra pas avant un ou deux ans»,* relève le Dr Camille Poujardieu. L'arthrodèse a consolidé – *«une très bonne nouvelle»* pour le chirurgien – et la cicatrisation cutanée est acquise. Il faut encore attendre le remodelage de la cicatrice et du cal tendineux. Toujours en phase de rééducation, le patient multiplie les séances de kinésithérapie pour entretenir un maximum de mobilité dans les doigts, même s'il ne récupérera pas les muscles intrinsèques de sa main. Objectif de l'équipe médicale : qu'il ait la mobilité suffisante pour attraper un verre. *«S'il récupère également la flexion-extension des doigts, l'objectif sera complètement atteint.»*

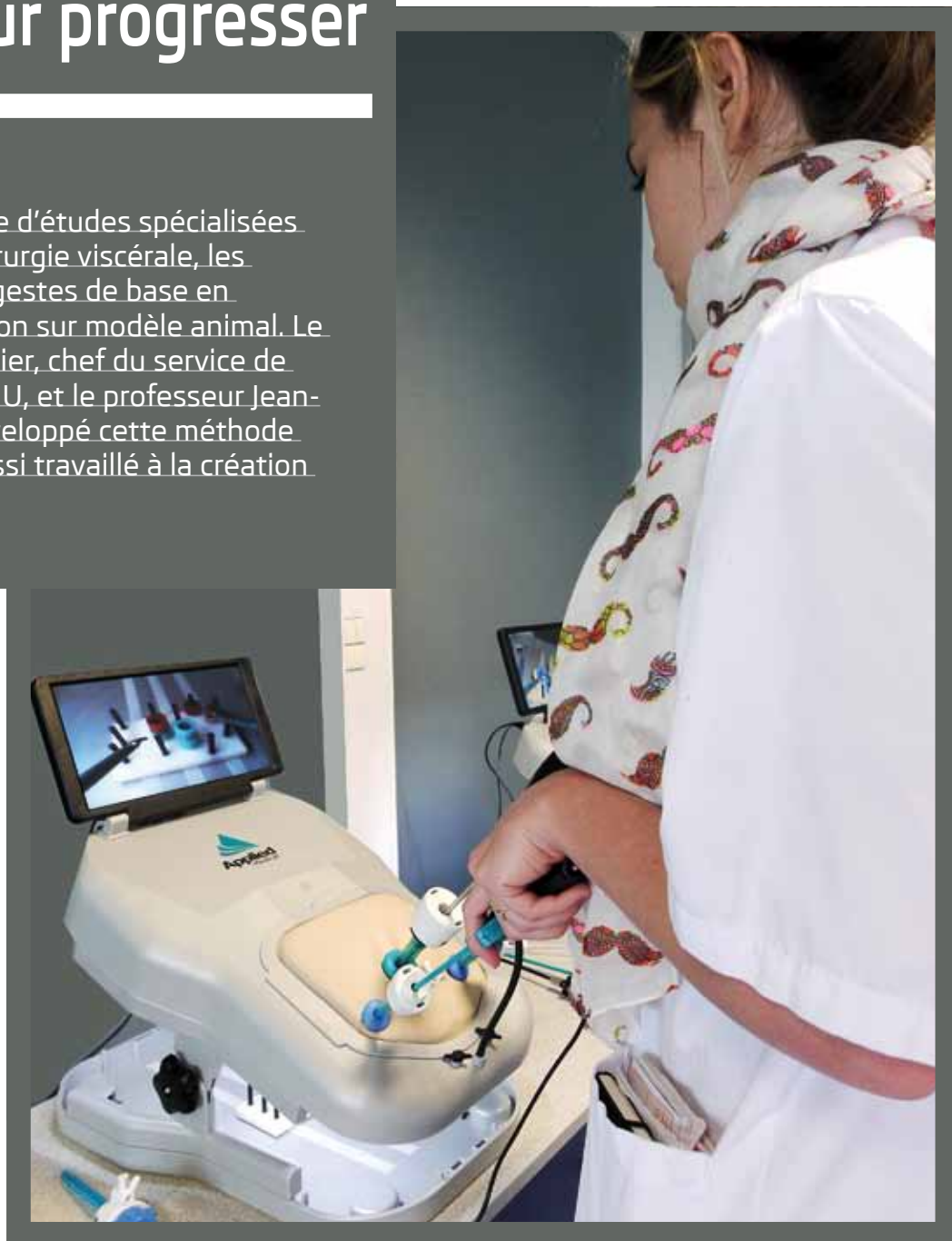
Le patient doit désormais récupérer une sensibilité de protection (au chaud, au froid, à la douleur...) C'est le cas pour un patient réimplanté sur deux. Ici, les premiers tests s'avèrent positifs. ■



TECHNIQUES D'ÉVALUATION DES INTERNES SUR LA CHIRURGIE PAR SIMULATION

Enseignement : évaluer pour progresser

Dans le cadre du diplôme d'études spécialisées complémentaires en chirurgie viscérale, les internes acquièrent les gestes de base en intervenant par simulation sur modèle animal. Le professeur Michel Carretier, chef du service de chirurgie viscérale du CHU, et le professeur Jean-Pierre Faure, qui ont développé cette méthode d'enseignement, ont aussi travaillé à la création d'outils d'évaluation.



Est-il toujours moins risqué d'être le premier passager d'un pilote que le premier patient d'un chirurgien ? Pour battre en brèche ce lieu commun, l'enseignement de la chirurgie a évolué au cours des quinze dernières années, s'inspirant du modèle industriel. L'évolution des techniques, des contraintes de temps et de rentabilité plus prégnantes au sein de l'hôpital ont modifié l'apprentissage classique des internes, basé jusqu'alors sur le compagnonnage. Au cœur du système aujourd'hui : l'apprentissage par simulation.

A Poitiers, le modèle d'enseignement par simulation animale pour les internes en chirurgie digestive a été élaboré par les professeurs Michel Carretier et Jean-Pierre Faure, du service de chirurgie viscérale du CHU. Cet enseignement innovant concerne désormais les étudiants des six hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) : Poitiers, Brest, Rennes, Angers, Tours, Nantes, mais aussi Limoges. *«La formation des internes doit être faite sur un modèle très proche de la réalité. Le modèle animal porcin reproduit les contraintes et les complications similaires à celles d'une intervention sur un jeune adulte, précise le professeur Faure. Les étudiants travaillent sur des tissus vivants ayant une structure proche des tissus humains, dans les mêmes conditions de stress. Le but est aussi d'éviter les situations critiques, comme l'hémorragie. Ils apprennent les gestes de base, qu'ils pourront ensuite reproduire dans tous les types d'interventions.»*

L'enseignement se déroule à l'Ircad de Strasbourg. L'institut est une référence mondiale dans la formation des praticiens aux techniques de chirurgie endoscopique. Trente-cinq internes sont formés chaque année, à raison de deux sessions de trois jours par an. La première année est consacrée à la laparotomie : abord, sutures et dissection au programme. La deuxième année, les internes acquièrent les gestes de base sous coelioscopie, comme par exemple la maîtrise des nœuds. La coelioscopie avancée est abordée en 3^e année, via *«le court-circuit gastrique, un geste très technique de chirurgie de l'obésité qui compile la somme de tous les exercices précédents»*. La mise en place de ce programme est le

fruit d'un partenariat public-privé, contractualisé entre le CHU, l'Université et les laboratoires Covidien, Sanofi et Storz.

«Complicé car subjectif»

Cet enseignement a débuté en 2008, d'abord avec des internes poitevins avant de s'étendre à l'ensemble des CHU du Grand Ouest. Dès 2010, la problématique de l'évaluation a été développée. *«Un enseignement par simulation n'est efficace que s'il y a évaluation. Sinon, les apprenants stagnent.»* Les professeurs poitevins ont planché pendant deux ans sur l'établissement d'outils d'évaluation, en collaboration avec les chirurgiens d'HUGO. *«Evaluer un geste de chirurgie est compliqué car subjectif»,* rappelle le professeur Jean-Pierre Faure. Le professeur Denis Oriot, directeur du laboratoire d'enseignement par simulation de la Faculté de médecine de Poitiers, a également apporté son expertise en la matière.

Des grilles d'évaluation ont été élaborées. Chacune décompose un geste chirurgical sous forme d'items, entraînant une réponse positive ou négative, aboutissant à un score final. Le contenu est rédigé de manière précise, détaillée, sans source d'ambiguïté. *«C'est un bel outil : il y a autant de grilles que de gestes, souligne le professeur Faure. Nous avons passé un an à utiliser ces grilles en double aveugle, avec deux examinateurs pour un interne. Le but ? Avoir une corrélation supérieure à 80 %. Nous avons ensuite modifié certains items, de façon à être encore plus précis et objectifs.»* Une fiabilité dont on s'attache désormais à mesurer le résultat en pratique quotidienne, selon la pyramide de Kirkpatrick (degré de satisfaction des apprenants/acquisitions de connaissances/changements des pratiques/impact) : *«Les internes acquièrent des compétences qui permettent une meilleure prise en charge des patients. Il s'agit désormais d'évaluer l'impact en pratique clinique.»*

Ce modèle d'enseignement, qui fonctionne très bien dans le Grand Ouest, intéresse aussi au-delà. Le Collège français de chirurgie digestive s'est emparé du projet, afin d'étudier comment mieux systématiser cette pratique d'enseignement au niveau national. ■

Face aux évolutions des phénomènes épidémiques dus à des maladies émergentes ou ré-émergentes, l'unité des maladies infectieuses du Centre hospitalier universitaire de Poitiers s'adapte pour permettre la prise en charge des patients dans des conditions adaptées selon les niveaux d'alerte. Son point fort depuis les années 2010 : ses deux chambres à pression négative pour une sécurité optimale.



L'évolution des maladies infectieuses

Pour lutter contre les évolutions importantes des maladies infectieuses de ces dernières années, le Centre hospitalier universitaire de Poitiers développe une forte adaptabilité. France Roblot, professeur des universités, responsable de l'unité des maladies infectieuses, souligne l'émergence de maladies nouvelles mais aussi des évolutions importantes de maladies déjà connues. «*Parmi les maladies "anciennes", on peut prendre l'exemple de la tuberculose. Depuis quelques années, nous notons une évolution importante. Alors que le BK était habituellement sensible à la plupart des traitements, beaucoup de patients venus de l'Est ont des formes de tuberculose multi-résistantes aux antibiotiques*», assure France Roblot. Nous notons également l'augmentation de fréquences des infections communautaires dues à des souches d'entéro-bactéries toujours

plus résistantes aux antibiotiques. Ces infections surviennent chez des patients qui ont fait un voyage à l'étranger mais de plus en plus aussi chez des personnes qui ont pris des antibiotiques de façon répétitive.

«Parmi les maladies "nouvelles", nous avons vécu dans les années 2000 l'épisode du SRAS, la crainte de l'émergence de la grippe aviaire, l'épidémie de grippe H1N1 en 2009... Plus récemment, nous avons été alertés à propos de la survenue de nouveaux virus comme le virus Zika en Polynésie ou des épisodes épidémiques d'ampleur inhabituelle tels que ceux que nous avons connus avec le virus du chikungunya, la dengue... Actuellement, nous nous préparons à accueillir des patients qui sont allés en Nouvelle-Guinée ou Serria Leone et qui pourraient être contaminés par le virus Ebola qui donne des fièvres hémorragiques et qui est extrêmement contagieux», prévoit la responsable. Dans chaque cas une procédure nationale est proposée que nous adaptons et mettons en place au CHU.

Deux chambres à pression négative

Pour prendre en charge ces patients, le CHU met en place différents niveaux d'alerte selon les nécessités. «Il y a plusieurs niveaux d'isolement selon les microorganismes en cause. Par exemple, en cas de phénomène épidémique de moyenne importance, nous pouvons isoler, par le biais de portes spéciales, quatre patients dans un couloir dédié ; en cas d'épidémie de plus grande ampleur, nous avons aussi un plan de gestion au niveau du CHU», détaille France Roblot. Et pour une prise en charge dans des conditions de sécurité optimales, le CHU s'est doté, dans les années 2000, de deux chambres à pression négative. Ces chambres ne sont pas très fréquentes en France. Elles permettent de prendre en charge des patients atteints de maladies transmissibles par voie respiratoire. «De façon générale, l'équipe soignante et les médecins ont l'habitude d'organiser les soins auprès de ces patients. Nous adaptons l'organisation du service à la situation. Nous rentrons le moins souvent possible dans ces chambres en regroupant les soins par exemple.» Cette adaptation

nécessite beaucoup de formations continues et de contacts avec les centres nationaux de référence.

«Dans chaque situation particulière, notamment pour les cas de tuberculose résistante, et chaque fois que nécessaire, les souches de microorganismes qui posent un problème sont envoyées aux centres de référence concernés et nous discutons des traitements avec les experts de ces centres», explique France Roblot.

Enfin, France Roblot fait partie du COREB-SPILEF, un groupe de coordination des risques émergents biologiques. «Un groupe d'envergure nationale qui travaille en collaboration avec le Haut Conseil de santé publique pour fournir des recommandations et être le plus réactif possible en cas de risque épidémique», précise France Roblot. ■



Le contrat d'apprentissage chez les kinésithérapeutes

Quatre étudiants de l'Institut de formation en masso-kinésithérapie de Poitiers (IFMK) sont actuellement en contrat d'apprentissage au CHU. Cette nouvelle voie de professionnalisation offre des opportunités de pallier les difficultés de recrutement des kinésithérapeutes au sein de l'établissement. Un enjeu régional également. Explications.

Témoignage

Laure Bon, 20 ans, est en contrat d'apprentissage au CHU depuis juillet 2013. L'étudiante de l'IFMK de Poitiers effectue ses stages et son temps employeur dans différents services de l'établissement. *«L'apprentissage est pour moi une opportunité indéniable. Par ce contrat, j'ai accès à une formation professionnalisante. En effet, le temps sur le terrain est augmenté par les semaines dues à l'établissement, et l'on parcourt plus de services. Cela nous donne un point de vue élargi du CHU, et une formation aussi complète que possible. Par la diversité d'exercices rencontrés et de professionnels côtoyés, nous gagnons en compétences techniques, mais aussi humaines.*

En signant un contrat de qualification, mon objectif était d'avoir plus de temps sur le terrain, d'être mieux formée et mieux intégrée aux équipes hospitalières. Il y a plus d'implications des deux côtés. Je suis plus investie car je sais que je travaille auprès de mes futurs collègues. Eux ont à cœur de me responsabiliser et de me transmettre valeurs et fonctionnement du service. De plus, le contrat d'apprentissage apporte un confort financier puisque je suis rémunérée.»

Dans le champ de la masso-kinésithérapie, la région Poitou-Charentes accuse un déficit important de professionnels, que ce soit dans le secteur libéral ou salarié. Si la densité nationale est de 119 praticiens pour 100 000 habitants, elle plafonne à 79 pour la Vienne et 74 pour les Deux-Sèvres. Elle se réduit à 61 en Charente et passe à 115 en Charente-Maritime grâce en partie à l'attrait du littoral atlantique et de la région bordelaise. Actuellement, environ 10% des postes de kinésithérapeutes restent à pourvoir au CHU. *«80% de nos diplômés s'orientent vers le travail libéral, 20% vers le secteur salarié, qui est lui-même divisé entre public et privé. Il y a un déficit dans les deux cas. Mais il est encore plus sensible dans le secteur salarié»*, indique Thierry Galuchon, directeur de l'Institut de formation en masso-kinésithérapie de Poitiers (IFMK).

Le contrat d'apprentissage s'avère aujourd'hui un moyen intéressant pour lutter contre ce manque de kinésithérapeutes. C'est au terme d'un parcours professionnalisant et individualisé, organisé conjointement entre le CHU et l'IFMK, que l'apprenti intègre l'établissement comme kinésithérapeute diplômé. Les bénéficiaires sont alors certains pour les deux parties. Pour l'apprenti, un socle de compétences mobilisables rapidement et une intégration facilitée dans l'unité de rééducation du CHU. Et pour l'institution, *«face aux difficultés de recrutement, un moyen d'anticipation et de gestion des emplois et des compétences. Une véritable solution de gestion des ressources humaines»*, soulignent Martine Imbert, coordonnateur général des soins, et Marie-France Joyeux, cadre supérieur de santé du pôle neurosciences-locomoteur.

Au CHU, le premier contrat a été signé en 2011, en partenariat avec l'École d'Assas et le Centre de formation des apprentis (CFA) de Levallois-Perret. Depuis juillet dernier, le CHU accueille

quatre apprentis issus des promotions de l'IFMK de Poitiers. En août prochain, trois nouveaux jeunes apprentis de l'école poitevine intégreront les équipes du centre hospitalo-universitaire.

Partenariat gagnant

Soutenu par le Conseil régional dans le cadre du pacte de confiance pour l'emploi des jeunes, l'apprentissage a vocation d'implanter les futurs professionnels sur le territoire. «*C'est un enjeu de recrutement pour le CHU, mais également au niveau de tout le Poitou-Charentes*», souligne Dominique Bourgeon, directeur des soins et coordonnateur des quatre instituts de formation. Au sein des équipes du CHU, l'arrivée d'apprentis est unanimement saluée par les professionnels. «*La notion de compagnonnage est importante. C'est un investissement : nous formons nos futurs collègues. Il s'agit réellement d'un partenariat gagnant-gagnant basé sur des rencontres régulières avec le maître d'apprentissage autour d'un livret personnalisé permettant d'assurer le suivi de l'acquisition des compétences et d'optimiser l'accompagnement de ce parcours professionnel*», expliquent Bruno Texereau et Thierry Le Dinahet, cadres de santé kinésithérapeutes au CHU. «*Les étudiants font*

un lien plus direct entre les connaissances théoriques et le terrain. Ils ont une acquisition des compétences plus efficace et deviennent plus responsables et autonomes dans leurs prises en charge. Ils acquièrent également un positionnement différent, car l'apprenti est perçu et reconnu comme un véritable et futur professionnel», précise leur collègue, kinésithérapeute et maître d'apprentissage, Aurélie Bourrellier. Un professionnel qui, une fois diplômé, intègre les équipes du CHU pour un ou deux ans, en fonction de son contrat. ■

En pratique

Le contrat d'apprentissage est signé par le CHU, la Région et l'étudiant. Il s'adresse aux étudiants en formation âgés de 18 à 25 ans (sans limite d'âge pour une personne en situation de handicap). Un jeune peut entrer en apprentissage à compter de sa deuxième année de cursus. Sa formation reste identique : même volume de cours théoriques et de stages. Mais l'étudiant en apprentissage devient salarié du CHU. A ce titre-là, il acquiert les avantages du statut : ancienneté et salaire notamment. Un apprenti perçoit entre 70% et 90% du SMIC, puis entre 85% et 98% l'année suivante. Engagé auprès du CHU, l'apprenti est donc mis à disposition de son employeur : 9 semaines en deuxième puis 13 semaines en troisième année. Une fois diplômé, il s'engage à poursuivre sa collaboration un ou deux ans, en fonction du contrat signé.



Espace régional d'éthique : la voie vers une éthique citoyenne

Depuis mars 2013, l'espace régional d'éthique développe son activité autour d'une volonté : rendre concrètes les questions éthiques et faire en sorte que les citoyens s'en emparent. Conférences, centre de documentation, rencontres et consultations visent ce même objectif.



Le Pr René Robert, président de l'espace régional d'éthique, Milianie Le Bihan, chargée de mission, et le Pr Roger Gil, directeur de l'espace éthique.

« Il ne s'agit plus seulement de l'éthique d'un hôpital, mais celle de la région tout entière », précise le Pr Roger Gil.

Un espace préfiguré en novembre 2008 et créé depuis mars 2013 après la publication des textes d'application de la loi relative à la bioéthique du 6 août 2004 et de la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoire) de 2009. Depuis 1983, le Centre hospitalier universitaire était doté d'un comité d'éthique (CE). Il réunissait des professionnels de santé et des personnes extérieures au domaine de la santé (juristes, philosophes, représentants des grands courants spirituels...). Ce comité a émis des avis sur des protocoles de recherche, avant que la loi Huriet (1988) ne crée les comités de protection des personnes. Le comité d'éthique restait un lieu de débat sur des sujets institutionnels étudiés à la demande du CHU comme les aspects éthiques de la création d'un centre de procréation médicalement assistée. « Mais il restait à passer d'une réflexion éthique confinée au système de santé à une réflexion éthique citoyenne », souligne Roger Gil.

Un espace identifié

« L'espace régional d'éthique est un lieu identifié de rencontre, de partage où peut être délivrée de l'information en éthique de la santé », précise René Robert. L'objectif structurant de cette nouvelle entité est de mettre en œuvre une « éthique citoyenne ». Il peut être, en amont et en aval des lois de bioéthique, un lieu de débat qui souhaite promouvoir la conscience délibérative

des citoyens, explique Roger Gil.

L'espace éthique a été créé par une convention qui associe les universités de Poitiers et de La Rochelle, le CHU de Poitiers, et les fédérations d'hospitalisation publique et privée. Les membres de la convention constitutive ont désigné le directeur de l'espace éthique, Roger Gil. Le conseil d'orientation qui réunit des représentants des universités, des établissements de santé et médicosociaux, de la société civile, du monde de la santé... Une quarantaine de membres ont élu un président, René Robert.

Une équipe permanente fait fonctionner cet espace : Milanie Le Bihan, chargée de mission, une secrétaire et une documentaliste. Enfin, un groupe de soutien se réunit deux fois par mois pour mettre en œuvre la politique de l'espace éthique.

Hébergé par le CHU, l'espace, dans sa dimension immobilière, comporte à l'entrée de la tour Jean-Bernard un bureau d'accueil et un centre de documentation qui permet à tous l'accès à des ouvrages, revues et mémoires ainsi qu'à des recherches bibliographiques.

Reconnu par l'Agence régionale de santé (ARS) et le ministère de la Santé, il rassemble à ce jour 45 adhérents (établissements, structures médico-sociales) dont l'ambition est de créer un réseau régional de débat et de recherche en bioéthique.

Activités de l'espace de réflexion d'éthique régional

L'espace de réflexion d'éthique régional (ERER) organise des conférences débats, ainsi que des cafés éthiques mensuels permettant à tous d'échanger autour de cas concrets. Un colloque annuel est organisé sur un sujet d'éthique le temps d'une journée. L'ERER diffuse depuis 2008 *La Lettre de l'espace* qui paraît trimestriellement ; il dispose d'un site internet où peuvent être téléchargées les publications de l'ERER. «*Nous pouvons aussi organiser des débats publics dont les comptes rendus sont adressés au comité consultatif national d'éthique comme cela a été fait pour la question sur la fin de vie*», poursuit Roger Gil.

Une activité riche à laquelle s'ajoute la consultation éthique. «*N'importe quel service des établissements de soins et médicosociaux de la région*

peut solliciter cette consultation dont la mission est d'être à l'écoute d'une équipe soignante en proie à des questionnements éthiques et des difficultés décisionnelles. Un binôme composé d'un médecin et d'un infirmier rencontre l'équipe soignante, puis le cas est débattu en groupe. L'avis donné n'est que consultatif», explique René Robert. En dix-huit mois d'existence, cette consultation a été sollicitée six à huit fois.

L'espace régional d'éthique ne compte pas s'arrêter là puisqu'un de ses grands projets est également de développer la recherche en bioéthique. «*C'est un espace qui pour se développer ne peut pas rester que sur des chemins balisés, car les progrès des sciences de la vie et de la santé appellent à des questionnements incessants sur la pratique des soins, sur les modalités de la prévention, sur l'accès aux soins, comme sur la recherche en sciences de la vie et de la santé*», conclut Roger Gil. ■



Questions à Sébastien Levesque, cardiologue angioplasticien en soins intensifs et urgences cardiologiques

Praticien hospitalier au CHU de Poitiers depuis novembre 2012, vous êtes titularisé depuis le début d'année. Quel est votre parcours ?

J'ai fait mon externat au CHU de Tours, avant de rejoindre le CHU de Clermont-Ferrand pour mes quatre années d'internat, suivies de quatre années en tant que chef de clinique. La cardiologie, comme beaucoup d'autres spécialités, est un domaine qui évolue sans cesse et nécessite de se spécialiser toujours plus. J'ai choisi de m'occuper de la maladie coronarienne tant dans sa forme stable (l'angine de poitrine) que dans sa prise en charge urgente (l'infarctus), sur le plan interventionnel (l'angioplastie) et hospitalier au travers des soins intensifs. Pour moi, la cardiologie interventionnelle est un bon compromis médico-technique. Cela nécessite toutefois beaucoup d'engagement et d'investissement en raison de la charge de travail en garde et en astreinte. Les résultats de nos interventions chez ces patients en grand danger sont souvent à effets immédiats, c'est un des aspects gratifiants du métier.

Pouvez-vous nous en dire plus sur vos missions actuelles ?

J'ai été recruté pour renforcer et aider les équipes déjà en place en unité de soins intensifs et cardiologie (USIC) et en coronarographie. Je partage aujourd'hui mon temps entre la gestion de l'accueil urgences cardiologiques, les soins intensifs et bien sûr le plateau technique. L'activité technique est en constante augmentation (près de 1 100 angioplasties en 2013) et évolue considérablement. Les techniques innovantes d'imagerie endocoronaire (OCT, pour Optical coherence tomography), l'athérectomie rotative (Rotablator), l'évaluation fonctionnelle invasive de l'ischémie myocardique ou encore l'invasif non coronaire comme le TAVI (valve aortique percutanée) nécessitent un savoir-faire et un travail en équipe. Elles obligent à une bonne cohésion et à un partage du savoir entre les opérateurs... C'est très satisfaisant de pouvoir apporter ma pierre à cet édifice.

Quelles compétences nouvelles avez-vous apportées dans votre service ?

Après m'être formé à Clermont-Ferrand aux différentes techniques précédemment citées, j'ai importé la technologie OCT (imagerie par cohérence optique, que nos collègues ophtalmologues connaissent bien) au CHU de Poitiers. Clermont a été le premier centre en France à utiliser l'OCT : il s'agit d'une technique d'imagerie haute résolution qui permet, quand on l'applique aux artères coronaires, de visualiser l'intérieur de celles-ci en y introduisant une fibre infrarouge. Avec une résolution de 10 microns, l'OCT offre des informations qui ne sont pas disponibles avec la coronarographie classique. Nous y avons recours en cas de doute diagnostique mais surtout pour le contrôle de la qualité de nos angioplasties et pour prévenir d'éventuelles complications.



Questions à Hélène Lebrun-Loslier, chirurgien ORL

Praticien hospitalier au CHU de Poitiers depuis fin 2013, quel a été votre parcours ?

J'ai fait mon externat au CHU de Caen jusqu'en 2005, avant d'effectuer mon internat puis mon clinat au CHU de Poitiers. J'ai été recrutée en tant que praticien hospitalier en novembre 2013.

En quoi consistent aujourd'hui vos principales missions ?

J'ai la chance de pratiquer une activité médico-chirurgicale : je reçois des patients en consultations et j'interviens par ailleurs au bloc. Ce double aspect du métier est très important pour moi. Je travaille principalement dans les domaines de la rhinologie, la cancérologie et la pédiatrie. L'ORL est une spécialité vaste qui permet d'avoir une activité très variée. J'ai toujours voulu faire de la chirurgie et, dès mes études, j'étais attirée par la pédiatrie et la cancérologie pour le contact particulier que ces domaines impliquent avec le patient.

Vous dites que l'ORL est une spécialité vaste. Avez-vous des champs de compétence particuliers ?

Des compétences nouvelles oui... mais à venir ! Je vais préparer un diplôme universitaire à Paris pour me former à la reconstruction par lambeaux libres. Concrètement, cela consiste à prélever un lambeau libre sur une autre partie du corps pour reconstruire la sphère cervico-faciale (mandibule, langue, voile...). Cette technique est utilisée en ORL pour les patients atteints d'un cancer avec une reconstruction possible : soit pendant le geste chirurgical, soit a posteriori pour une réhabilitation fonctionnelle et cosmétique. Pratiquée précédemment en collaboration avec un chirurgien orthopédiste, nous souhaitons aujourd'hui être indépendants pour cette intervention.





AGENCE DE POITIERS

Terrassements – Assainissements – VRD – Routes – Aérodrômes
Ensembles Sportifs et de Loisirs
 22 rue de la demi lune - BP 1004
 86060 POITIERS CEDEX
 T/+33 49 37 60 10 - F/+33 49 37 60 19
 Mel : poitiers@eurovia.com



- ✓ **Génie électrique** ✓ **Electricité industrielle**
- ✓ **Génie climatique et thermique**
- ✓ **Energies renouvelables** ✓ **Réseaux extérieurs**

✓ **Maintenance 24 h / 24 h**
☎ : 05.49.30.42.01

3 rue des Entrepreneurs - 86000 POITIERS
☎ : 05.49.38.42.00 = : 05.49.47.85.20

ESPACE
MENDES
FRANCE

POITIERS

Du 9 avril 2014
au 4 janvier 2015

EXPOSITION

CONFÉRENCES

ANIMATIONS

+ d'infos sur emf.fr
Tél. 05 49 50 33 08

cerveau & addictions

Présentation du plan d'amélioration de l'accueil des urgences

Alain Claeys, président du conseil de surveillance du CHU de Poitiers, Jean-Pierre Dewitte, directeur général, et le professeur Bertrand Debaene, président de la commission médicale d'établissement, ont présenté le plan d'amélioration d'accueil des urgences et les projets de départements hospitalo-universitaires au cours d'une conférence de presse en janvier. La rencontre s'est déroulée en présence d'Elisabeth Borne, préfète de la région Poitou-Charentes, et de François Fraysse, directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé Poitou-Charentes.



Les axes du plan d'amélioration de l'accueil des urgences

1. La gestion des malades et des blessés devant être hospitalisés à la sortie des urgences
2. Le renforcement des équipes médicales en lien avec l'accueil des urgences
3. L'optimisation de la prise en charge des urgences vitales et la mise en place d'un trauma-center
4. L'amélioration de l'efficacité de la filière courte

1. La gestion des malades et des blessés devant être hospitalisés à la sortie des urgences

Objectifs :

- Hospitaliser les malades plus rapidement dans les unités d'hospitalisation et réduire les délais d'attente générateurs de non-qualité
- Orienter les patients dans la spécialité relevant de leur pathologie

• Diminuer le temps consacré par les équipes médico-soignantes des urgences à la gestion des lits pour les recentrer sur la prise en charge soignante

Cet axe du projet a pour but principal d'éviter les hospitalisations dans les spécialités inappropriées.

En préalable, il a été nécessaire de faire l'état des lieux des besoins capacitaires de chaque

De gauche à droite, le Dr Henri Delelis-Fanien, chef de clinique assistant du service des urgences ; Elisabeth Borne, alors préfète de la région Poitou-Charentes ; François Fraysse, directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé Poitou-Charentes ; Alain Claeys, président du conseil de surveillance du CHU de Poitiers ; Jérôme Harnois, directeur de cabinet de la préfète ; Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU.



spécialité en tenant compte exclusivement de son activité propre.

Il en découle un réajustement capacitaire qui se décline de la manière suivante :

- médecine gériatrique : augmentation de 7 lits ;
- médecine interne, maladies infectieuses et tropicales : diminution de 4 lits ;
- chirurgie viscérale : augmentation de 4 lits ;
- oncologie médicale : augmentation de 1 lit.

Parallèlement, une étude a montré que 27 lits dédiés sur l'ensemble des pôles cliniques étaient nécessaires chaque jour pour l'accueil des patients hospitalisés suite à un passage aux urgences.

En complément à ce besoin, une unité d'hospitalisation d'aval de 20 lits (25 lits à partir de septembre), ouverte toute l'année, permet d'accueillir les patients devant être hospitalisés suite à leur passage aux urgences en l'absence d'un lit disponible dans la spécialité concernée.

Cette unité mixte médico-chirurgicale a vocation à accueillir les patients pour une durée maximale de 48 heures. Au terme de ce délai, les patients peuvent regagner leur domicile, être pris en charge par le service d'hospitalisation à domicile ou être admis dans le service de spécialité dont ils relèvent.

Afin de garantir l'efficacité de cette nouvelle organisation, une cellule de gestion de flux patients est créée. Elle a pour mission principale la gestion des lits des patients qui sont hospitalisés à la suite d'un passage aux urgences, le suivi des lits dédiés et des mouvements d'entrées dans les spécialités concernées.

2. Le renforcement des équipes médicales en lien avec l'accueil des urgences

Afin de poursuivre l'effort de séniorisation et de sécurisation par la présence médicale, il est souhaitable d'augmenter le nombre de praticiens présents sur l'établissement toute la semaine. Le projet consiste à disposer d'un médecin supplémentaire, aux urgences adultes, en semaine de 10h à 22h, et en garde le samedi

et le dimanche de 8h30 à 18h30. L'effectif nécessaire pour atteindre cet objectif est de deux praticiens. Au total, ce sont près de 50 emplois qui sont créés pour ce dispositif.

Les autres mesures de renforcement comportent la mise en place d'une garde de sénior le week-end en orthopédie-traumatologie et la création d'une garde d'interne pour l'unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)

afin de permettre l'amélioration de l'accueil, de la prise en charge et de la sécurité des patients.

3. L'optimisation de la prise en charge des urgences vitales et la mise en place d'un trauma-center

La prise en charge du traumatisé grave s'inscrit dans les missions d'activité de recours du CHU de Poitiers, seul établissement disposant, dans la région Poitou-Charentes, du plateau technique comportant une disponibilité 24h/24 de l'ensemble des spécialités chirurgicales et d'imagerie interventionnelle indispensable dans le cadre de la prise en charge de ces pathologies traumatiques.

La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) dispose d'une équipe soignante 24h/24 permettant ainsi l'accueil de toutes les urgences vitales et des polytraumatisés.

Cette mise en œuvre implique le renfort de l'équipe médicale tel que décrit précédemment et le renfort de l'équipe soignante avec l'affectation d'un(e) infirmier(e) 24h/24 sur le secteur de la salle d'accueil des urgences vitales.

4. L'amélioration de l'efficacité de la filière courte

Ce projet mené en partenariat avec la médecine libérale doit apporter une nouvelle offre de soins avec la mise en place d'une consultation de médecine générale, en fin de journée, en semaine ainsi que le week-end sur des horaires qui restent à préciser.

Diffusion de la série «24 heures aux urgences»

Le CHU de Poitiers avait été choisi par TF1 et la société de production Shine France pour réaliser une série

documentaire sur les urgences hospitalières : «24 heures aux urgences». L'objectif de cette réalisation était de restituer le quotidien des services d'urgences d'un

grand hôpital public et de s'intéresser au travail des équipes médicales et paramédicales. Le tournage s'était déroulé en octobre



Bruno Avril, cadre supérieur de santé, à la mission «gestion des lits», depuis le 6 janvier

Diplômé de l'IFSI de Tahiti en 1982 et de l'IFCS de Poitiers en 1993, Bruno Avril a complété sa formation en 2009 par un master 2 en management des établissements de santé à l'Insec de Bordeaux. Au CHU de Poitiers, il occupait jusque-là les fonctions de cadre supérieur de santé sur la confédération des blocs opératoires et la chirurgie ambulatoire.

Ses nouvelles missions se concentrent sur trois axes principaux :

– La mise en place de l'équipe des gestionnaires de flux patients (bed manager) dont il fait partie intégrante dans les débuts. Ces gestionnaires de flux participent activement au plan d'amélioration de l'accueil des urgences en orientant les patients des urgences vers des lits dédiés pour certaines disciplines médicales ou vers une unité d'hospitalisation d'aval.

– L'accompagnement de l'établissement par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) sur la thématique «gestion des lits», initié en septembre 2013 et prolongé durant 18 mois. Le CHU de Poitiers figure parmi les 162 établissements retenus par l'ANAP pour bénéficier de cet accompagnement. Les membres du groupe projet sont Isabelle Dichamp, chargée de mission gestion des lits et adjointe à la direction des coopérations et des territoires, Dr Ramassamy, praticien hospitalier, et Bruno Avril.

– La préparation à la mise en œuvre d'une cellule centralisée de gestion des lits, aussi bien pour les activités programmées que pour les activités non programmées.

«Après les blocs opératoires et la chirurgie ambulatoire, ce nouveau poste est pour moi l'opportunité de continuer à travailler en transversalité sur les flux de patient à l'échelle de l'institution. C'est une réflexion qui doit se mener en synergie avec celle initiée sur le parcours patients dans le but d'optimiser sa prise en charge.

Je mesure l'importance des enjeux de cette nouvelle mission.»



Une priorité inscrite dans le projet d'établissement

Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers a adopté en décembre 2012 son projet d'établissement 2013-2017, intitulé «une offre de soins, de nouveaux territoires». Une des priorités est l'amélioration de la gestion des urgences. Elle s'intègre dans la volonté de l'établissement d'organiser des filières de prise en charge des patients afin d'améliorer encore la qualité des soins et de réduire les délais d'attente dans tous les services d'urgences du CHU.



en s'appuyant sur un dispositif de 70 caméras installées aux urgences adultes et pédiatriques, pilotées à distance afin de ne pas exposer la prise en charge des patients et de ne pas gêner le travail des

professionnels. L'intérêt de chacun pour cette réalisation et la contribution de tous ceux qui, de près ou de loin, ont été associés, ont permis de conduire ce projet efficacement et en toute intelligence.

Une diffusion du premier épisode en avant-première a été proposée au personnel du CHU le 12 février sur six séances, en présence d'Antoine Baldassari, réalisateur.

L'unité de cardio-gériatrie

L'unité de cardio-gériatrie achève sa première année d'activité au CHU de Poitiers sur un bilan très positif. Grâce à la mutualisation de ces deux compétences, le patient âgé bénéficie depuis avril 2013 d'une prise en charge médico-sociale optimisée. Il s'agit d'une approche innovante en France. La mise en place de cette filière de soins complète répond à l'augmentation de la population vieillissante, particulièrement touchée par l'insuffisance cardiaque.

Les patients pris en charge présentent une polypathologie et souvent des problèmes fonctionnels et sociaux, qui sont ainsi traités au décours de la pathologie cardiaque aiguë qui était le motif d'admission.

L'organisation de la filière de soins

La cardio-gériatrie est localisée dans le pavillon Auguste-Rodin, unité B, sur le site de la Milétrie. L'unité B est composée de 35 lits : 20 lits en MCO*, dont 8 lits identifiés pour la cardio-gériatrie, et 15 lits en SSR*. Les patients de 75 ans et plus sont admis en cardio-gériatrie après passage au pavillon René-Beauchant, aux urgences cardiologiques ou à l'USIC*, de jour comme de nuit. Toutes les entrées se font avec l'aval d'un médecin cardiologue. La durée habituelle d'hospitalisation en médecine gériatrique est de 10 jours, le patient passe ensuite si besoin en SSR.

Cette organisation permet au patient de bénéficier d'une suite de soins en restant dans un secteur unique encadré par la même équipe médicale et paramédicale, de son arrivée des urgences cardiologiques à sa sortie du service. Le patient peut être suivi sur place, selon ses besoins, par un psychiatre, un kinésithérapeute, une diététicienne, une assistante sociale...

La mobilisation de moyens humains et matériels

Une infirmière ayant une expertise en cardiologie a été recrutée et missionnée six mois en amont de l'ouverture de l'unité de cardio-gériatrie pour assurer le suivi de projet et apporter une compétence spécialisée au sein de l'équipe soignante. Les infirmières de gériatrie, quant à elles, ont été formées sur une journée en cardiologie et accompagnées pour lever les appréhensions face au changement. Un poste d'infirmière supplémentaire a été créé pour renforcer les équipes de nuit.

«La gériatrie est souvent peu valorisée, ce type de projet s'inscrit dans la philosophie actuelle d'ouverture et de modernisation de la spécialité. Il a permis aux soignants d'intégrer une nouvelle discipline et d'enrichir leurs pratiques. C'est une expérience valorisante qui a suscité beaucoup d'implication», témoigne Sandrine Baudry, cadre supérieur de santé du pôle gériatrie.

L'équipe médicale de cardio-gériatrie est composée



d'un médecin référent en gériatrie, le Dr Fabienne Bellarbre, et de deux médecins référents en cardiologie, les Dr Philippe Sosner et Bertrand Gil. Des internes en cardiologie, médecine générale et médecine interne exercent au sein de l'unité et bénéficient ainsi de la double approche spécialisée.

Côté équipements, l'unité bénéficie, depuis novembre 2013, d'un échocardiographe à disposition des 180 patients du pôle de gériatrie. Les examens sont réalisés sur place par un cardiologue tous les mardis matins.

Demain, l'ortho-gériatrie

Fort de cette expérience, le CHU prépare la mise en place de six lits en ortho-gériatrie, intégrés au sein de l'unité C dans le pavillon Camille-Claudiel. Fin 2014, ces lits pourront accueillir, directement après leur sortie de SSPI*, les patients «avec profil gériatrique» reçus aux urgences et opérés d'une fracture fémorale. La future unité fédère urgentistes, anesthésistes, chirurgiens orthopédiques et gériatres. L'objectif de ce projet innovant, mis en place pour la première fois à la Pitié-Salpêtrière en 2009, est de réduire les complications postopératoires et de permettre aux patients gériatriques opérés de retrouver leur autonomie plus rapidement.

* Définitions

MCO : médecine,

chirurgie, obstétrique

SSPI : salle de soins post-interventionnelle

SSR : soins de suite et de réadaptation

USIC : unité de soins

intensifs de cardiologie

Questions au Pr Marc Paccalin, chef du pôle gériatrie

Le Pr Marc Paccalin est à l'initiative du projet d'unité de cardio-gériatrie avec le Pr Joseph Allal, chef du service médico-chirurgical de cardiologie.

Un an après l'ouverture de l'unité, quel est votre ressenti ?

Nous avons l'impression de réaliser un travail qui porte bénéfice à l'institution, mais aussi et surtout au patient. Nous sommes heureux d'avoir pu développer cette nouvelle compétence et de la synergie trouvée avec les collègues de cardiologie.

En gériatrie, il n'y a pas un seul patient qui n'ait un problème cardio-vasculaire. Nous avons l'habitude d'une prise en charge globale du patient âgé, aujourd'hui optimisée par la présence de spécialistes en cardiologie. En retour, nous participons à « l'éducation gériatrique » des cardiologues, dont les patients sont souvent âgés, avec la problématique d'une approche médicamenteuse complexe.

Nous pouvons donc parler d'un bilan positif ?

Médecins, cadres supérieurs de santé et cadres, nous nous réunissons tous les deux mois pour coordonner nos actions et répondre aux différentes interrogations émanant du quotidien. Nous avons tous joué le jeu et aujourd'hui, tout le monde peut être satisfait. Le succès de ce projet tient à une grande volonté et à un vrai suivi, et cela continue de monter en puissance.

La collaboration entre les deux services a d'ailleurs dépassé l'unité de cardio-gériatrie. Par exemple, les gériatres, Dr Fabienne Bellarbre et Dr Marie-Laure Bureau, se rendent systématiquement en cardiologie pour une évaluation gériatrique des patients programmés pour recevoir une prothèse TAVI (Transcatheter aortic valve implantation).

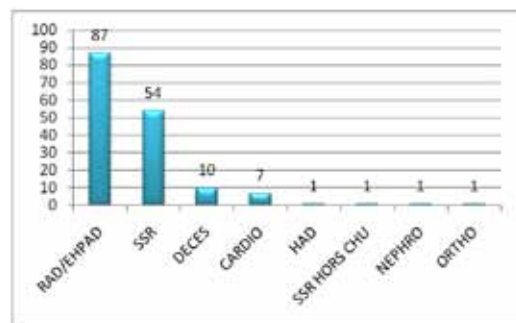
La recherche clinique profite également de notre synergie et de la confrontation de nos compétences : un interne vient de soutenir sa thèse de médecine sur la pertinence du traitement antithrombotique dans la fibrillation atriale, une autre thèse est en cours et recueille différents indicateurs concernant les patients hospitalisés dans l'unité pour prise en charge d'une poussée d'insuffisance cardiaque. Nous poursuivons les échanges avec les cardiologues et nos échanges permettront d'élaborer et de concrétiser d'autres projets de recherche.

L'activité (du 18 mars 2013 au 31 janvier 2014)

Le taux d'occupation des 8 lits a évolué positivement, passant de 60,7% en avril 2013 à 80,5% en janvier 2014 ; 146 patients ont été accueillis : 105 femmes et 41 hommes ; l'âge moyen du patient est de 87 ans ; la durée moyenne de séjour

est de 9 jours, en faveur d'une diminution de la durée d'hospitalisation des patients et d'un retour à domicile ou dans le lieu de vie.

Mode de sortie des patients



EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAD : hospitalisation à domicile
RAD : retour à domicile

L'activité 2013 du CHU de Poitiers

Les données d'activité de court séjour portent sur tous les séjours et séances sortis de l'établissement et ayant donné lieu à un financement T2A sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013. Les données relatives à l'activité de biologie portent sur l'année 2013. Les passages aux urgences, l'activité de soins de suite et réadaptation, l'activité de soins longue durée et maison de retraite portent sur l'activité administrative relative à la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013. Les données des activités médico-techniques d'imagerie et de blocs opératoires portent sur l'année 2013.

Activités de médecine chirurgie obstétrique

En 2013, 145 061 séjours et séances ont été pris en charge, soit une évolution de +0,8% (+1 153 séjours et séances) par rapport à 2012, et ce pour une situation capacitaire de 1 250 lits et places installés au 31 décembre. Cette évolution diffère selon les modes de prise en charge et en fonction des projets organisationnels de l'établissement. Au total, sur 698 types de pathologies (regroupement de groupes homogènes de séjours) financés à l'activité, 647 font partie de l'offre de soins du CHU de Poitiers.

– Les séjours d'hospitalisation conventionnelle

53 755 séjours d'hospitalisation conventionnelle ont été réalisés au 31 décembre 2013, stables par rapport à 2012 (+43 séjours). Ces séjours d'hospitalisation conventionnelle représentent 37% des séjours et séances financés à l'activité. En fonction des durées de séjour, de l'âge des patients et du niveau de sévérité des pathologies traitées, il convient de préciser que les séjours de sévérité plus élevée, à savoir sévérité 3 et 4, représentent 15,2% de l'activité conventionnelle pour 14,5% en 2012. La durée moyenne des séjours d'hospitalisation conventionnelle pris en charge dans toutes les unités d'hospitalisation de l'établissement est de 5,7 jours comme en 2012.

Les séjours ambulatoires

Les séjours ambulatoires représentent 17% des séjours et séances financés à l'activité et se composent de séjours de médecine et de séjours chirurgicaux, notamment réalisés en unité de chirurgie ambulatoire. Au 31 décembre 2013, 24 129 hospitalisations de jour ont été réalisées, en augmentation de 2,2% par rapport à 2012, notamment grâce à l'augmentation des séjours de chirurgie ambulatoire.

Les séjours ambulatoires chirurgicaux

4 855 séjours ambulatoires chirurgicaux ont été réalisés au 31 décembre 2013, soit une augmentation de 14% par rapport à 2012, et ce conformément aux axes de développement engagés par l'établissement sur la chirurgie ambulatoire. Les spécialités en augmentation significative sont l'ophtalmologie, la gynécologie, l'ORL, la pédiatrie et la chirurgie viscérale.

Les séjours ambulatoires médicaux

19 274 séjours ambulatoires médicaux ont été réalisés en 2013, soit une légère baisse de 0,4% par rapport à 2012, principalement pour les spécialités suivantes : hôpital de jour de traitement de la douleur, hôpital de jour de médecine interne, hôpital de jour de curiethérapie, hôpital de jour médico-chirurgical de l'appareil digestif, hôpital de jour de dermatologie et hôpital de jour endocrinologie.

Les séances

Sont financées à l'activité toutes les séances de chimiothérapie, de radiothérapie, de dialyse, de transfusion, de curiethérapie et aphaèreses sanguines. Les données ci-après représentent toutes les séances réalisées hors séjour d'hospitalisation conventionnelle et hors séjour pris en charge en ambulatoire. Elles ont en effet un tarif dédié pour leur financement. Au 31 décembre 2013, 67 177 séances ont été réalisées ; elles représentent 46% des séjours et séances financés à l'activité et sont en évolution de 0,8% par rapport à 2012 :

- 17 835 séances de chimiothérapie ;
- 31 661 séances de radiothérapie ;
- 15 776 séances de dialyse ;
- 1 064 séances de transfusion ;
- 251 séances de curiethérapie ;
- 590 séances d'aphérese sanguine.

L'hospitalisation à domicile

Au 31 décembre 2013, 298 patients ont pu bénéficier de ce mode de prise en charge, soit +32% par rapport à l'année 2012.

Les urgences

Le nombre total de passages aux urgences augmente de 1,66% au 31 décembre 2013. Au total, 73 809 passages ont été pris en charge, toutes urgences confondues. Cette évolution se répartit comme suit :

- urgences adultes : 41 433 passages, soit une évolution de 0,94%, dont 17 143 passages ont fait l'objet d'une hospitalisation dans les unités de soins et dans les lits d'hospitalisation de courte durée des urgences. L'activité quotidienne représente en moyenne 113,5 passages.
- urgences pédiatriques : 17 685 passages, soit une augmentation de 1,14%, dont 3 158 passages ont fait l'objet d'une hospitalisation. L'activité quotidienne représente en moyenne 48 passages.
- urgences cardiologiques : 3 007 passages soit une augmentation de 4,8%, la quasi-totalité des patients étant hospitalisés. L'activité quotidienne représente en moyenne 8 passages.

- urgences gynécologiques et obstétriques : 8 945 passages soit une augmentation de 1%, dont 3 497 passages ont fait l'objet d'une hospitalisation. L'activité quotidienne représente en moyenne 24 passages.

- urgences ophtalmologiques : 2 739 passages, en augmentation de 3,2%. L'activité quotidienne représente en moyenne 7,5 passages.

Le nombre d'hospitalisations aux urgences adultes augmente de 1%. Il représente 7 454 entrées au 31 décembre 2013. La durée moyenne d'hospitalisation dans le service des urgences est de 1,3 jour et le taux d'occupation moyen des lits s'élève à 165% pour un taux constaté au 31 décembre 2012 de 166%. 3 156 entrées dans les lits d'hospitalisation des urgences pédiatriques ont été prises en charge au 31 décembre 2013, soit une baisse de 1,3% par rapport à 2012.

Les consultations externes

Le nombre de consultants venus pour une consultation ou des actes externes évolue de +0,58% au 31 décembre 2013. 346 837 consultants ont été pris en charge.

Activités médico-techniques

Les blocs opératoires

21 929 interventions chirurgicales ont été réalisées. Il convient d'identifier deux catégories d'interventions :

- les interventions programmées en salles dédiées : 17 483 interventions réalisées ;
- les interventions réalisées en bloc d'urgences : 4 446 interventions.

Des interventions sont par ailleurs réalisées en salle d'actes externes, ne nécessitant pas une hospitalisation des patients : 2 857 interventions ont été réalisées, en augmentation de 21,6% principalement en ophtalmologie.

Les laboratoires

4 794 473 analyses ont été réalisées en 2013, soit une augmentation de 5,6% représentant une production en nombre de 117 975 598 B. Pour les patients hospitalisés, la production d'analyses représente 71% de l'activité. Pour les patients externes (CHU et hors CHU), 1 399 345 analyses ont été réalisées. Pour les patients externes de l'établissement, 1 053 228 analyses ont été produites. Pour les patients relevant d'établissements extérieurs, 346 117 analyses ont été réalisées pour 105 368 au 31 décembre 2012, et ce, en raison de la production d'analyses pour les centres hospitaliers du Blanc et de Montmorillon.

L'imagerie

Au total, 180 328 actes de radiologie ont été

réalisés. 56% des actes sont réalisés pour des patients hospitalisés. 5,8% d'actes en moins ont été réalisés pour les patients externes. En radiologie conventionnelle, 97 074 actes ont été réalisés, que les actes soient pour les patients hospitalisés ou externes. L'activité conventionnelle représente 54% du total des actes de radiologie, toutes techniques confondues.

En secteur IRM, 12 149 actes ont été réalisés en 2013, soit une progression de 7,8% répartie comme suit : +11,3% pour les patients externes et +1,5% pour les patients hospitalisés.

Les activités d'échographie-doppler progressent de 0,7% notamment pour les patients hospitalisés avec +5,4% d'actes. 19 569 actes ont été réalisés.

3 766 actes de sénologie ont été réalisés.

L'activité de radiologie interventionnelle baisse de 9% ; 1 091 actes ont été réalisés. En médecine nucléaire, le nombre d'actes évolue de +0,5% par rapport à 2012, soit 11 625 actes.

L'activité TEP est en augmentation de 12,3% par rapport à 2012 ; 1 455 actes ont été réalisés en public (+1,7%) et 1 352 en privé (+26,6%).

Activité de soins de suite et de réadaptation

Sur une capacité de 122 lits de soins de suite depuis la fusion du Centre hospitalier de Lusignan avec le CHU de Poitiers le 1^{er} janvier 2013, 42 933 journées ont été prises en charge, et ce pour un taux d'occupation de 97%, représentant au total 2 082 entrées au 31 décembre 2013. La durée moyenne d'hospitalisation dans ces unités est de 19 jours pour le site de Poitiers et 32 jours pour le site de Lusignan.

Par ailleurs, 788 entrées ont été réalisées en hospitalisation complète de médecine physique et réadaptation, soit une progression de 1,3% par rapport à 2012. Le taux d'occupation corrigé du jour de sortie est de 93,8%. 2 406 venues en hôpital de jour de médecine physique et réadaptation ont été prises en charge.

Les unités de soins de longue durée USLD

Sur une capacité de 127 lits d'USLD depuis la fusion du Centre hospitalier de Lusignan avec le CHU de Poitiers le 1^{er} janvier 2013, 185 entrées pour 46 924 journées ont été réalisées, soit 101% de la capacité en termes de taux d'occupation. La durée moyenne de séjour dans ces unités est de 145 jours.

L'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)

58 480 journées pour 65 entrées ont été réalisées au 31 décembre 2013 sur les 164 lits d'EPHAD, soit un taux d'occupation de 97,7%.

la plateforme des services et de l'aide à domicile

La Plateforme, informe, accompagne et met en relation... GRATUITEMENT, TOUT PRÈS DE CHEZ VOUS

www.la-plateforme.org

— RÉPOND À TOUTES LES QUESTIONS SUR LE FONCTIONNEMENT DE L'AIDE À DOMICILE...

— RECHERCHE LA STRUCTURE DE SERVICES ADAPTÉE AUX BESOINS DU PARTICULIER...

— ACCOMPAGNE VERS L'EMPLOI DANS LES SERVICES À LA PERSONNE...

GRATUITEMENT !

05 49 61 64 65



Fondation CAISSES D'ÉPARGNE 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

**VOTRE ÉVÉNEMENT
CLÉ EN MAIN**



**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 m²



TERRASSE VÉGÉTALISÉE 145 m²

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

www.centre-conferences-poitiers.com
contact@centre-conferences-poitiers.com - 05 49 886 886



Ayants-droit
de l'Amicale

REJOINDRE UNE BANQUE DIFFÉRENTE, ÇA CHANGE TOUT.

GRÂCE AU PARTENARIAT ENTRE LE CRÉDIT
MUTUEL ET L'AMICALE DU CHU, JE BÉNÉFICIE
D'AVANTAGES SPÉCIFIQUES.

POUR LES DÉCOUVRIR, RENDEZ VOUS DANS UNE
CAISSE DE CRÉDIT MUTUEL

VOS AGENCES PRÈS DE CHEZ VOUS :

28 CAISSES DE CRÉDIT MUTUEL EN POITOU

Crédit Mutuel