

# CHU *magazine*

POITIERS

CHRONIQUE

AIGUE

POST OPERATOIRE

La

# douleur

un combat  
quotidien

MORPHINE

MEOPA

> Troubles de l'équilibre :  
un équipement innovant  
en médecine physique

> Modernisation de la  
maternité : ouverture d'une  
1<sup>re</sup> unité en septembre 2015

> Le CHU pilote du projet  
«traitement chirurgical  
du volet costal»

# DS3 Émeraude Addict

Existe en deux coloris:  
Vert Émeraude pour vous, Vert de jalousie pour les autres



## DS3

À partir de

# 199 €/mois\*

\*Exemple pour la LLD sur 36 mois et 30 000 km d'une DS 3 Puretech 82 BVM Chic, hors option : soit 35 loyers de 199 €, après un 1er loyer de 1 999 €. Offre sous condition de reprise d'un véhicule d'occasion quel que soit son âge. Contrat de garantie et entretien pour 36 mois et 30 000 km (au 1er des deux termes échu) offert (valeur : 756 €). Montants TTC et hors prestations facultatives. Offre non cumulable, valable jusqu'au 31/05/15 réservée aux particuliers, dans le réseau Citroën participant, et sous réserve d'acceptation du dossier par CREDIPAR/Citroën Financement, locataire gérant de CLV, SA au capital de 107 300 016 €, n° 317 425 981 RCS Nanterre, 12, avenue André-Malraux, 92300 Levallois-Perret. Modèle présenté DS 3 PURETECH 82 BVM EMERALDE ADDICT. Prix 20500€



DAP CITROËN POITIERS

151 avenue du 8 mai 1945 – 86000 Poitiers – Tel 05 49 55 80 80

DAP CITROËN BUXEROLLES

92 rue des 2 communes – 86000 Poitiers - Tel 05 49 47 73 38



## 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](http://www.sep86.fr)

## 5 En bref

### 10 Le CHU de Poitiers pilote du projet «traitement chirurgical du volet costal»

*L'établissement se place en chef de file d'une initiative qui comble un manque dans le traitement des fractures costales.*

### 12 Troubles de l'équilibre : acquisition d'un équipement innovant en médecine physique et de réadaptation

*La prise en charge des troubles de l'équilibre et de la posture sera améliorée au CHU par l'aménagement et l'équipement d'une nouvelle salle de bilan et de rééducation.*

### 14 Une vision globale de la personne âgée

*Les patients âgés bénéficient depuis deux ans d'une prise en charge renforcée coordonnée par les services de cardiologie et de gériatrie.*



## 16 Dossier

### La douleur, un combat quotidien

*La prise en compte de la douleur fait partie intégrante des soins au CHU. Les services disposent de moyens et de stratégies larges pour apporter une réponse la plus efficace possible.*

### 26 Plan d'amélioration d'accueil des urgences : les médecins seniors à l'avant-garde

*De nouvelles gardes de médecins dans des spécialités très sollicitées par les urgences, potentiellement vitales, la nuit et le week-end, sont mises en place.*

### 28 Prostate : un laser pour des traitements moins invasifs

*Le laser HPS (High Performance System) du service d'urologie du CHU de Poitiers présente de nombreux avantages pour les patients souffrant de pathologies de la prostate.*



### 32 Thérapies orales : un suivi renforcé du patient pour une meilleure efficacité du traitement

*Entretien puis suivi téléphonique du patient par des infirmières, information renforcée aux acteurs de santé extra-hospitaliers : le dispositif a pour objectif la bonne observance du traitement à domicile des patients du pôle régional de cancérologie.*

### 34 Maternité : une modernisation menée à terme d'ici 2016

*La maternité du CHU de Poitiers a entamé une modernisation des locaux et des prestations de ses deux unités. La première ouvrira dès septembre 2015.*

### 36 En bref

### 30 Unité rachis et neurostimulation : transversalité et décroisement gagnants

*Unique en France, sept chirurgiens orthopédiques et neurochirurgiens forment l'unité fonctionnelle rachis : cette mutualisation des compétences permet une prise en charge optimale de l'ensemble des pathologies.*

La gériatrie, dans un CHU, occupe souvent une place méconnue. Pourtant, avec presque 500 lits sur deux sites, Lusignan et Poitiers, il s'agit d'un pan essentiel des activités mais aussi et surtout de l'organisation des parcours de soins. Ainsi, pour éviter les ruptures dans les étapes d'une maladie ou d'une dépendance, le CHU de Poitiers a délibérément structuré des courts séjours gériatriques, des longs séjours, des soins de suite polypathologiques du sujet âgé et un EHPAD afin d'accueillir rapidement toute personne soignée dans notre établissement, que ce soit en sortie des urgences, après une intervention ou pour une période plus longue. Au-delà du nombre de lits, notre force réside dans la création d'une équipe mobile de gériatrie, composée d'un médecin et d'une infirmière, qui se rend chaque jour, sur demande des praticiens de toutes les autres disciplines, au chevet des patients âgés pour organiser, en moins de 24 heures, le transfert dans un service gériatrique, et ainsi éviter une perte de repères et un allongement de la durée de séjour.

Afin de ne pas limiter la prise en charge de la personne âgée à la seule pathologie qui a causé son hospitalisation, nous créons des unités spécialisées de gériatrie, en cardiologie et en orthopédie. Les soins dispensés respectent alors la personne âgée dans sa globalité.

Par-delà ce large panel de prises en charge adaptées, nous travaillons également avec tous les EHPAD de la Vienne pour accompagner les transferts et les admissions directes en gériatrie et faciliter les retours, par l'intermédiaire d'un binôme gériatre-infirmière qui se rend sur place prévenir les hospitalisations.

Enfin, pour permettre aux personnes âgées de bénéficier des dernières avancées, la recherche, via le centre mémoire de ressources et de recherche et sous l'impulsion d'un PU-PH de gériatrie, irrigue l'ensemble des activités de ce grand pôle.



Jean-Pierre Dewitte, directeur général

## CHU le magazine - n° 70

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 - Assistantes Typhaine Buors, Vanessa Guérin. Ont collaboré à la rédaction Agence de presse AV Communication (Luc-Olivier Dufour, Mélanie Papillaud, Philippe Quintard, Christian Tua)



Photographies Thierry Aimé, Thomas Jelinek - Photogravure et impression Bedi-Sipap Imprimeries (Poitiers) - H8000001  
Publicité ComWest2 - 20-3 rue de la Tranchée - 86000 Poitiers - Tél. 05 16 52 37 89 - Port. 06 81 14 22 06 - Courriel : comwest@sfr.fr

Dépôt légal 2<sup>e</sup> trimestre 2015 - ISSN 1165-4333 - Tirage de ce numéro : 12 000 ex.

## Visite de Manuel Valls au CHU : la recherche clinique mise à l'honneur

«Je ne suis pas inquiet pour l'avenir du CHU de Poitiers !» C'est par ces mots que Manuel Valls a conclu sa visite au CHU, lundi 4 mai. Le Premier ministre s'est rendu au CHU dans le cadre d'un déplacement dans la Vienne pour signer le Contrat de Plan Etat-Région avec Jean-François Macaire, président du conseil régional de Poitou-Charentes. Ce contrat concerne le CHU, puisqu'il comporte le financement d'une partie des équipements du centre neuro-cardio-vasculaire actuellement en cours de construction sur le site de la Milétrie.



Alain Claeys, député-maire de Poitiers et président du conseil de surveillance du CHU, Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU, et François Maury, le directeur général de l'Agence régionale de santé, ont accueilli Manuel Valls devant les urgences du CHU. Le Premier ministre a ensuite commencé sa visite en échangeant avec des soignants des urgences pédiatriques, puis avec le Pr Olivier Mimoz et le Dr Jean-Yves Lardeur du service des urgences adultes, avant de découvrir la salle d'angiographie vasculaire destinée à la neuroradiologie (traitement des caillots, anévrismes...).

Manuel Valls a ensuite participé à une rencontre avec des chercheurs travaillant dans les domaines des neurosciences, des greffes, de la cancérologie, des pathologies cardio-vasculaire et du centre d'investigation clinique (CIC) du CHU.

### La future région dans toutes les têtes

La venue du chef du gouvernement a aussi été l'occasion de souligner que la



perspective de la fusion des régions est une préoccupation importante pour ces chercheurs. Manuel Valls les a écoutés avec attention avant de prendre la parole : «Coopération avec l'Inserm, recherche... Je suis très impressionné. Vous avez une position géographique, une capacité à vous développer et des spécialités qui font

que le CHU de Poitiers joue un rôle très important dans le maillage médical et universitaire français.»

De concert avec Alain Claeys, il a affirmé que «le changement de région ne doit pas être une contrainte mais une chance, et même un accélérateur, notamment pour se tourner vers Bordeaux. Ça va plutôt bien pour votre CHU, il faut continuer.»

→ Lire l'article complet sur [chu-poitiers.fr](http://chu-poitiers.fr)

### Portes ouvertes : le chantier du centre neuro-cardio-vasculaire s'est dévoilé au public

Environ 300 visiteurs sont venus découvrir le chantier du nouveau centre neuro-cardio-vasculaire (NCV) du CHU de Poitiers lors des portes ouvertes qui se sont déroulées samedi 11 avril sur le site de la Milétrie. Cet immense chantier, débuté en 2013, situé juste derrière le satellite de la tour Jean-Bernard, a également accueilli Alain Claeys, député-maire de Poitiers et président du conseil de surveillance du CHU.

Il a fait la visite en présence de Jean-Pierre Dewitte, directeur général, du Pr Pierre Corbi, coordonnateur du pôle cœur-poumons, et de Nathalie Dubouilh, architecte du cabinet parisien Behrend Centdegrés Architectures.

Au fil de la visite, les curieux ont rencontré les architectes, ainsi que des représentants de plusieurs entreprises œuvrant sur le chantier : Sogea pour le béton, Spie, Ineo et Bougnoteau pour l'électricité, Hervé thermique pour l'installation thermique et Vallée pour les travaux de finitions (peintures, sols...). Ils ont tour à tour présenté les caractéristiques du chantier et les défis technologiques qu'ils ont dû relever pour répondre à son cahier des charges.

Ainsi, Jean-Philippe Maret, conducteur de travaux principal chez Sogea, a expliqué que son entreprise a développé une méthode spéciale pour couler deux voiles (murs) séparées de six centimètres l'une de l'autre afin de répondre aux normes antisismiques spécifiques au CHU.

Le bâtiment, d'un coût total de 66 millions d'euros, sera livré début 2017. Il sera dédié aux activités neuro-cardio-vasculaires au sein du CHU de Poitiers. Il permettra en premier lieu de réunifier les activités de court séjour et de réanimation de l'établissement, aujourd'hui localisées dans le pavillon René-Beauchant pour les activités de cardiologie et de chirurgie cardiaque. En second lieu, en réunissant les compétences en cardiologie, en médecine vasculaire, en chirurgie cardiaque et vasculaire, en neuro-chirurgie et en neuro-radiologie, le centre NCV consolidera la dimension régionale du CHU dans le domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche.



### Soirée d'échange hôpital-libéraux : une formation pédiatrique pour renforcer les liens

La soirée d'information des infirmières libérales qui s'est déroulée le 4 novembre au CHU de Poitiers était axée sur les soins de l'enfant. Pour cette sixième rencontre libéraux-hôpital, une cinquantaine de professionnelles venues des quatre coins de la Vienne et des départements limitrophes avaient répondu présentes. Catherine Pouzet, cadre de santé des urgences pédiatriques, et Vanessa Kiev, infirmière puéricultrice, ont présenté un projet de formation visant à développer la prise en charge des gestes et soins techniques en pédiatrie dans le secteur libéral. Un sujet suggéré par les infirmières libérales lors des précédentes réunions. La formation s'effectuera au sein du CHU et sera délivrée par des infirmières et médecins travaillant en pédiatrie. Au-delà de l'apprentissage d'un geste spécifique, elle vise à renforcer le lien ville-hôpital, le tout au service des patients. Les libérales semblent convaincues par l'intérêt de cette formation : «*Nous avons envie de la faire car elle va nous permettre de voir un geste technique mais surtout d'aborder la psychologie de l'enfant. Cela pourrait nous permettre de traiter plus d'enfants*», assurent les infirmières du cabinet Breton, Ratout et Romero, à Cenon-sur-Vienne. Pour d'autres, c'est aussi l'occasion de mettre à jour leurs compétences, mais aussi de pouvoir se retrouver entre libérales.

→ Lire l'article complet sur [chu-poitiers.fr](http://chu-poitiers.fr)



## Opération Pièces jaunes : visite de Bernadette Chirac au CHU

Bernadette Chirac, présidente de la fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, est venue visiter le service de pédiatrie et la Maison des familles du CHU de Poitiers, vendredi 16 janvier, dans le cadre du lancement de l'opération Pièces jaunes. Elle a été accueillie par Jean-Pierre Dewitte, le directeur général, le Dr Michel Berthier, médecin pédiatre et président de l'association Un Hôpital pour les enfants, le Dr Frédéric Millot, responsable de l'unité d'oncologie pédiatrique, et de Ghislaine Marcault, cadre supérieur de santé du pôle femme-mère-enfant. Une classe de CE2 de Montamisé lui a récité des poèmes évoquant les enfants hospitalisés. Elle a ensuite rejoint le 9<sup>e</sup> étage de la tour Jean-Bernard où de nombreux projets ont été financés par l'opération Pièces jaunes : mobilier de l'espace ados, de la ludothèque, de l'espace parents...

### 77 projets financés au CHU de Poitiers

Accompagnée du chanteur Corson, elle s'est ensuite rendue à la maison des familles, où elle a retrouvé Alain Claeys, le député-maire de Poitiers et le président du conseil de surveillance du CHU. La maison des familles, reconstruite en 2014, a bénéficié du soutien de l'opération Pièces jaunes à hauteur de 100 000 euros. Lors des discours, Jean-Pierre Dewitte n'a pas manqué de remercier Bernadette Chirac et la fondation qu'elle représente, rappelant qu'environ 800 000 euros d'aides ont été versés au CHU en 22 ans grâce aux pièces jaunes. Pour Bernadette Chirac, cette visite était importante : «*Elle me tenait à cœur, car il y a un lien particulier entre le CHU de Poitiers et la fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, qui a financé 77 projets ici.*»

→ Lire l'article complet sur [chu-poitiers.fr](http://chu-poitiers.fr)



### Coopération internationale : le CHU vient en aide aux hôpitaux ukrainiens

Un don d'une dizaine de lits électriques réformés, des pousse-seringues, des potences et du linge de lit a été offert par le CHU de Poitiers, dans le cadre de son activité humanitaire, à l'association d'Aide médicale et caritative (AMC) France-Ukraine, le 27 janvier dernier.

→ Lire l'article complet sur [chu-poitiers.fr](http://chu-poitiers.fr)

# Relation hôpital-libéraux : des outils de communication qui rapprochent

Depuis le mois de juillet 2014, le CHU de Poitiers communique par messagerie sécurisée avec les médecins libéraux du Poitou-Charentes quand leurs patients y sont hospitalisés.

Notifications d'hospitalisation, de décès à l'hôpital, comptes rendus de passage aux urgences et résultats de biologie sont envoyés par voie électronique aux médecins traitants ayant activé leur messagerie Esanté. Ce service s'est encore amélioré en janvier puisque la lettre de sortie, le résumé de l'hospitalisation et les données diagnostiques et thérapeutiques de leurs patients sont également transmis via cette messagerie.

En 2011, le CHU avait déjà mis en place un service innovant à destination des médecins libéraux de la région : un serveur téléphonique professionnel nommé CHU recours 86. Il permet de rentrer en contact direct avec un médecin senior d'une spécialité de l'hôpital. Tous ces outils s'intègrent parfaitement dans la politique de l'établissement en faveur des libéraux, médecins et infirmiers.

Eric Sury, président de la conférence sanitaire de territoire de la

Vienne, médecin généraliste et maître de stage des universités, a été un des premiers utilisateurs de la messagerie Esanté : «*Avant, les délais pour recevoir ces notifications comme le courrier de sortie de l'hôpital ou le traitement médical de sortie étaient longs. Souvent, c'était les patients eux-mêmes qui nous en informaient. C'est donc un gros progrès et je pense que si les médecins en étaient mieux informés, ils l'utiliseraient tout de suite. Idem pour le serveur téléphonique qui fonctionne bien.*» Eric Sury a d'autres idées pour améliorer les relations entre les libéraux et le CHU : «*Il faudrait créer une entrée rapide, directe, sans passer par les urgences, pour les hospitalisations. Je sais que c'est difficile techniquement car il y a souvent un manque de médecin dans les*

*services, mais ça ferait gagner du temps aux patients. De même, pour les délais des prises de rendez-vous dans les spécialités qui sont souvent très longs.*» Il insiste sur le fait qu'il ne faut pas que l'hôpital mette

en difficulté les libéraux : «*Parfois, les patients sortent du CHU sans bon de transport ou sans arrêt de travail et sont obligés de venir nous voir pour ça. Il y a aussi le problème des prescriptions hors AMM (autorisation de mise sur le marché) qui nous mettent souvent en porte-à-faux*

*et nous obligent parfois à rembourser la Sécurité sociale.*» En outre, il apprécie les réunions de travail entre les libéraux et le CHU, qui permettent à chacun d'avancer et de mettre à plat les problèmes.

## «C'est en discutant et en se rencontrant qu'on progresse»

Claude Berrard, président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et médecin généraliste, partage l'avis de son confrère : «*Les outils mis en place par le CHU répondent bien aux attentes des généralistes car notre principal problème, c'est le temps, et ces outils nous en font gagner. Cela faisait d'ailleurs des années que nous les réclamions, c'est donc un énorme progrès.*» Le Dr Berrard, qui visite ses patients hospitalisés le jeudi, peut compter sur les informations transmises par le CHU pour ne plus commettre d'impair. «*Parfois, j'avais de mauvaises surprises à l'hôpital. Je n'étais pas au courant de certains décès ou de certaines sorties.*» Il utilise aussi le serveur téléphonique régulièrement : «*C'est presque très bien, l'idée est très bonne, mais la réalisation n'est pas encore parfaite dans tous les services. Les spécialistes du CHU ne sont pas toujours attentifs à ce numéro. Il faudrait aussi que les généralistes prennent l'habitude d'appeler ce serveur.*» Le médecin suggère un autre outil qui pourrait lui faire gagner du temps : la mise en place d'un système permettant aux secrétaires du CHU de savoir que les patients appellent de la part de leur généraliste pour une

urgence. «*Actuellement, les patients nous appellent pour nous demander de prendre un rendez-vous pour eux, car les secrétaires refusent de leur en donner un. D'ailleurs, les spécialistes du CHU devraient réserver un ou deux créneaux par jour aux urgences, comme le font déjà beaucoup de généralistes.*» Par ailleurs, il apprécie les réunions régulières entre les libéraux et le CHU. «*Ces dernières années, la relation entre les généralistes et l'hôpital s'est beaucoup améliorée. C'est en discutant et en se rencontrant qu'on progresse*», conclut-il.

Le Pr Jean-Philippe Neau est le chef du pôle neurosciences au CHU de Poitiers. Il est également chef du service neurologie, un des plus sollicités par la plateforme d'appel CHU recours 86. Praticien depuis plus de trente ans au CHU, il connaît très bien la majorité des libéraux qui appellent, il les a parfois eus comme étudiant. «*La plupart exercent dans la Vienne. Ils nous appellent surtout pour nous demander un avis sur des patients atteints d'épilepsie, de la maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques. Face à une crise, ils se demandent parfois quoi faire. Ce serveur est très efficace quand on connaît déjà le patient. Quand on ne sait pas répondre, on assume et on demande au médecin d'envoyer son patient aux urgences. Ils nous sollicitent aussi quelquefois pour accélérer des délais pour un rendez-vous en imagerie, pour avoir un scanner en urgence par exemple.*» Dans le service de neurologie, huit médecins seniors se relaient pour répondre aux appels des libéraux.

**Inauguration : 35 lits de SSR à Lusignan**

Lundi 8 décembre, le CHU a inauguré la nouvelle unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) sur le site de Lusignan. Renforcée de 14 lits, elle comprend aujourd'hui 35 lits de soins de suite et réadaptation gériatriques et polyvalents, dont 5 lits dédiés aux patients en état végétatif chronique. «*Les soins de suite et de réadaptation constituent le centre névralgique de la filière gériatrique. Les lits de SSR symbolisent la convergence des compétences d'une équipe pluridisciplinaire de soignants, médecins et paramédicaux (kinés, ergothérapeutes, diététiciens, orthophonistes, psychologues, assistantes sociales...).* Tous participent à l'accompagnement des patients dans un moment capital de leur parcours après une prise en charge médicale ou chirurgicale : soit vers le retour à domicile, avec un plan d'aide optimisé impliquant réseaux et HAD, soit vers une structure adaptée», a rappelé le Pr Marc Paccalin, chef du pôle de gériatrie. A noter que le CHU compte également 101 lits de soins de suite et de réadaptation sur le site de la Milétrie à Poitiers, dont 10 dans l'unité cognitivo-comportementale et 14 dédiés aux SSR de neurologie. La coordination des lits SSR est réalisée avec le logiciel Via Trajectoire.



Sandrine Baudry, cadre supérieur de santé du pôle de gériatrie, Jean-Michel Clément, député de la Vienne, Alain Claeys, président du conseil de surveillance, le Pr Marc Paccalin, René Gibault, membre du conseil de surveillance et maire de Lusignan, Cécile de Bideran, venue représenter François Maury, directeur général de l'ARS Poitou-Charentes, et Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU, ont symboliquement coupé le ruban (de gauche à droite sur la photo). Le directeur général et les officiels ont unanimement salué le succès de la fusion du centre hospitalier de Lusignan avec le CHU de Poitiers officialisée en janvier 2013. La nouvelle unité de soins de suite et de réadaptation de Lusignan vient s'ancre pleinement dans cette démarche : une offre de soins de proximité, coordonnée, répondant aux besoins grandissants d'une population vieillissante, permettant de surcroît la création de 20 nouveaux emplois. L'inauguration a enfin donné l'occasion de remettre en lumière l'engagement des équipes de soins et des familles, sans qui ce parcours de la personne âgée vers un regain d'autonomie serait impossible.

## Questions à... Philippe Page, neurochirurgien

Le Dr Philippe Page a rejoint le service de neurochirurgie du Centre hospitalier universitaire de Poitiers le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

***Vous arrivez à Poitiers après 18 ans d'exercice à Sainte-Anne à Paris, quelles sont vos motivations ?***



Je suis parisien d'origine, mais je connais bien Poitiers et son CHU pour y avoir passé mon internat, partagé entre un an de pratique à Angoulême et quatre années à Poitiers en neurochirurgie, dont six mois dans le service de neurologie. Après une année de DEA sur le thème de la régénération du faisceau cortico-spinal du rat, j'ai pris mon premier poste en 1997 au Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris, où je suis resté jusqu'à fin 2014. J'ai récemment participé au projet ESTIMET, conduit par le Pr Philippe Rigoard à Poitiers, sur la stimulation médullaire. Après quasiment 20 ans à Paris, j'ai eu envie de changement. Ayant gardé des liens avec l'équipe de neurochirurgie, je me suis naturellement tourné vers le

CHU de Poitiers.

***Quelles spécialités avez-vous développées ?***

A Sainte-Anne, j'ai commencé par une activité soutenue en rachis, et je me suis peu à peu spécialisé en oncologie dans la prise en charge des tumeurs cérébrales de toute nature. Je m'intéresse aussi beaucoup au traitement de la douleur, en particulier à la stimulation médullaire. Sainte-Anne est le premier centre à Paris pour la pose de neurostimulateurs, j'y ai implanté plus d'une centaine de patients souffrant de douleurs chroniques.

***Quelle est aujourd'hui votre activité au CHU de Poitiers ?***

Actuellement, j'interviens essentiellement en oncologie et je pratique un peu de rachis non instrumenté. A terme, mon activité principale sera davantage orientée vers la prise en charge de la douleur et l'oncologie. Le but de ma présence est également de développer la radiochirurgie en collaboration avec l'équipe de radiothérapie du CHU, avec le Dr Antoine Berger. Il s'agit d'un projet régional – et même interrégional – nouveau dont le lancement est prévu pour 2017. En parallèle, je m'appête à prendre part aux projets de recherche clinique en cours au CHU sur la stimulation médullaire.


**Journées des manipulateurs radio : la cancérologie fédère les disciplines**

Les 56<sup>e</sup> Journées scientifiques des manipulateurs d'électroradiologie médicale se sont déroulées au Palais des congrès du Futuroscope, du 20 au 22 mars. Organisées par l'Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (Afppe), ces journées avaient pour thème central la cancérologie. Un millier de manipulateurs et d'étudiants de cette spécialité venus de toute la France, mais aussi du Burkina Faso et de Tunisie, ont assisté à ces trois jours de conférences, d'ateliers pratiques et de tables rondes.

→ Lire l'article complet sur [chu-poitiers.fr](http://chu-poitiers.fr)

**GOLF du Haut-Poitou & Table du Golf**  
Saint-Cyr (86)

*Sport & Plaisir*



**Nouveauté Restaurant ouvert V.S.D. soirs**

Restaurant ouvert à TOUS - le midi, 7J/7, ainsi que les vendredis, samedis et dimanches soirs, de mai à septembre - 05 49 626 670

86130 SAINT-CYR 05 49 625 362 www.golfduhautpoitou.com

Offre Privilège Personnel du CHU de Poitiers  
*\*Sur présentation de ce coupon*

- 20% Sur toutes les montures

- 10% Sur les verres correcteurs

Vérification gratuite de la vue

**0**

Tiers Payant Mutuelle dont M.H.V

- 20% Sur les lunettes de soleil

- 10% Sur les lentilles de contact

**0** *Optique du Palais - XAVIER DEBOUY*  
3, rue Gambetta - 86000 Poitiers  
Tel : 05.49.41.21.85

Ouvert du Mardi au Samedi de 10h00 à 19h00

**SPIE** **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

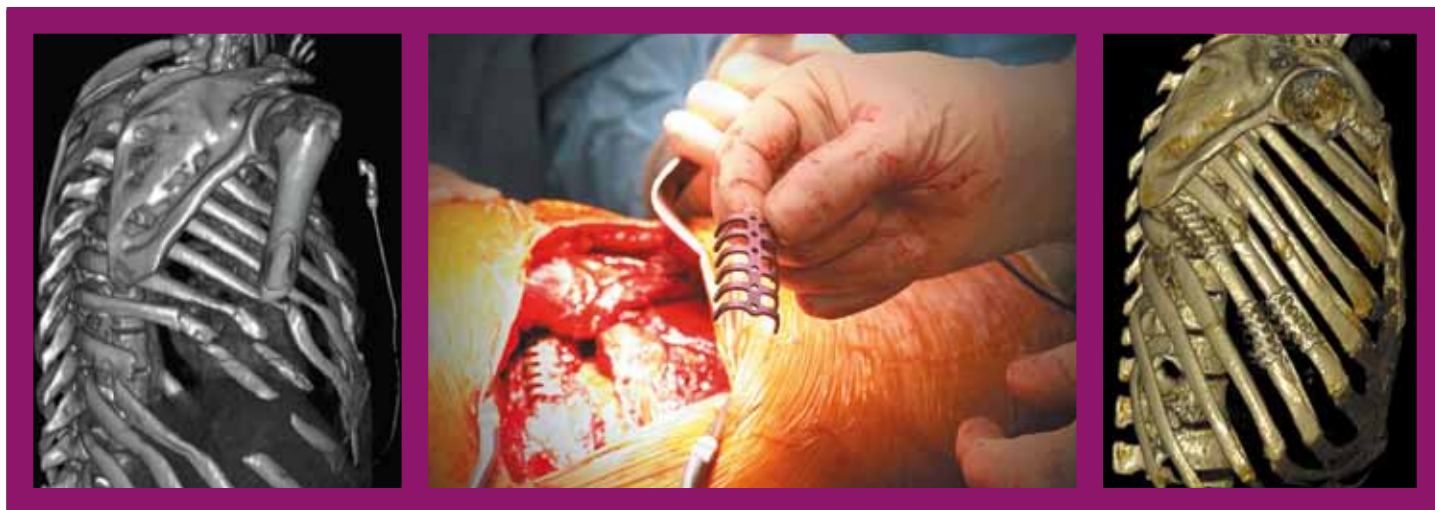


**LE CRÉDIT MUTUEL ASSURE TOUT CE QU'IL Y A DANS VOTRE HABITATION, MÊME VOTRE ORDINATEUR.**

**Crédit Mutuel**

Contrats d'assurances souscrits auprès de ACM (APD S.A., ACM VIE S.A., entreprises régies par le code des assurances) et MTRL, Mutuelle Nationale relevant du Livre II du code de la Mutualité.

# Le CHU de Poitiers pilote du projet «traitement chirurgical du volet costal»



A gauche, des côtes cassées. Au centre, la pose d'agrafes costales. A droite, les agrafes posées.

Avec l'agrément du projet de recherche médico-économique (PRME) «EMVOLS» dont il assure la promotion, le CHU de Poitiers se place en chef de file d'une initiative qui comble un manque dans le traitement des fractures costales.

« La côte était jusqu'ici le seul os qui ne se réparait pas », observe le professeur Christophe Jayle, chirurgien thoracique et cardio-vasculaire au CHU de Poitiers. Cette fracture est une affection aiguë et le manque de dispositifs permettant de maintenir l'os pendant sa réduction entraîne parfois des complications :

## Le volet thoracique

Une chute, un accident de voiture, de moto a souvent pour conséquence une lésion multiple accompagnée de difficultés respiratoires. Laisser les fractures se remettre d'elles-mêmes est une possibilité. L'agrafe titane ouvre des perspectives prometteuses, notamment le raccourcissement de l'hospitalisation (moins trois jours en réanimation, moins dix jours en tout).

déformation, douleurs, difficultés respiratoires, retard de consolidation, pseudarthrose. Après deux ans de préparation, le projet de recherche médico-économique pour la pose d'agrafes réparatrices de ce type de fracture vient d'être validé à tous les niveaux nécessaires (direction générale de l'organisation de soins, ministère, Comité de protection de la personne, et bientôt Agence nationale de sécurité du médicament). En liaison avec 14 autres CHU, et sous la houlette du chirurgien poitevin, le PRME EMVOLS permettra d'évaluer doublement la pertinence de ce système innovant d'agrafes Stratos® posées sur les côtes cassées.

Le protocole thérapeutique est précisément cadré, « nous l'avons défini en liaison avec les autorités de tutelle », dit Christophe Jayle. Il a également été validé par un service extérieur, en l'occurrence une équipe du CHU de Marseille

comprenant un chirurgien thoracique (Pr Pascal-Alexandre Thomas) et un réanimateur (Pr Marc Léone), une économiste de la santé (Pr Isabelle Durand-Zaleski) et un bio-statisticien (Pr Pierre Ingrand). Pour être mis en œuvre, il implique d'une part un fracas important (au moins trois côtes cassées, en deux endroits différents), d'autre part que le patient soit majeur et donne son consentement. L'intérêt de cette étude, qui va durer deux ans, réside dans la double dimension du projet de recherche. D'une part, il permettra de confirmer – ou d'infirmer – la pertinence thérapeutique du traitement chirurgical. D'autre part, son volet économique apportera des informations précieuses sur l'intérêt de ce choix thérapeutique en termes de santé publique. En effet, si les agrafes ont un coût important – elles sont en titane ce qui leur donne à la fois résistance et souplesse –, l'évaluation globale pourrait déboucher sur une prise en charge par l'Assurance maladie. Chaque année, en France, entre 2 000 et 2 500 personnes sont victimes d'un gros fracas costal.

### Attachés de recherche

Jusqu'ici financièrement soutenu par le CHU de Poitiers, sur son enveloppe consacrée à l'innovation, le procédé a déjà été mis en œuvre sur une cinquantaine de patients. «L'analyse de ces premières données nous a permis de valider nos

### Une étude randomisée

Dans un premier temps, un accord de participation est demandé aux personnes susceptibles d'être opérées avec agrafe-titane, ou de leur représentant. Puis une répartition aléatoire des patients entre groupe témoin et groupe expérimental est effectuée, nécessaire pour éviter tout biais. Les dossiers sont anonymes.



différentes hypothèses», souligne le professeur Jayle. Les améliorations alors observées en termes de durée d'hospitalisation, de séjour en réanimation, de respiration facilitée ont permis de donner l'élan nécessaire pour passer au stade deux de cette étude. La définition de la méthode, les jalons déontologiques, le matériel nécessaire, la procédure de collecte harmonisée des observations sur les différents patients répartis dans 15 établissements différents mais aussi la méthodologie d'analyse et de comparaison ont fait l'objet de nombreux travaux préparatoires qui ont débouché sur la rédaction du protocole. Des tablettes tactiles seront utilisées pour le suivi médical. Ainsi 155 patients seront traités selon la méthode agrafe-titane et le second groupe – qui compte le même nombre de patients – sera soigné avec les méthodes conventionnelles (traitement symptomatique de la douleur et des défaillances respira-

toires). «La comparaison des résultats dans ces deux groupes va nous éclairer sur les avantages et les limites de chacun des procédés», ajoute le Pr Jayle.

Doté d'un financement global de 2,4 M€, dont un tiers pour l'acquisition de matériels et logiciel, le PRME entrera prochainement dans sa phase concrète. Les équipes médicales sont à pied d'œuvre dans les différents établissements. Un coordonnateur d'étude clinique, un data manager, un ingénieur bio-informaticien et des attachés de recherche clinique sont en cours de recrutement (cinq équivalents temps plein). Le coût des examens supplémentaires liés à la recherche, les études sur la douleur et la qualité de vie, l'évaluation fonctionnelle des patients sont inclus dans l'enveloppe. ■

La prise en charge des troubles de l'équilibre et de la posture sera améliorée au CHU par l'aménagement et l'équipement d'une nouvelle



Le Video Head Impulse Test

# Troubles de l'équilibre : acquisition d'un équipement innovant en médecine physique et de réadaptation

salle de bilan et de rééducation. De nombreux patients sont concernés tant les origines de ces troubles posturaux peuvent être diverses.

« La régulation de l'équilibre est un système complexe », comme l'explique le Dr Anne Jossart. Ces troubles se manifestent de diverses manières, dont des instabilités, des vertiges, des étourdissements... « Ils entraînent chez la personne une obligation de limiter ses activités et donc un handicap. » Pour bien comprendre et analyser ces troubles invalidants, le matériel de « bilan et de rééducation » vestibulaire et postural a une grande importance. Ce matériel existe dans le service de médecine physique et réadaptation (MPR) Maurice-Salles, depuis quelques années. Il se modernise aujourd'hui par l'acquisition de

nouveaux appareils et le doublement de la surface de la salle qui l'accueille. Cet équipement va permettre de progresser dans la qualité et l'objectivité des mesures afin de proposer une rééducation plus optimale s'appuyant sur des axes thérapeutiques novateurs. « Le projet médical vise ainsi à renforcer l'expertise dans ce domaine sans se substituer aux autres prises en charge. » Les bilans proposés s'adressent aux pathologies complexes (ORL et neurologiques) nécessitant un affinement du bilan rééducatif mais aussi aux symptomatologies résistantes à un traitement bien conduit en ambulatoire. A la suite du bilan effectué dans le service, le patient pourra être réorienté si possible en ambulatoire (au plus près de son domicile) avec une proposition de pistes rééducatives ; ou sera pris en charge en hôpital de jour si son état de santé nécessite le recours au matériel innovant et à la participation de plusieurs intervenants (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, appareilleur...). L'expertise acquise et les investissements ainsi réalisés pour l'équipement par le CHU ouvrent la voie vers un partenariat régional autour de l'axe équilibre, posture et vertiges. De nouveaux projets de recherche seront rendus possibles et permettront de prolonger l'élan déjà acquis par le service dans ce domaine. ■



## Le nouveau matériel et son apport

L'équipement global de la salle comprend divers appareils et logiciels.

– La vidéo-nystagmographie sans fil et adaptée à la rééducation.

– Le Video Head Impulse Test, qui permet d'évaluer individuellement les six canaux semi-circulaires (notamment les verticaux impossibles à tester cliniquement) ainsi que la réapparition de saccades oculaires annonciatrices de recouvrement de la fonction vestibulo-oculaire.

– Le matériel d'évaluation et de rééducation de l'activité visuelle dynamique permet de suivre chez le patient sa capacité à reconnaître des objets pendant les mouvements très rapides de la tête.

– La posturographie dynamique en faisant varier l'inclinaison de la plateforme place le patient dans des conditions d'instabilité très variées tout en mesurant la qualité de son équilibre dans ces situations. Des impulsions verticales permettront également de stimuler les macules otolithiques (difficilement évaluables en pratique clinique).

«Les progrès induits par les caméras haute fréquence et les logiciels d'acquisition et de traitement des images vont décupler la performance du système de bilan qui sera plus objectif et mieux quantifié, explique Thierry Le Dinahet, cadre de santé kinésithérapeute. L'archivage électronique permettra de mieux suivre et adapter la rééducation du patient selon son évolution.»



## L'évaluation du contrôle postural et prise en charge

### Particularités du système d'équilibration

Il sert à adapter la position du corps dans l'espace pour permettre les activités – en statique ou en situation dynamique.

Il utilise des capteurs sensoriels (vestibule, vision, plante des pieds), un système d'intégration des signaux situé à différents niveaux du système nerveux central et un système effecteur (système musculo-squelettique, dont les muscles oculomoteurs).

Le champ visuel et la vision périphérique assurent des repères pour s'orienter et se stabiliser.

Le système vestibulaire joue un rôle important dans l'équilibration car il assure la stabilité de la scène visuelle observée.

Les informations plantaires somesthésiques participent à la perception de la position du corps par rapport à la verticale.

Pour qu'une personne soit en équilibre, il faut que sa position soit en permanence adaptée à la situation, par des ajustements réguliers (anticipation et rétroaction) et parfois peu visibles de sa posture. En cas de dysfonctionnement il apparaît différents symptômes : oscillopsies (sensation permanente de mouvement visuel), vertiges, déviations posturales, déséquilibres auxquels s'ajoutent parfois des nausées.

### L'évaluation

En plus de l'examen clinique habituel, une évaluation spécifique de la fonction vestibulaire et globale de la fonction posturale est effectuée.

L'étude du réflexe vestibulo-oculaire (RVO) est une des phases importantes du bilan de rééducation des troubles de l'équilibre et des vertiges.

Cependant, l'analyse à l'œil nu pendant des déplacements rapides de la tête dans l'espace des mouvements oculaires engendrés par le RVO est très difficile à réaliser par l'observateur. En effet, ces mouvements se produisent le plus souvent sous forme de nystagmus qui peuvent être très rapides et de très faible amplitude.

Cette analyse sera facilitée par l'utilisation de caméras à haute fréquence. En perturbant les afférences sensorielles (visuelles et somesthésiques plantaires), l'analyse par posturographie statique et dynamique mesure les ajustements posturaux et évalue l'organisation sensorielle du patient. En mesurant l'impact de chacune des afférences pour s'équilibrer, il est possible de définir les objectifs rééducatifs adaptés.

### Programme multi-sensoriel

Il consiste en une rééducation qui repose sur une stimulation des afférences sensorielles dans des conditions variées et répondant aux besoins du système nerveux central pour mettre en place des mécanismes de compensation et de substitution. Ce type de prise en charge après diagnostic médical précis repose sur l'intervention de plusieurs métiers de la rééducation : kinésithérapeute, ergothérapeute, appareilleur...

Le recours au nouveau matériel de posturographie dynamique permettra l'utilisation d'exercices avec feed-back visuel ou simulation de situations variées (foule, déplacement sur autoroute...), en exposant le patient à de multiples situations de la vie quotidienne.

Au final, la panoplie des rééducations possibles sera élargie et plus adaptée à chacun.



## Une vision globale de la personne âgée

Les patients âgés bénéficient depuis deux ans d'une prise en charge médico-sociale par les services de cardiologie et de gériatrie qui permet de mieux appréhender les polyopathologies. Questions au professeur de cardiologie Joseph Allal et au médecin gériatre Fabienne Bellarbre.

### Recherche

La cardiologie du sujet âgé est un vaste champ de recherche pour les cardiologues, comme pour les gériatres. «*Plusieurs thèses ont été soutenues et d'autres sont en cours à Poitiers sur le sujet*», observe le Pr Allal. La recherche clinique bénéficie de cette synergie et une volonté s'exprime de part et d'autre pour élaborer et concrétiser d'autres sujets de recherche.

**A**vec le recul, quel regard portez-vous sur cette organisation ?

**Joseph Allal** – Nous étions face à un défi : trouver une solution au goulet d'étranglement qui s'annonçait du fait que de nombreuses personnes âgées présentent des signes d'insuffisance cardiaque, que nos interventions sont de plus en plus techniques et que ces patients sont touchés par des affections multiples qui impliquent une prise en charge globale. Aujourd'hui cela fonctionne, la mise en

commun des compétences a produit des effets positifs. Nous avons constaté notre aptitude à rompre avec des habitudes anciennes et c'est d'une grande pertinence médicale.

**Fabienne Bellarbre** – Nous savions que les personnes âgées rencontrent souvent d'autres problèmes, en plus de leur affection cardiaque. Cette organisation qui les prend en charge dans la globalité se révèle efficace et productive. Elle est différente parce que les regards sont croisés. Par exemple, pour la prescription des médicaments, elle permet de s'adapter au profil gériatrique du patient.

#### *Concrètement, qui fait quoi ?*

**J. A.** – L'entrée des patients s'effectue par les urgences cardiologiques ou l'unité de soins intensifs de cardiologie, sous l'égide d'un médecin cardiologue. Ceux qui ont plus de 75 ans sont ensuite admis en cardio-gériatrie pour une durée d'hospitalisation moyenne de dix jours avant les soins de suite et de réadaptation. Les relations avec le pôle de gériatrie du Pr Marc Paccalin sont constantes, et nous faisons les bilans en commun.

**F. B.** – L'interne de cardiologie est présente au quotidien, il y a une visite conjointe par semaine avec le référent cardiologue du service le Dr Pascale Raud-Raynier et moi-même. Nous intervenons également régulièrement pour avis en cardiologie. L'évolution la plus notable à mon sens, outre les réunions régulières en commun, c'est l'échange permanent de connaissances entre nos disciplines. J'observe que bénéficier d'une équipe pluridisciplinaire médicale (médecins gériatres et leurs nombreuses spécificités – plaies, chutes, mémoire, etc. –, cardiologues, psychiatres) et paramédicale (infirmières, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales...) permet un enrichissement pour chacun. Enfin, cette démarche concertée et cohérente donne de bons résultats pour les patients.

#### *Quelle sera la prochaine étape ?*

**J. A.** – Les travaux de recherche qui sont d'une certaine manière «à cheval» sur les deux disciplines existent et sont amenés à se développer. Nous travaillons aussi sur un projet neuro-cardio-vasculaire qui devrait se concrétiser d'ici 2017.

**F. B.** – Dans la discipline gériatrique, la sémio-

logie est particulière et les patients très hétérogènes dans leur profil gériatrique. Depuis deux ans, nous avons évolué dans notre approche et modifié certaines de nos pratiques dans le traitement des pathologies cardiaques de nos sujets âgés. Aujourd'hui, nous sommes prêts à étendre cette expérience à d'autres collaborations interdisciplinaires. ■



# La douleur, un combat quotidien

La prise en compte de la douleur, qu'elle soit chronique ou aiguë, est partie intégrante des soins au CHU. Aidés dans leur combat quotidien par le comité de lutte contre la douleur ou par le centre d'étude et de traitement de la douleur, les services disposent de moyens et de stratégies larges pour apporter une réponse la plus efficace possible qui va du simple antalgique jusqu'à la neurochirurgie en passant par des techniques alternatives de type hypnose ou acupuncture.

« **L**a douleur ne doit pas être une fatalité », tel était le mot d'ordre de Bernard Kouchner alors secrétaire d'Etat à la Santé lors du lancement en 1998 du premier plan anti-douleur. Depuis un long chemin a été parcouru via les réformes successives du code de santé publique et du code de déontologie médicale, la loi du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, et les trois plans de lutte contre la douleur. Aujourd'hui, la prise en charge de la douleur est partie intégrante des soins. Le praticien doit s'efforcer de mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour soulager au mieux les patients. Et le code de santé publique est

clair sur ce point : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » (article L1110-5) « Toutefois, nous n'avons pas attendu une loi pour prendre en charge la douleur des patients, souligne le Dr Hervé Lanquetot, coprésident du comité de lutte contre la douleur (CLUD), mais il est toujours intéressant que soit mis en exergue la priorité des patients. »

Le CHU de Poitiers a très tôt pris conscience de l'importance de cette prise en compte de la douleur. En 1998, il a été un des premiers centres en France à avoir créé un centre d'étude et de traitement de la douleur. Chaque année, ce centre

accueil près de 6 000 patients de toute la région et de ses environs.

### **La douleur, les mécanismes générateurs**

En matière médicale et scientifique, la douleur se définit de la façon suivante : «*C'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage*», précise le docteur Bakari Diallo, responsable du centre d'étude et de traitement de la douleur.

De cette définition découlent les différents mécanismes générateurs de la douleur. La douleur peut être nociceptive, c'est un signal d'alarme en réponse à une agression contre l'organisme comme par exemple une brûlure. Un message est envoyé au cerveau pour l'alerter de cette agression. Elle peut être neuropathique : il s'agit d'une douleur consécutive à une lésion nerveuse. Cette lésion provoque un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. Et elle peut être aussi psychogène, il s'agit alors de douleurs psychologiques.

Elle se caractérise également par deux états : aiguë ou chronique. Dans le premier cas, elle est vive, immédiate et souvent brève et est d'origine traumatique ou postopératoire ou peut être provoquée par certains soins. Dans le second cas, c'est une douleur qui s'avère rebelle aux traitements usuels pendant plus de trois à six mois. En fonction, la prise en charge ne sera pas la même.

Les services peuvent s'appuyer pour combattre la douleur sur un arsenal thérapeutique large : antalgiques modérés à sévères, ce qui va du paracétamol et anti-inflammatoires (pallier 1) à la morphine ou aux dérivés morphiniques (pallier 3) en passant par les antalgiques opiacés faibles (pallier 2). Les administrations peuvent être diverses : orales, intraveineuses, contrôlées par le patient

(PCA). Dans des cas spécifiques, des techniques d'anesthésies comme les péridurales antalgiques ou les infiltrations rhumatologiques peuvent être appliquées. Dans d'autres situations, les praticiens ont recours à des gestes plus invasifs de neurochirurgie menés au sein de l'unité rachis. A cela s'ajoutent des techniques de médecine alternative comme l'hypnose, l'homéopathie, l'acupuncture ou encore la sophrologie.

### **Le CLUD, une aide stratégique à l'amélioration de la prise en charge de la douleur**

S'il existe des standards reconnus de traitements (protocoles, recommandations, outils d'évaluations...), il n'y a pas de système unique de prise en charge de la douleur applicable à l'ensemble de l'établissement. Le traitement de la douleur incombe à chaque service. Toutefois, ils sont accompagnés dans leur démarche par le comité de lutte contre la douleur. Son rôle : mettre en place une stratégie cohérente et adaptée d'aide à l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique. «*Il s'agit d'un centre de réflexion et de propositions*, précise Hervé Lanquetot,



Acupuncture

co-président du CLUD. *Son objectif est de recueillir l'ensemble des problématiques de terrain et d'essayer d'y répondre par la mise en place de nouveaux protocoles.*» Pour ce faire, il s'appuie sur un réseau de représentants du corps médical et paramédical par pôle. Chaque membre a suivi au minimum la formation institutionnelle douleur de trois jours ou est détenteur du DU douleur. Le CLUD du CHU de Poitiers a deux particularités. La première : la présidence est bicéphale avec une représentation à la fois médicale et paramédicale. C'est Catherine Boisseau, cadre de santé en soins palliatifs, qui assure pour la partie paramédicale la co-présidence. «*Cette double vision est importante car nos problématiques*

### **Acupuncture, une alternative complémentaire**

En 2011, la médecine chinoise a fait son entrée au CHU. Il est un des rares centres du traitement de la douleur en France à proposer cette alternative au traitement de la douleur. Elle est appliquée pour les fibromyalgies, les migraines, les maux de dos ou encore les sciatiques. Deux médecins pratiquent cette technique, le Dr Marie-Alyette Costa Fournel et le Dr Jean Bouchet. Deux sortes d'acupuncture sont mises en œuvre, celle traditionnelle et celle scientifique. La première consiste à harmoniser l'énergie qui circule dans les douze méridiens du corps. «*Lorsqu'il y a une pathologie, il y a un blocage de l'énergie dans l'organisme*, explique le Dr Jean Bouchet. *L'acupuncture peut réellement apporter une réponse à la douleur car elle est à la fois antidouleur et anti-inflammatoire.*» La seconde, plus facilement acceptée par le corps médical, car elle a fait la preuve scientifique de son efficacité, d'où son nom, «*consiste à stimuler des neuro-transmetteurs qui libèrent une catégorie d'endorphine ayant pour effet de court-circuiter les messages de douleurs issus des structures blessées ou inflammées*». En fonction des patients et de l'indication, les deux techniques peuvent être associées. Le docteur Bouchet peut également compléter le traitement par de l'homéopathie. «*L'acupuncture, qui n'a aucune contre-indication, constitue un vrai recours pour les patients qui ne supportent plus la médication.*»

peuvent être parfois différentes», souligne celle-ci. La deuxième particularité, les deux présidents ont souhaité créer en plus de l'instance plénière, qui se réunit quatre fois par an, un bureau élargi, avec là encore des représentants médicaux et paramédicaux. C'est une structure intermédiaire, plus souple, qui facilite, par des réunions récurrentes, un travail plus efficace.

Et ses actions sont concrètes. «Pour mettre en place un plan d'actions efficace, il nous semblait important d'évaluer le niveau de connaissance et de pratiques de chaque service concernant la prise en charge de la douleur de façon à objectiver les manques,

poursuit Catherine Boisseau. *Nous avons donc effectué une enquête en 2014.*» Plusieurs critères ont été pris en compte : les échelles d'évaluation, les traitements, les médicaments... «*Nous nous sommes rendu compte qu'il y avait de vrais manques par rapport à l'utilisation de la morphine et du MEOPA (mélange gazeux d'oxygène et de protoxyde d'azote )*», note Hervé Lanquetot.

Concernant la morphine, ce retard constaté, qui est aussi national, est lié à une méconnaissance de son utilisation et une crainte de ses effets secondaires «*alors qu'il est le médicament de base du traitement de la douleur aiguë. Il*

*n'y avait pas, hormis des unités spécialisées comme la salle de réveil, de protocole de titration de la morphine.*»

Le CLUD s'est donc attaché, en lien avec la pharmacie, à mettre en place un protocole pour faciliter son utilisation. «*Nous avons encore un gros travail de pédagogie et de formation à mener pour qu'il soit plus largement utilisé par les médecins et les soignants. Notre souhait serait que chaque nouvelle recrue de l'hôpital puisse être formée à son utilisation.*»

Pour le MEOPA, même constat : un manque de connaissance et un protocole de dispensation très compliqué et décourageant. «*Alors que ce procédé, qui est à la fois analgésique et anxiolytique, s'inscrit dans une utilisation extensive notamment pour une meilleure prise en charge des soins douloureux ou pour la mobilisation des patients douloureux. Les soins sont alors facilités pour l'équipe médicale et il y a une diminution de la mémorisation de l'événement douloureux pour le patient.*» Là encore le protocole a été entièrement revu. Les services ont aujourd'hui de plus en plus recours à ce procédé suite à un plan de formation initié par le CLUD. «*La dynamique est lancée.*»

À l'heure actuelle, 26 protocoles sont en cours d'application. Outre ces derniers, on peut citer notamment le protocole d'auto-analgésie contrôlé par péridurale, le protocole de cathéter péri-nerveux à domicile pour des douleurs d'artérites ou encore le protocole d'analgésie intrathécale chez les patients cancéreux (*voir explications dans la suite du dossier*). «*Charge à nous de les développer auprès des services. Notre rôle est aussi de vérifier que les protocoles sont bien mis en œuvre*», poursuit Hervé Lanquetot.

### Les services face à la douleur aiguë

Symptomatique d'une lésion ou d'une maladie, la douleur aiguë joue le rôle de signal d'alarme. Passée cette alerte, il

## Hypnose : les enfants particulièrement réceptifs

**3 questions à... Béatrice Geaugeais, puéricultrice aux urgences pédiatriques et hypnopraticienne formée à l'Institut français d'hypnose à Paris. Elle est également référente douleur pour la pédiatrie.**

### Comment êtes-vous venue à pratiquer l'hypnose ?

Puéricultrice depuis 35 ans au CHU de Poitiers, la prise en charge de la douleur reste pour moi une priorité quel que soit le motif d'hospitalisation. J'ai obtenu un diplôme universitaire sur la douleur en 2000 et ai accepté à l'issue de ce DU les missions de co-présidente du comité de lutte contre la douleur (CLUD) du CHU avec le Pr. Jean-Philippe Neau durant cinq années.

J'ai découvert l'hypno-analgésie au cours d'un congrès pédiatrique sur la douleur de l'enfant. J'ai été formée de 2006 à 2008 à l'IFH (Institut français d'hypnose) avec deux collègues du secteur adulte. Nous sommes actuellement deux (infirmière et puéricultrice) à être hypnopraticiennes certifiées au CHU.

J'ai pratiqué rapidement en pédiatrie générale et hématologique notamment dans le cadre des soins douloureux ou de traumatismes et maladies générant de la douleur.

### Sur quoi l'hypnose agit-elle ?

Il faut souligner tout d'abord que l'hypno-analgésie que nous pratiquons, dite Ericksonienne, n'a rien à voir avec l'hypnose de spectacle véhiculée par les médias. Son but est de favoriser un climat dissociatif, de laisser-aller, une forme de lâcher-prise avec la réalité environnante. Pour arriver à cet état de «transe», il est important au préalable d'avoir un échange avec le patient pour connaître ses goûts, les endroits où il aime aller. Guidé par la voix, avec un vocabulaire toujours positif et une intonation particulière, l'objectif est de l'emmener dans son imaginaire et ainsi le dissocier de la zone douloureuse à soigner. Les enfants sont particulièrement réceptifs à l'hypnose parce qu'ils ont une imagination extrêmement développée.

### Cette technique est-elle bénéfique ?

Oui, elle l'est pour le patient et son entourage car le soin est prodigué dans une ambiance plus calme, perçue comme apaisante et laissant un vécu plus positif pour chacun. Et pour le soignant, c'est un vrai confort de soin.

L'hypnose ne remplace pas les médicaments, c'est une technique complémentaire bienveillante. Par ce biais, la prescription de produits chimiques est réduite ainsi que les effets secondaires indésirables.

est nécessaire et c'est le devoir de l'hôpital d'y apporter une réponse rapide. Au service d'urgences, qui est souvent aux avant-postes de la prise en charge de la douleur, son traitement constitue une priorité. *«Elle est très souvent un motif d'admission, souligne Jean-Yves Lardeur, chef des urgences adultes. Dès l'accueil, elle est prise en compte par les infirmières. Tout d'abord par une évaluation. Ici, étant donné le débit d'arrivée des patients, nous n'utilisons pas la réglette visuelle (EVA), nous avons opté pour l'échelle verbale numérique. Il sera demandé à la personne de quantifier, comme pour la réglette EVA, sa douleur sur une échelle de 1 à 10.»* 1 étant «pas de douleur» et 10 «une douleur insupportable». Pour les patients déments ou ayant du mal à s'exprimer, le service s'appuie sur l'échelle comportementale Algoplus qui prend en compte certains critères : les signes du visage, les cris, la fréquence cardiaque... *«L'évaluation permet de trier les patients entre ceux qui doivent être pris en urgence et ceux qui peuvent attendre. Mais quelle que soit la catégorisation, tous reçoivent dès l'accueil, selon des protocoles, une réponse à leur douleur. Ce qui va du paracétamol ou de la morphine à prendre per os jusqu'à la perfusion ou l'injection de morphine.»* Pour l'urgentiste, cette prise en compte immédiate de la douleur, au-delà du confort du malade, est essentielle pour la suite des soins. *«Le patient va moins nous solliciter et sera plus coopératif.»* Ensuite, il y a des pathologies qui vont nécessiter des actes douloureux, là aussi le but est de limiter au maximum la douleur. *«On peut être amené à utiliser le MEOPA ou à réaliser une anesthésie de courte durée quand il s'agit par exemple de réduire une luxation ou encore dans des cas très particuliers demander aux anesthésistes de faire des blocs nerveux.»* Et le service d'urgence s'efforce, par des prescriptions, de faire



**«Il est inacceptable de laisser souffrir un enfant», plaide le Dr Amélie Boureau-Voultoury, chef des urgences pédiatriques.**

que la prise en charge de la douleur soit continue dans le service et à la sortie des urgences.

Au service des urgences pédiatriques, la prise en charge de la douleur prend une dimension encore plus grande : *«Il est inacceptable de laisser souffrir un enfant, plaide le Dr Amélie Boureau-Voultoury, chef des urgences pédiatriques. Le but est ici de chercher à apaiser autant la douleur que l'anxiété. Car celle-ci ne fait qu'accroître la sensation douloureuse.»* Comme aux urgences adultes, la douleur est prise en charge dès l'accueil après évaluation. Le personnel dispose d'un panel d'échelles en fonction de l'âge des malades. L'EVA pour les plus grands et l'Evendol pour les nourrissons. Ce dernier porte sur des indicateurs comportementaux, ou l'échelle des visages (visages souriants à grimaçants). A partir de là, les infirmières sont à même d'apporter un premier traitement. *«Si besoin, elles peuvent administrer des médicaments de palier 2 après accord médical. Le but est vraiment de traiter rapidement la douleur pour pouvoir approcher et*

*communiquer avec l'enfant. Il aura ainsi un autre vécu de son passage dans nos murs.»* En prévision des soins, elles peuvent mettre en place des patchs anesthésiants cutanés (ELMA). *«Ce qui facilite la pose de voies veineuses. Les enfants détestent et craignent les piqûres. L'objectif est que le jeune patient accepte plus facilement le soin.»* C'est dans cette même logique que le personnel des urgences a régulièrement recours au MEOPA pour effectuer les soins susceptibles d'être douloureux. L'hypnose est aussi couramment employée sous toutes ses formes, narratives (*voir encadré ci-contre*), de distraction, par le chant... *«et ça fonctionne très bien. Le gros avantage est qu'il n'y a pas d'effets secondaires et ça améliore la tolérance pour certains actes.»*

Durant toute la durée du passage des jeunes patients aux urgences, régulièrement la douleur est réévaluée. *«L'objectif est d'éviter que la douleur s'installe. C'est très chronophage, mais l'expérience montre que l'inverse fait perdre encore plus de temps»,* estime Amélie Boureau-Voultoury.

## L'anesthésie, un rempart contre la douleur

Pour une partie des patients qui passent aux urgences mais aussi pour les personnes hospitalisées, quels que soient la raison et le service concerné, la douleur aiguë peut rester persistante tant que la cause n'est pas traitée. Ce qui implique, dans bien des cas, le recours à la chirurgie. Pour faire face aux actes invasifs, qui induisent nécessairement de la douleur, les anesthésistes mettent en place des stratégies pour bloquer la transmission de cette douleur. *«Les chirurgiens ont besoin, pour effectuer leurs actes, de rompre la barrière qui nous sert de filet de sécurité vis-à-vis de l'environnement, explique le docteur Louis Lacoste, anesthésiste. En anesthésie, très tôt nous avons eu à disposition des produits pour inhiber cette douleur. Malheureusement, ces produits ont des effets indésirables, notamment de dépression respiratoire. Il a donc fallu pallier cela.»* Différentes stratégies sont utilisées : anesthésie locale, loco-régionale (bloc nerveux), anesthésie médullaire (péridurale, rachianesthésie) ou anesthésie générale, en fonction de la localisation, de l'intensité douloureuse engendrée et du rapport bénéfices/risques pour le patient. Les associations de produits *«permettent de diminuer les effets indésirables de chacun d'entre eux. Nous avons recours à des anesthésiques locaux utilisés par infiltration, par cathéter, voies péri-nerveuses ou autour de la moelle épinière, ou encore par voie intraveineuse. En chirurgie usuelle, sous anesthésie générale, nous utilisons surtout des opiacés intraveineux.»*

Le choix de la technique d'anesthésie est aussi lié à la connaissance du geste qui va être réalisé par le chirurgien. *«Il y a une connivence avec ce dernier mais aussi une bonne connaissance des maladies traitées dans le service auquel l'anesthésiste est rattaché, poursuit le docteur Louis Lacoste. Si le métier est très transversal, 80 % de l'activité est réalisée au sein d'une spécialité. Après un gros travail sur le dossier du patient celui-ci sera orienté vers les moyens le mieux adaptés à sa situation.»*

En chirurgie orthopédique par exemple, les anesthésistes ont fréquemment recours aux anesthésies loco-régionales mais aussi, faisant partie d'une des chirurgies les plus douloureuses,

à des techniques spécifiques : *«Face à la nécessité de réduire au maximum la douleur dans la zone d'intervention notamment lors de la pose de prothèses du genou ou pour la chirurgie du pied, nous utilisons un cathéter péri-nerveux, explique le docteur Laurent Soubiron, anesthésiste rattaché au service orthopédie. Celui-ci est placé à proximité des nerfs à l'aide d'un échographe. Par ce biais, une pompe va instiller de façon continue du produit d'anesthésie.»* Dans la même idée, pour la chirurgie du rachis, les anesthésistes utilisent des cathéters cicatriciels. Le produit anesthésique est directement appliqué dans la cicatrice afin de diminuer la douleur locale. Les intérêts de ces ciblage sont multiples : diminution de la consommation des produits de dérivés morphiniques, réduction de l'incidence et de la sévérité de la douleur, amélioration du degré de confort et possibilité d'une rééducation plus précoce.

En outre, sur certaines opérations particulièrement douloureuses telles que celle de l'épaule, les anesthésistes emploient, en plus de l'anesthésie générale, des anesthésiques loco-régionaux de longue durée. *«Le but est de prévenir les douleurs sur les premières heures post-opératoires. Plus on s'éloigne de l'opération, moins la douleur est vive, ce qui permet là aussi de dispenser une moindre quantité de traitements morphiniques.»*

## Des enjeux médico-économiques

D'une manière générale, à chaque intervention chirurgicale, l'anesthésiste anticipe le réveil du patient. Des associations d'analgésiques vont être administrées de manière concomitante avec des agents qui évitent certains effets secondaires, tels que les vomissements. L'objectif est qu'à la phase du réveil, il n'y ait plus qu'à adapter l'analgésie.

Cette opération est gérée par la salle de réveil, qui est aussi un maillon essentiel dans la prise en charge de la douleur. *«L'absence de douleur fait partie des critères principaux de sortie de la salle de réveil, précise le docteur Jean-Mathias Charrière, anesthésiste-réanimateur en salle de réveil. Tant que la douleur est supérieure à 3 sur l'échelle de 10, les patients restent ici.»*

Dès le réveil du patient, une évaluation de la

douleur est réalisée. En fonction de son ressenti et de l'intervention réalisée, le protocole de prise en charge de la douleur est adapté de façon à ce que le patient n'ait plus mal. Le service dispose d'un arsenal complet qui va des antalgiques de palier 1 (paracétamol) jusqu'aux antalgiques de palier 3 (morphiniques) en passant par les anti-inflammatoires, les antihyperalgésiques type kétamine et les techniques d'analgésie loco-régionale comme les péridurales analgésiques et les blocs tronculaires. *«Si nécessaire, on fait une escalade de traitement. Et quand une douleur est inattendue, nous devons en rechercher la cause qui peut parfois être la survenue d'une complication précoce.»*

Lorsque les patients quittent la salle de réveil, une prescription d'un traitement analgésique est effectuée. Quand c'est nécessaire une PCA est utilisée. *«Et, il arrive parfois que des patients recommencent à avoir mal, avec des douleurs non contrôlées. Ils reviennent alors en salle de réveil pour que nous adaptions le traitement antalgique»*, souligne le docteur Jean-Mathias Charrière.

Derrière cette prise en charge de la douleur aiguë, les enjeux sont à la fois médicaux et économiques. Un traitement de la douleur efficace permet une meilleure rééducation, une remise sur pied plus rapide et une diminution des complications. *«Si l'on devait mettre en parallèle le coût des produits utilisés contre la douleur, qui ne sont d'ailleurs pas excessifs, à ceux qui seraient engendrés si le traitement n'était pas fait de manière efficace, on se rendrait compte qu'il y a un vrai gain pour la société»*, précise le docteur Louis Lacoste.

Les recherches menées en anesthésie vont dans ce sens. *«Des associations nouvelles ou des modalités plus ciblées favorisent l'efficacité et une meilleure récupération des patients avec moins d'effets secondaires, poursuit celui-ci. Par exemple, actuellement, nous testons en chirurgie viscérale un anesthésique local à l'intérieur du péritoine dont la diffusion se fait par aérosol plutôt qu'au goutte-à-goutte. Ce qui permet une meilleure administration.»* En outre, les techniques chirurgicales, avec notamment le développement de la cœlioscopie, sont moins invasives donc moins douloureuses, induisant



### La pharmacie, aux avant-postes

La pharmacie centrale du CHU de Poitiers joue un rôle majeur dans la prise en charge de la douleur des patients. Au-delà de ses fonctions traditionnelles d'achat et de distribution des médicaments ou dispositifs, elle assure l'encadrement des pratiques par des référencements. Le but : garantir la meilleure qualité et la plus grande sécurité des prescriptions médicamenteuses.

*«Avant les premiers plans anti-douleurs de 1998, les règles de mise à disposition des produits contre les douleurs étaient très strictes, précise Mathieu Bay, pharmacien. Le contrôle était privilégié au détriment de la délivrance des médicaments. Les autorités avaient la crainte, pour des produits comme la morphine, que ne soit alimenté le trafic. Depuis, avec les moyens modernes de traçabilité, la donne a changé et la philosophie aussi. La priorité est aujourd'hui d'offrir la meilleure prise en charge du traitement de la douleur.»*

Tout l'enjeu pour la pharmacie est d'apporter un panel suffisamment diversifié de solutions thérapeutiques : des formes d'actions lentes ou rapides, adaptées à des voies d'administration diverses et variées (per os ou en intraveineuse mais aussi cutanée, sublinguale ou nasale), et en fonction des types de douleurs (aiguës ou chroniques). *«Cependant, plus on multiplie les solutions, plus la gestion est compliquée et plus les risques d'erreurs sont grands. Aussi, avec un groupe d'experts, nous définissons les bons référencements en fonction de chaque service. Par exemple, les ampoules d'anesthésie destinées aux blocs opératoires seront plus fortement dosées que celles pour le service de néonatalogie.»* La pharmacie est amenée à avoir un regard critique et modérateur sur certaines solutions proposées en évaluant le réel bénéfice.

Le rôle de la pharmacie est aussi d'encadrer les pratiques. *«Pour les services qui ne sont pas forcément experts de la douleur, l'objectif est, par la mise en place de protocoles, via le CLUD, de standardiser au maximum la prise en charge de la douleur. Le but est de définir dans quel cadre tel ou tel médicament doit être administré pour faire en sorte que le patient reçoive le traitement optimal.»* Le CLUD a d'ailleurs édité un guide de bonne utilisation des antalgiques, régulièrement remis à jour.

En outre, les pharmaciens ont un rôle d'expert dans les services. *«Chaque pharmacien dans son pôle peut être sollicité sur des cas particuliers pour mettre à disposition un traitement qui n'est pas référencé ou trouver une alternative ou une substitution à un traitement habituel.»*

Sans oublier, son implication dans la formation des infirmières et aides-soignantes.

ainsi l'administration de produits anesthésiques moins forts et à plus faible dose.

Cette prise en charge de la douleur a aussi une position stratégique : *«La prise en compte de la douleur s'inscrit dans une logique d'accréditation, de nombreux contrôles sont basés sur cet élément, note le Dr Jean-Yves Lardeur. Si les résultats sont bons, cela souligne que le service n'est pas si mal organisé.»* Par rapport à cette notion d'accréditation, qui induit ensuite des classements nationaux des établissements hospitaliers, Hervé Lanquetot apporte toutefois un bémol : *«L'évaluation se fait sur des marqueurs assez grossiers, comme la surveillance de la douleur. Ce n'est pas parce que cette douleur est tracée et relevée qu'elle est correctement prise en compte. Ce n'est qu'une traçabilité quantitative.»*

### **Douleur chronique : le défi de la pluridisciplinarité**

Parfois la douleur s'installe dans la durée, elle devient alors chronique. Ses origines sont diverses : migraine, lombalgie, douleurs rhumatologiques, neurologiques ou liées à certaines maladies notamment le cancer. Les raisons de cette chronicité sont aussi multiples : un traitement non adapté au mécanisme de la douleur, un traitement grevé d'effets secondaires qui en limitent l'utilisation et l'augmentation des doses, une douleur réfractaire non accessible à un traitement chirurgical... Pour y répondre, le CHU dispose, depuis 1989, d'un Centre d'étude et de traitement de la douleur qui répond à une labellisation nationale. *«En 26 ans, nous avons acquis une très bonne expertise dans ce domaine, souligne le docteur Bakari Diallo, responsable du centre. En offrant une approche diversifiée et complémentaire, le centre s'efforce de soulager la douleur des patients et d'améliorer leur qualité de vie.»*

L'approche multidisciplinaire est primordiale car doivent être prises en compte certes la pathologie organique mais aussi les difficultés liées aux problèmes psychologiques et comportementaux du patient et à l'altération de ses relations avec son environnement. *«Une douleur chronique peut entraîner par son évolution une dépression. Toute la difficulté est de savoir si la dépression majore la douleur ou si c'est la douleur qui est*

*à l'origine de l'état dépressif.»* Ce qui passe par une écoute attentive car chaque cas est particulier. Cette écoute permet de définir la prise en charge la mieux adaptée. Le centre dispose pour ce faire d'un arsenal très large. Il y a tout d'abord les antalgiques simples, les protocoles kétamine ou encore les perfusions de tricycliques. Si la douleur est de nature neurogène, les médecins du centre ont recours aux antidépresseurs ou aux antiépileptiques. Le centre peut aussi proposer, lorsqu'il s'agit de douleurs liées à une fibromyalgie ou à une migraine, une technique que peu de CHU en France proposent : la stimulation magnétique transcrânienne (voir encadré ci-contre). Lorsque ces différents traitements n'apportent pas une réponse suffisante, les médecins peuvent envisager des gestes spécifiques qui font appel à des techniques d'anesthésie : péridurale antalgique, infiltration rhumatologique, bloc stellaire ou recours à la neurochirurgie de la douleur.

*«A chaque fois, il faut essayer de proposer aux malades le traitement qui entraînera le moins d'effets secondaires.»* Dans cette optique, le centre propose également des thérapies alternatives complémentaires : l'homéopathie, l'acupuncture (voir encadré page 17), la sophrologie ou encore l'hypnose. *«Elles sont une bonne réponse pour des patients qui sont réfractaires à toute prise de médicaments ou pour ceux qui sont intolérants à certains traitements.»*

Tous les quinze jours, une réunion pluridisciplinaire est organisée avec tous les spécialistes du centre pour discuter des dossiers les plus difficiles. *«Nous décidons du meilleur choix du traitement en fonction de ce que l'on croit le mieux pour le patient, mais aussi en tenant compte de sa demande et de sa sensibilité.»*

### **Le recours à la neurochirurgie**

Et quand la douleur chronique ne répond à aucun des traitements proposés par le centre d'étude et de traitement de la douleur et que le patient est réfractaire à tout, en dernier recours, la réponse peut alors venir de la mise en œuvre de techniques invasives neurochirurgicales réalisées par l'unité rachis-neurostimulation en collaboration avec le centre anti-douleur. *«Dans le cadre de consultations pluridisciplinaires régionales (deux sont proposées par mois au*

CHU, une à Niort, une à La Rochelle et depuis peu, une à Angoulême) où sont réunis au moins un neurochirurgien, un algologue du centre anti-douleur, un psychiatre, nous étudions chaque cas et décidons de la meilleure technique à appliquer en fonction des douleurs», précise le professeur Philippe Rigoard, neurochirurgien co-responsable de l'unité rachis. Elles sont au nombre de quatre.

La première est la stimulation médullaire. Elle s'adresse dans 85 % des cas aux patients qui ont été multi-opérés du dos. «Des électrodes sont déposées dans le canal rachidien au-dessus de l'endroit où le patient a subi ses opérations de la colonne. Le but est de court-circuiter le message de la douleur.» Le CHU de Poitiers en est d'ailleurs leader en France.

Pour ceux ayant des douleurs lombaires très précises, la stimulation nerveuse périphérique sous-cutanée peut parfois constituer une bonne alternative. Elle consiste à implanter les électrodes directement sous la peau, en regard de la zone la plus douloureuse. «La technique consiste à implanter une électrode de stimulation à la surface de la moelle épinière qui va créer un filtre et ainsi masquer l'intégration et l'expression du message douloureux.»

Autre technique possible mais de diffusion plus limitée : la stimulation corticale. Elle reste réservée à des indications très précises comme l'arrachement du plexus brachial, les douleurs du membre fantôme, celles du trijumeau (douleur de la face) ou encore celles de l'hémicorps après un accident vasculaire

cérébral. Son principe : «Après avoir ouvert la boîte crânienne, nous implantons des électrodes à la surface du cerveau pour stimuler au plus près le cortex, intégrateur final du message douloureux.»

Et enfin la quatrième technique porte sur la diffusion de molécules antalgiques directement au contact du système nerveux. Il s'agit de la

## La stimulation magnétique trans-crânienne : le CHU de Poitiers à la pointe

Les «tacs» puissants et réguliers du stimulateur percent le silence de la salle de consultation au niveau - 2 de la tour Jean-Bernard du CHU. Sur le fauteuil inclinable de la machine, Sophie V. qui souffre de fibromyalgie depuis plusieurs années. Après avoir essayé plusieurs traitements pour la soulager sans succès, le centre régional d'étude et de traitement de la douleur lui a préconisé des séances de stimulation magnétique trans-crânienne.

Poitiers, qui propose ce recours depuis 2012, est le seul établissement de la grande région Ouest à mettre en œuvre cette technique. «Le plus proche est à Nantes, précise le Dr Lorraine Misbert du centre anti-douleur. A l'origine, cet appareil était utilisé par la neurologie et la psychiatrie pour le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ou encore la dépression, ou certains troubles psychotiques, mais des études ont montré qu'appliqué sur des zones spécifiques, il pouvait avoir de très bons résultats pour le traitement des douleurs chroniques des fibromyalgies, des migraines et de certaines douleurs neuropathiques.»

Son principe : le SMT consiste à appliquer, par le biais d'une bobine aimantée positionnée sur le cuir chevelu, une série d'impulsions magnétiques afin d'activer les circuits neuronaux et diminuer les symptômes de la maladie. Les impulsions, non douloureuses pour le patient, qui ne durent que quelques secondes, sont répétées de façon régulière durant la séance qui s'étale sur vingt minutes. Au préalable, le docteur Misbert a repéré la zone où positionner la bobine. «On sait que pour la fibromyalgie, la partie du cerveau qui doit être stimulée se trouve au niveau de la zone frontale gauche du cortex moteur. Pour m'assurer que je suis bien sur l'aire motrice, j'applique une stimulation un peu plus forte qui doit faire réagir la main.»

Ce traitement peut être préconisé lorsque les techniques classiques n'apportent pas de résultats satisfaisants au traitement de la douleur ou lorsque les patients ne supportent plus les effets secondaires des médicaments.

Pour arriver aux résultats escomptés, le protocole s'inscrit dans la durée et de façon répétée. Dans la majorité des cas, lorsque la sélection

des candidats est bien faite, les résultats sont très satisfaisants. «Nombreux patients, que je suis depuis le début, ont retrouvé une très bonne qualité de vie en ayant diminué voire arrêté leurs traitements.» Depuis 2012, 140 patients ont eu recours à une SMT.



Stimulation magnétique trans-crânienne.

thérapie intrathécale. Elaborée en premier lieu pour les patients souffrant de spasticité (contractions gênantes des muscles chez les hémiplegiques et paraplegiques), elle est aujourd'hui appliquée, avec l'utilisation de la morphine, d'agents anesthésiants ou de molécules spécifiques, aux douleurs chroniques rebelles, en particulier cancéreuses. *«Une pompe est implantée sous la peau et permet par le biais d'un cathéter d'administrer un produit antalgique, type morphine, directement dans la zone qui entoure la moelle épinière, l'espace intrathécal.»* Pour la mettre en œuvre au sein du CHU, une réunion de consultation pluridisciplinaire réservée aux indications potentielles de thérapie intrathécale a



Remplissage d'une pompe intrathécale.

débuté il y a huit mois. *«Cette technique permet d'offrir un soulagement significatif de la douleur avec des doses de médicaments largement inférieures à celles qui seraient nécessaires avec des comprimés, et du même coup de minimiser les effets secondaires. L'objectif est de permettre à ces personnes de retrouver une qualité de vie.»* Et ce principe peut s'appliquer à toute douleur chronique réfractaire, quelle que soit la méthode utilisée. Il faut bien comprendre que la finalité de ces techniques n'est pas de débarrasser ces patients en bout de course de toute douleur mais plutôt de faire en sorte qu'ils retrouvent une vie décente. *«Dans 80 % des cas les résultats sont significatifs, un quart des patients peuvent arrêter tout traitement à l'issue de cette prise en charge. Sur les 500 patients évalués chaque année dans le cadre de ces consultations pour des douleurs rebelles, 100 ont pu bénéficier l'un d'un de ces quatre méthodes.»*

Deux services du CHU sont aussi particulièrement confrontés à la douleur chronique, les soins palliatifs et l'oncologie médicale. Pour le premier, le traitement de la douleur constitue une préoccupation quotidienne. *«Il n'y a pas un patient qui ne soit pas équipé d'une PCA, note Catherine Boisseau, cadre de santé. La douleur est évaluée nuit et jour. Notre objectif vis-à-vis du patient est la qualité de son confort et l'absence de douleur. Ce qui impose beaucoup d'anticipation sur la douleur dans tous les soins qui sont prodigués. Tous les soignants sont formés à l'utilisation du MEOPA et de l'hypnose et nous travaillons beaucoup sur la dimension psychique de la douleur.»*

En oncologie, la démarche est sensiblement la même. *«D'ailleurs, nous faisons régulièrement appel aux équipes de soins palliatifs pour avoir un avis ou proposer une prise en charge par hypnose pour nos patients», souligne le Dr Laurence Bahuet du service d'oncologie médicale. Ici aussi la dimension psychologique est particulièrement prise en compte : «Nos patients souffrent de douleurs liées à leur cancer, de nature neurogène ou par excès de nociception, mais également liées à une souffrance psychologique. Le traitement porte alors sur une approche globale. Médicamenteuse bien évidemment mais aussi par des soins de support prodigués par des kinésithérapeutes, par l'assistante sociale, la psychologue, la diététicienne ou encore la socio-esthéticienne. L'auto-hypnose est aussi un bon moyen pour certains patients d'avoir une action contre leur maladie.»* Le but : éviter la spirale infernale liée à la douleur. *«Un patient qui a mal mangera moins. Etant dénutri, on ne pourra pas faire les traitements de chimiothérapie, il aura une altération générale de son état, il va se replier sur lui, il se coupera de ses proches, etc.»* L'inverse est aussi vrai. *«Nous avons vu des personnes entrer chez nous dans une optique de fin de vie. Le fait d'avoir pris en compte et traité leurs douleurs leur a redonné l'énergie suffisante pour retourner chez elles.»* Au final, quels que soient le service et les moyens employés, la philosophie générale de ce combat quotidien est la même : soulager la douleur du patient pour mieux respecter sa dignité. ■



**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 ✓ Génie climatique et thermique
- ✓ Maintenance multitechnique ✓ Réseaux extérieurs

✓ **Maintenance 24 h / 24 h ☎ : 05.49.38.42.01**

**3 rue des Entrepreneurs , CS 31027**

**86060 POITIERS CEDEX 9**

**Rue Santos Dumont, 86100 CHÂTELLERAULT**

**☎ : 05.49.38.42.00**

**☎ : 05.49.47.85.20**

*R*etrouvez  
toute l'actualité  
du CHU de Poitiers

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

viadeo

facebook

LinkedIn



# Plan d'amélioration d'accueil des urgences : les médecins seniors à l'avant-garde

Le CHU de Poitiers poursuit son plan d'amélioration d'accueil des urgences avec la mise en place de nouvelles gardes de médecins dans des spécialités très sollicitées par les urgences, potentiellement vitales, la nuit et le week-end.

**A**u SMUR pédiatrique, en chirurgie viscérale, orthopédie-traumatologie et radiologie, un médecin senior est désormais présent sur place 24h/24 et 7j/7 (du lundi au jeudi pour la radiologie). Une organisation nouvelle pour des services qui assureraient jusque-là ce type d'urgences uniquement avec des astreintes de médecins et des gardes d'internes. Les enjeux pour l'établissement sont multiples : assurer une permanence et une continuité des soins, accélérer la prise en charge des patients et garantir plus de reconnaissance de l'activité des médecins, dans le respect des

directives européennes réglementant leur temps de travail.

## Une offre de soins plus rapide et de meilleure qualité

La garde du SMUR pédiatrique a vu le jour en novembre 2014, neuf médecins se relaient entre cette nouvelle garde et celle qui existait déjà en réanimation néonatale. Il faut savoir que le transport sanitaire vers la réanimation du CHU des enfants de moins de cinq ans, et plus particulièrement des moins de deux ans, reste problématique pour les autres SAMU de la région, qui ne sont pas spécialisés. Pour le Dr Jean-Pascal Saulnier, responsable du SMUR pédiatrique, ce système de gardes, avec un médecin toujours présent sur place, apporte non seulement une plus grande réactivité vis-à-vis de la prise en charge des transports, surtout au niveau régional, mais aussi davantage de reconnaissance de l'activité des médecins en termes de lisibilité, de récupération et de rémunération. «*Nous avons gagné en rapidité pour aller chercher les patients, et tous les patients*», avance le Dr Saulnier. Le tout au profit d'une meilleure image pour l'établissement.

«*En chirurgie viscérale, nous intervenons beaucoup la nuit*, constate le Dr Thomas Courvoisier. *Le système des astreintes était devenu incompatible avec notre activité : si l'on était appelé chez nous la nuit pour une opération urgente, le temps de récupération imposé nous obligeait à décaler certaines activités programmées le lendemain. Avec un rythme de 24 heures de garde et 24 heures de récupération, nous sommes plus sereins et plus concentrés, la question d'être opérationnel le lendemain ne se pose plus après une nuit d'intervention. Le fait d'être sur place nous donne aussi plus de temps pour affiner les*



*diagnostics aux urgences et auprès des internes. Cela améliore le contact avec le patient.»* En orthopédie-traumatologie, la nouvelle garde vient répondre aux mêmes problématiques.

Du côté de la radiologie, la nouvelle garde de médecins, effective 24h/24 du lundi au jeudi avec une astreinte le week-end, est complétée par une astreinte de radiologie vasculaire et interventionnelle. Cette séniorisation accrue permet d'améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, mais également des patients des urgences. *«Nous avons un travail nocturne de plus en plus soutenu, avec en moyenne une quinzaine de scanners et échographies par nuit, examinés en direct et validés au plus tard au petit matin. Cela permet de soulager l'activité de jour et représente un gain notable pour les services en termes d'attente de résultats»,* observe le Dr Guillaume Vesselle, radiologue.

### **Renforcer l'efficacité du trauma center**

La mise en place de gardes de médecins seniors dans des spécialités liées aux urgences vitales est également un atout de poids dans l'organisation du trauma center (*lire* CHU Magazine n° 68), mis en place en décembre 2013 pour accélérer et uniformiser la prise en charge des traumatisés graves au CHU et surtout au niveau régional. Le Dr Tanguy Vendevre, chirurgien en orthopédie-traumatologie, se réjouit de ces nouvelles dispositions : *«A partir du moment où le CHU a ouvert un trauma center, il est devenu indispensable d'avoir des médecins de garde en orthopédie-traumatologie et chirurgie viscérale. Dès qu'un polytraumatisé nous arrive, le chronomètre se déclenche et chaque minute compte. Sur place, nous sommes plus facilement joignables de l'extérieur et avons tous les outils à disposition pour apporter la meilleure réponse.»* Un bénéfice direct pour les patients de la région et les centres hospitaliers périphériques, notamment pour les urgentistes, lorsqu'ils n'ont pas la structure adaptée à une prise en charge lourde ou qu'ils ont besoin d'un premier avis à distance, par exemple sur des radios.

A noter que les chirurgiens des deux spécialités – orthopédie-traumatologie et chirurgie viscérale – assurent également des gardes en alternance un week-end sur deux au Centre hospitalier de

Montmorillon, étendant ainsi l'offre de soins d'urgences sur le territoire.

### **Une nouvelle étape franchie pour améliorer l'accueil des urgences**

Le Dr Jean-Yves Lardeur, chef des urgences adultes, observe déjà une amélioration de l'orientation et une accélération de la prise en charge des patients. Mais également une meilleure réponse aux demandes des autres hôpitaux de la région, qui commencent à rediriger davantage de patients vers le CHU la nuit et le week-end. Même constat positif pour le Dr Laurent Soubiron, anesthésiste aux blocs des urgences : *«L'activité de chirurgie de nuit s'étoffe tandis qu'elle se fluidifie le jour, nous gagnons beaucoup en réactivité. Le week-end, on tourne presque en continu entre les deux blocs d'urgences, entre les gardes et les astreintes, selon les spécialités. Les patients sont transférés plus rapidement au niveau régional car nos confrères savent qu'un bloc d'urgences tourne ici 24h/24 avec des médecins seniors.»*

*«Nous avons attaqué l'année dernière le plan d'amélioration des urgences avec la gestion des lits et l'ouverture de l'unité d'hospitalisation d'aval afin de fluidifier le parcours du patient. Nous avançons aujourd'hui en renforçant l'activité médicale senior par la mise en place des nouvelles gardes. La prochaine étape sera d'améliorer l'activité des urgentistes au cœur même des urgences»,* résume le président de la commission médicale d'établissement, le Pr Bertrand Debaene. ■

### **Garde ou astreinte ?**

Un médecin d'astreinte peut être appelé à son domicile à tout moment en cas d'urgence, tandis qu'un médecin de garde reste présent dans l'établissement. La rémunération est fixe dans le cas d'une garde, et varie selon que le médecin est appelé ou non au cours d'une astreinte. Enfin, si une période de 24 heures de garde est systématiquement suivie de 24 heures de repos planifié, les astreintes donnent lieu à un temps de récupération qui varie selon la durée de l'intervention, et ne peut donc être anticipé, notamment par rapport à l'activité programmée le lendemain.

# Prostate : un laser pour des traitements moins invasifs

« **D**ans une première période, analyse le docteur Thomas Charles, chirurgien en urologie, *les lasers chirurgicaux servaient surtout dans notre discipline pour traiter les calculs rénaux et certaines tumeurs urinaires de petite taille qui ne présentaient pas d'autres solutions chirurgicales. Et puis l'outil a été amélioré pour traiter l'hypertrophie de la prostate par photovaporisation et ses bénéfices se sont révélés.* » La volonté permanente de l'établissement poitevin de mettre en œuvre des techniques innovantes s'est concrétisée au sein du service d'urologie par l'acquisition de ce matériel. L'adénome de la prostate, dont

la fréquence augmente avec l'âge, est la première cause des troubles urinaires masculins. L'hypertrophie bénigne de prostate concerne deux hommes sur trois de plus de 50 ans en France. Seulement une partie aura des symptômes. Le traitement de l'hypertrophie prosta-

tique symptomatique consiste en un traitement médicamenteux, puis en cas d'échec en un traitement chirurgical. Le traitement classique est la résection transurétrale de prostate qui consiste à réduire la partie gênante de la prostate au niveau de l'urètre prostatique par voie naturelle. La deuxième intervention classique, réservée principalement aux prostatites de gros volume, est l'ablation de la partie hypertrophiée de la prostate par voie abdominale. L'acquisition par le CHU de Poitiers de ce nouveau type de laser permet de vaporiser le tissu prostatique par voie naturelle et offre une alternative thérapeutique moins invasive pour ces patients. « *Les patients évoluent, leurs attentes pour des traitements mini-invasifs sont plus importantes, et dans cette matière nous devons utiliser les techniques et les matériels qui permettent à la fois d'apporter le meilleur traitement, mais qui facilitent aussi le retour à une vie la plus normale possible, après l'opération.* » En effet, jusqu'ici, le patient devait être hospitalisé et garder une sonde vésicale pendant plusieurs jours (trois à six jours). Avec cette nouvelle technique, les suites opératoires sont simplifiées : « *La durée d'hospitalisation s'est réduite, note le Dr Charles, nous sommes passés d'une semaine d'hospitalisation en moyenne à 48 heures et dans certains cas, ce délai pourra encore se réduire puisque nous mettrons en place des interventions en ambulatoire.* »

**Intervention facilitée, hospitalisations plus courtes, suites opératoires allégées, le laser HPS (High Performance System) du service d'urologie du CHU de Poitiers présente de nombreux avantages pour les patients souffrant de pathologies de la prostate et améliore la qualité des soins.**

## Bon calcul

Pour traiter les calculs urinaires, le laser présente aussi de nombreux avantages. « *Le premier est de ne plus avoir besoin de faire d'incision pour accéder au calcul à travers le rein dans la plupart des cas* », note Thomas Charles. La technique opératoire utilisée depuis quinze ans emprunte aussi la voie urinaire, le cathéter remontant au-delà de la vessie jusqu'au rein par les voies naturelles. Les bénéfices pour les patients sont comparables à l'opération de l'adénome : intervention moins lourde, hospitalisation plus courte et même dans certains cas en ambulatoire, suites allégées.

## Moins traumatisant

Le laser HPS acquis par le CHU cumule les avantages, aussi bien pour le praticien que pour son patient... Cette hypertrophie progressive de la glande prostatique pourra donc être traitée au laser, en l'absence de risque de présence d'une tumeur. « *Cette technique présente d'autres avantages* », ajoute le chirurgien. Les interventions chez les patients qui présentent



d'autres pathologies cardio-vasculaires (exemple les patients sous antiagrégant, ou anticoagulant) sont possibles sans arrêt des antiagrégants. La technique classique par «grattage» permet l'analyse anatomopathologique ; pas la technique laser qui détruit tout le tissu par vaporisation.

Plus informés aujourd'hui des techniques disponibles, voire des suites de traitement, les patients s'intéressent dans le cas de la prostate aux conséquences qu'ils risquent de rencontrer dans leur vie personnelle. *«Nous entendons leurs questions sur leur capacité érectile, sur l'éjaculation rétrograde ou sur la douleur. La relation avec eux est moins asymétrique que par le passé et il faut répondre à ce besoin d'informations.»* La chirurgie de l'adénome est une des chirurgies fonctionnelles

les plus fréquentes – ce «grattage» de prostate représente près de 50 000 interventions chaque année – avec la prothèse de la hanche ; ainsi, au CHU de Poitiers, depuis l'entrée en service du laser HPS, près d'une cinquantaine de patients ont été opérés par cette technique. *«Nous avons noté de bons résultats, des saignements moins nombreux, moins de risques infectieux et une durée d'hospitalisation plus courte.»* Il est vrai que l'appareil fonctionne par photo-vaporisation ; le rayonnement de haute énergie pénètre dans les tissus et vaporise les cellules avec un pouvoir de coagulation très élevé. Voilà qui explique les moindres saignements, et la simplification des suites opératoires. L'intervention est aussi moins traumatisante pour des patients qui jusque-là présentaient des risques de complica-

tions, du fait par exemple de leur âge, ou de traitements connexes. *«L'important est d'analyser chaque cas dans ses différentes dimensions et de prendre en compte toutes les composantes de la pathologie afin de proposer le traitement qui convient à chaque patient»*, note encore le docteur Charles.

Aujourd'hui, l'équipement a en quelque sorte passé le test de son intégration à l'offre de soins du CHU de Poitiers. D'autres établissements du secteur et les médecins territoriaux adressent déjà certains patients pour qu'ils profitent de cette opportunité thérapeutique dont la diffusion en France est progressive. Une cinquantaine de lasers de ce type sont en fonctionnement en France. ■

# Unité rachis et neurostimulation : transversalité et décroisement gagnants

L'unité fonctionnelle rachis, neurostimulation et handicap a ouvert ses portes en janvier 2013 au CHU de Poitiers. Elle regroupe une équipe de sept chirurgiens orthopédiques et neurochirurgiens, tous spécialisés en chirurgie du rachis : cette mutualisation des compétences permet une prise en charge optimale de l'ensemble des pathologies du rachis. Deux ans après sa création - une première au niveau national - son activité est en plein essor.

**T**raiter des pathologies bénignes, comme la hernie discale, jusqu'aux fractures du rachis avec troubles neurologiques.

Au CHU de Poitiers, depuis janvier 2013, ces prises en charge s'effectuent au sein d'une même unité chirurgicale dédiée aux pathologies de la colonne vertébrale. En regroupant les compétences d'orthopédie et de neurochirurgie, l'unité fonctionnelle rachis, neurostimulation et handicap offre aujourd'hui au patient une réponse adaptée à toutes les pathologies de cet organe. Au sein de ce service coordonné par le professeur Pierre Pries, chirurgien orthopédiste, et le professeur Philippe Rigoard, neurochirurgien, l'ensemble des dossiers sont discutés collégialement lors de deux réunions hebdomadaires. L'équipe médicale regroupe sept chirurgiens orthopédiques et neurochirurgiens.

Cette mutualisation des compétences et cette transversalité ont prévalu à la création de l'unité. *«Le patient est au cœur de la démarche, rappelle le professeur Philippe Rigoard. Nous ne visons pas la polyvalence : à chacun son champ d'expertise dans sa spécialité. Mais à chaque fois que la limite de compétence d'un praticien est atteinte, un autre prend le relais. Ce décroisement fonctionne*

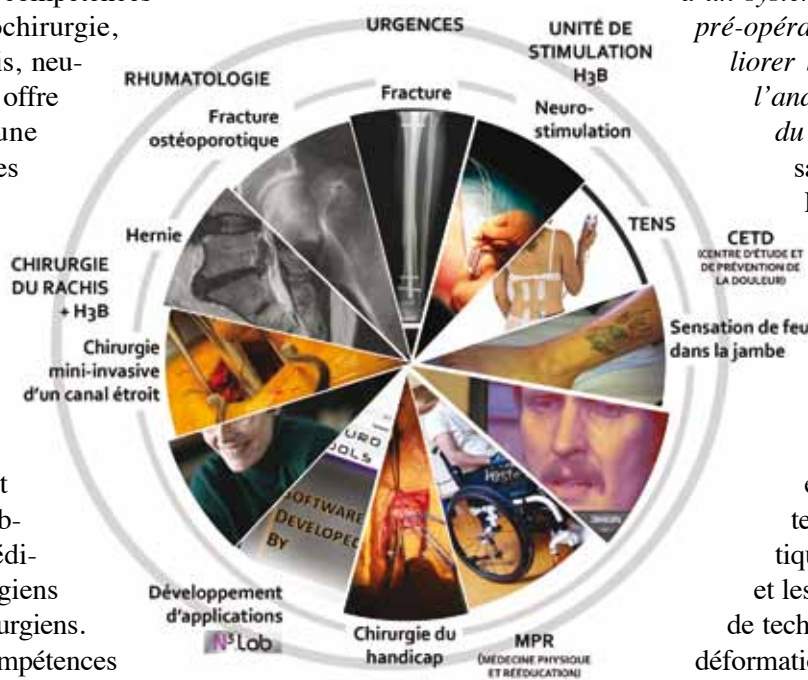
*très bien pour les praticiens et offre un lissage dans la continuité pour le patient qui ne se sent à aucun moment abandonné.»* Analyse similaire pour le Pr Pierre Pries : *«Le groupement en unité permet désormais d'offrir une palette de réponses à toutes les demandes. Au CHU de Poitiers, ce qui n'est pas le*

actuellement réalisées dans trois blocs. A moyen terme, le projet est la création et l'organisation d'un bloc dédié à la chirurgie du rachis, qui pourra être équipé de système d'imagerie peropératoire de dernière génération, ce qui augmentera la sécurité du patient et l'efficacité du geste. *«En perspective également, l'acquisition d'un système d'imagerie radiologique pré-opératoire qui permettra d'améliorer l'indication opératoire, par l'analyse globale et instantanée du squelette de l'individu»,* fait savoir le Pr Pries.

Le regroupement a permis le développement des compétences et méthodes utilisées, qu'il s'agisse de techniques mini-invasives – stabilisation des fractures rachidiennes par techniques percutanées (kyfoplastie par exemple), utilisation d'écarteurs sophistiqués à fibre optique pour minimiser l'incision et les suites opératoires – comme de techniques plus lourdes pour les déformations du rachis.

## Une astreinte opérationnelle dédiée

L'un des objectifs de l'unité est de pallier progressivement la fuite extra-régionale, en matière de prise en charge des pathologies du rachis dégénératif – hernie discale, canaux lombaires rétrécis, arthrose cervicale, scoliose... – mais avant tout d'assurer, dans des situations aiguës, la



*cas ailleurs, on peut traiter toutes les pathologies du rachis.»*

Lors de son ouverture, l'unité disposait de onze lits. Elle en compte aujourd'hui dix-neuf. A l'unité physique d'hospitalisation s'ajoute un plateau technique regroupant les consultations rachis, douleur et handicap. Les opérations sont

gestion des pathologies traumatiques de type fracture de la colonne suite à un accident de la route. «*En matière traumatique, nous avons renversé les flux grâce à la mise en place d'une astreinte opérationnelle dédiée rachis 24h/24, 7j/7, nommée "SOS rachis" et disposant d'un numéro dédié*», fait savoir le Pr Rigoard. «*L'unité joue bien l'activité de recours. Il y a désormais une meilleure lisibilité pour les correspondants et une disponibilité sans faille*», appuie le Pr Pries.

La seconde étape : redonner aux patients du Poitou-Charentes une offre de soins homogène en matière de rachis dégénératif, avec la création d'une plateforme d'accueil téléphonique dédiée qui permettrait des créneaux de rendez-vous accélérés avec un délai de quinze jours maximum et des créneaux opératoires rapides pour les patients souffrant de lombosciatiques réfractaires.

Concernant la prise en charge des pathologies tumorales du rachis (métastases rachidiennes notamment), neurochirurgiens, orthopédistes, rhumatologues, oncologues et radiothérapeutes se retrouvent chaque semaine lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à caractère régional pour discuter des cas les plus problématiques.

### **Prise en charge des déformations rachidiennes**

Les patients atteints de déformation rachidienne majeure (scoliose, cyphose) sont également, quel que soit leur âge, traités au CHU. Lorsque la correction chirurgicale de leur pathologie est indiquée, l'intervention peut être réalisée grâce à une collaboration étroite avec le service de neurophysiologie, qui assure la surveillance continue postopératoire de la fonction médullaire. Poitiers est le seul centre de la région qui dispose de tels moyens permettant de traiter des déformations graves et invalidantes. En outre, dans les suites de ces interventions lourdes, la prise en charge de la douleur

post-opératoire fait de plus en plus appel à l'hypnose, technique pratiquée par une infirmière spécialisée afin de permettre de réduire les durées de séjour, moins d'une semaine actuellement.

### **Prise en charge des lombalgies**

La lombalgie chronique touche de plus en plus de patients, parfois encore jeunes et actifs, d'où des arrêts de travail de plus en plus fréquents et prolongés et des répercussions majeures sur la vie quotidienne. Les chirurgiens de l'unité rachis assurent, en collaboration avec les rhumatologues et médecins de rééducation, des consultations pluridisciplinaires dédiées auxquelles les patients peuvent être adressés par les médecins traitants ou les spécialistes concernés, tant libéraux qu'hospitaliers.

### **Couverture régionale pour les patients douloureux chroniques**

En matière de neurostimulation antalgique implantée, le CHU de Poitiers se positionne aujourd'hui comme le premier centre universitaire en France. Cette technique à visée palliative consiste à implanter une électrode contre le système nerveux pour atténuer l'intensité de douleurs rebelles de patients déjà opérés, en particulier de la colonne (*voir le dossier*). Une activité de dernier recours, résultant obligatoirement d'une consultation pluridisciplinaire, en étroite collaboration avec le centre antidouleur. Aujourd'hui, un modèle de structuration sous forme de réseau régional de prise en charge des douleurs réfractaires est effectif, avec une consultation spécialisée et multidisciplinaire au CHU de Poitiers, aux centres hospitaliers de Niort, de La Rochelle et à l'avenir également à Angoulême.

En matière de handicap, pour des patients développant des problématiques très complexes, dans lesquelles s'imbriquent douleurs, déficits neurologiques, spasticité, déformations osseuses et perte d'autonomie, une autre consultation mul-

tidisciplinaire, regroupant l'ensemble des rééducateurs régionaux, est désormais mise en place à Poitiers, Niort et La Rochelle.

### **Un axe recherche fort**

L'unité entend avoir une activité recherche à la hauteur et en parfait miroir de son activité clinique. En matière de biomécanique du rachis, les projets de recherche fondamentale portent sur la modélisation de fractures vertébrales et l'analyse de différents matériels de stabilisation, en collaboration avec les chercheurs de l'Institut Pprime de la faculté de Poitiers, spécialisés dans les méthodes de mesure optique. Dans le domaine de la neurostimulation, plus de dix projets de recherche clinique prometteurs sont menés au sein du CHU de Poitiers. Les résultats du programme de recherche sur les électrodes de stimulation médullaire de nouvelle génération, qui a bénéficié en 2011 d'un financement dans le cadre du programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC), seront publiés cette année. Ce STIC a permis la création du laboratoire de recherche N3Lab, actuellement investigateur principal de l'étude PROMISE, menée sur plus de 400 patients dans vingt centres américains et douze centres européens. Au sein de l'ABS LAB (anatomie, biomécanique et simulation LAB) de la faculté de médecine, sont organisées formations et études scientifiques sur des nouvelles techniques en chirurgie du rachis et en simulation. «*Les recherches cliniques dans le service portent sur l'évaluation de nos pratiques*», précise le Pr Pries.

L'unité assure aussi un volet formation, en accueillant deux internes chaque semestre (l'un issu de la filière orthopédique, l'autre de neurochirurgie). «*L'unité rachis correspond parfaitement à ce que doit être un service de CHU, alliant soin, enseignement et recherche*», conclut le Pr Pries. ■

# Thérapies orales : un suivi renforcé du patient pour une meilleure efficacité du traitement

Pour prévenir les problèmes de mauvaise observance chez les patients, le pôle régional de cancérologie du CHU de Poitiers a mis en place un dispositif de prise en charge des thérapies orales. Entretien puis suivi téléphonique du patient par des infirmières, information renforcée aux acteurs de santé extra-hospitaliers - médecin traitant, pharmacien, infirmier libéral : le dispositif a pour objectif la bonne observance du traitement à domicile, par un accompagnement rendant le patient acteur et autonome. Il vise également à renforcer les relations «ville - hôpital». Les retours d'expérience, après un an d'activité, s'avèrent très positifs.

**A**ujourd'hui, la moitié des patients pris en charge pour un cancer reçoivent, au cours de leur parcours de soins, une thérapie orale. L'augmentation des chimiothérapies orales et le développement des biothérapies induisent un nombre croissant d'indications. Depuis dix ans, une meilleure compréhension des mécanismes de cancérogénèse a permis le développement des thérapies ciblées. Ces molécules, ciblant les anomalies moléculaires, existent en perfusion et en comprimé. En 2003, 10% des patients recevaient des traitements oraux. En 2013, 40% des patients étaient concernés.

Contrairement aux traitements intraveineux, le traitement par thérapie orale est continu. Le patient suit donc son traitement à domicile. *«L'une des problématiques des thérapies orales est la non-observance du traitement. Les biothérapies ont des toxicités très différentes de*

*la chimiothérapie, avec des effets secondaires inhabituels, rappelle le Dr Aurélie Ferru, oncologue médicale au pôle régional de cancérologie (PRC). Les études à notre disposition montrent que, en fonction des molécules, 25% à 50% des patients sont inobservants, qu'il s'agisse d'oublis fréquents ou d'adaptations de doses.»* L'enjeu du dispositif mis en place depuis mars 2014 au CHU est d'améliorer la prise de traitement oral pour en limiter les toxicités et favoriser son efficacité. *«En réduisant les toxicités, on maintient une certaine qualité de vie pour le patient à domicile, garante d'une meilleure observance et donc d'une plus grande efficacité du traitement. L'alliance thérapeutique avec l'adhésion du patient est primordiale : il faut qu'il comprenne, et accepte ce type de traitement.»*

## Suivi infirmier

A partir de 2010, un groupe de travail commun, initié par le Pr Jean-Marc Tourani, chef du pôle cancérologie du CHU de Poitiers, a réuni médecins oncologues et hématologues, infirmières, cadres de santé et pharmaciens. Ce projet a été inscrit dans les contrats internes d'objectifs et de moyens 2011-2012 et 2013-2014 du pôle régional de cancérologie (PRC).

Le dispositif est effectif depuis mars 2014. Désormais, à l'issue de la consultation médicale d'annonce avec le médecin référent, une consultation avec une infirmière de thérapies orales est systématiquement proposée au patient. *«L'infirmière complète l'explication de la thérapeutique anti-cancéreuse, de ses effets secondaires et évalue les connaissances et la compréhension du patient»*, expliquent Catherine Petonnet et Corinne Grousseau-Royer, respectivement cadre supérieur de santé et cadre de santé au PRC. *«C'est une relation privilégiée, un temps d'échange parfois chargé d'émotion, qui requiert expérience de la discipline et qualité d'écoute»*, illustrent Véronique Debare et Karine Geffard, infirmières en charge de ce suivi. A l'issue de cet entretien, le patient reçoit un classeur où sont compilés conseils, fiches d'informations sur la thérapeutique et coordonnées des personnes ressources en cas de problème.



Aurélie Ferru



Le pôle régional de cancérologie a mis en place un dispositif pour rester en lien avec le patient mais aussi l'infirmier, la pharmacie et le médecin traitant.

Cet entretien infirmier s'accompagne d'un suivi téléphonique. Son rythme est défini par le médecin référent, en fonction du traitement prescrit et de l'autonomie du malade. Les appels téléphoniques sont à l'initiative du patient afin de le rendre «pleinement acteur». *«Le but est de mettre en place un accompagnement qui rende les patients autonomes»*, pointe Corinne Grousseau-Royer. En cas de difficulté et en dehors de ces rendez-vous préétablis, le patient peut également contacter une permanence téléphonique dédiée.

Autre point d'importance : la traçabilité. Chaque entretien est systématiquement saisi dans le dossier informatisé du patient. L'ensemble des équipes ont ainsi accès, à tout moment, au suivi du patient. *«Le CHU de Poitiers fait partie des centres très en avance en terme d'organisation»*, signale le Dr Ferru.

### Le médecin traitant, acteur de la prise en charge

Ce dispositif permet de renforcer le lien «ville – hôpital», en organisant le suivi et en assurant une cohérence et une complémentarité entre les différents

acteurs. Tous les professionnels extra-hospitaliers sont systématiquement informés par l'infirmière : médecin traitant, pharmacien ainsi que l'infirmière libérale, en fonction de la surveillance prescrite.

Un important travail d'information et de rédaction sur les différentes molécules a été réalisé par les équipes médicales et pharmaceutiques du CHU. Interactions médicamenteuses, effets secondaires, posologie, biodisponibilité : pour chaque molécule, une fiche détaillée est remise au médecin traitant et au pharmacien par le patient. Si besoin, les professionnels libéraux peuvent joindre la permanence téléphonique dédiée aux thérapies orales. *«L'objectif est que le médecin traitant soit acteur de cette prise en charge. Il s'agit de l'épauler en lui donnant les outils pour répondre au mieux au suivi. Cette communication avec la ville est la clé. Pour une bonne observance du traitement, le patient doit recevoir un discours homogène»*, développe le Dr Ferru.

Depuis la mise en place du dispositif, plus de 400 patients ont été pris en charge. Il y a actuellement une file

active permanente de 200 patients. Plus de 500 appels téléphoniques sont gérés chaque mois. Du côté des médecins libéraux, les retours sont, à ce jour, très positifs.

### Education thérapeutique

Un programme d'éducation thérapeutique, agréé par l'Agence régionale de santé (ARS), vient compléter ce suivi. Des ateliers thématiques, sous forme d'échanges, sont mis en place depuis le mois d'avril 2015. Animés par le pharmacien, le médecin, la psychologue et la diététicienne du centre hospitalier, à destination du patient et de son aidant, ces ateliers visent à battre en brèche les représentations erronées de la maladie, et abordent le traitement, la nutrition, la fatigue comme le vécu du cancer.

En projet, en conformité avec le troisième plan cancer, une collaboration renforcée avec les infirmières libérales formées à l'éducation thérapeutique, qui pourraient intervenir au domicile du patient. Enfin, la création d'un classeur virtuel en ligne, en collaboration avec le réseau Onco-Poitou-Charentes, impulse une dynamique de région. ■

# Maternité : une modernisation menée à terme d'ici 2016



**E**n Poitou-Charentes, la maternité du CHU de Poitiers est la seule maternité de type III. Dans le cadre du réseau périnatal et de ses missions de recours régional, elle assure la prise en charge des grossesses à haut risque materno-fœtal, disposant d'une unité de réanimation néonatale et d'une unité de diagnostic anténatal. Une haute technicité qui permet de prendre en charge la très grande prématurité et les pathologies graves nécessitant une conjonction de compétences et moyens techniques plus lourds.

Mais le CHU est également une maternité de proximité pour la prise en charge des grossesses physiologiques, notamment pour les parturientes du département de la Vienne. *«Nous ne voulions pas laisser de côté la partie physiologique, comme il est souvent reproché*

*aux maternités de recours. Nous avons donc engagé une réflexion pour répondre au mieux à la demande actuelle des patientes pour une moindre médicalisation de l'accouchement, avec une prise en charge physiologique et toutes les garanties de sécurité»*, explique le Pr Fabrice Pierre, chef du pôle femme-mère-enfant au CHU de Poitiers.

Une réflexion initiée avec la mise en place de la salle physiologique «nature», opérationnelle depuis février 2012 au sein du service de gynécologie-obstétrique. A proximité des salles de naissances conventionnelles, elle dispose notamment d'une baignoire, d'un vaste lit adapté aux différentes positions d'accouchement, d'un appareil favorisant les étirements. Entre 5 et 6 % des patientes accouchent aujourd'hui dans cet espace privilégié et intime.

Afin de répondre au mieux aux attentes de ses patientes, la maternité du CHU de Poitiers a entamé une modernisation des locaux et des prestations de ses deux unités de suite de couches. La première ouvrira ses portes en septembre prochain. Offrant la technicité et les moyens d'une maternité de type III, le centre hospitalier universitaire renforce ainsi son offre autour de l'approche physiologique de l'accouchement.

### **Chambre individuelle et espaces «zen»**

Débutée en octobre dernier, l'opération en cours comprend la réfection totale des deux unités de maternité – comptant 20 lits chacune. L'objectif est d'offrir des conditions d'accueil de la mère et de l'enfant optimisées, «*un confort*

*proche de prestations hôtelières, plus en adéquation avec les attentes de nos patientes*», relève Céline Biche, directeur référent du pôle femme-mère-enfant. Toutes les chambres seront individuelles et disposeront d'un lit accompagnant afin de «*redonner toute sa place au conjoint*». Dans les chambres, cette modernisation se traduit, par exemple, par l'installation de douche à l'italienne, de double vitrage aux fenêtres, d'une attention particulière portée sur l'éclairage et d'une mise à disposition d'un réfrigérateur dans chaque chambre, dans un environnement où le matériel médical sera discrètement intégré.

En termes de service, plusieurs prestations ont été repensées. Les patientes pourront désormais bénéficier d'un petit-déjeuner sous forme de buffet. Chaque unité disposera d'un espace restauration et convivialité. Une salle toujours accessible où il sera possible, à n'importe quelle

heure, de prendre une boisson chaude, seule ou en compagnie de proches, et d'échanger avec d'autres parturientes. La prestation alimentaire est entièrement revue. Un office centralisé commun permettra un service «à la demande». En projet également, la mise en place d'un «room service». «*Notre objectif est de permettre à la patiente de trouver son propre rythme et de se reposer*», appuie Céline Biche. Ces nouveaux locaux induisent également une réflexion sur l'organisation du travail des équipes (sages-femmes, auxiliaires de puériculture et agents de service hospitalier). Pour mémoire, la prise en charge globalisée et personnalisée de la mère et de l'enfant par les auxiliaires de puériculture, qui limite le nombre d'intervenants dans la chambre, est mise en place depuis 2007 et sera accentuée dans cette nouvelle configuration afin de s'adap-

ter «*au rythme de la patiente et du nouveau-né*». Chaque unité comprendra désormais une salle de pré-travail. Dans cet «espace zen» et physiologique, luminothérapie, musicothérapie, baignoire permettront une préparation douce à l'accouchement et favoriseront une meilleure gestion de la douleur. «*Demain, elles pourront bénéficier de ces prestations dans chaque unité. C'est plus confortable pour les patientes mais aussi pour les professionnels qui en assurent la surveillance*», souligne Ghislaine Marcault, cadre supérieur de santé au pôle femme-mère-enfant.

### **La première aile prête à la rentrée 2015**

Une réflexion a également été menée au niveau des services de consultations pour permettre une continuité de la prise en charge, tout au long de la grossesse. «*Renforcer l'équipe de sages-femmes a permis d'augmenter le nombre de créneaux de consultations. Désormais, la prise en charge des patientes est effective dès le premier appel à la maternité, et non plus à partir de la 34<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée comme précédemment*», fait savoir Ghislaine Marcault. Cette réorganisation va permettre de proposer, au CHU de Poitiers, la consultation post-natale, la consultation de gynécologie de prévention et de contraception et l'entretien prénatal précoce. Au CHU, 90% des consultations de grossesse physiologique sont réalisées par les sages-femmes du service. «*L'amélioration de l'accueil et des prestations permet de conforter et de poursuivre l'engagement autour de la grossesse physiologique, tout en bénéficiant des équipements d'une maternité de type III, afin de garantir à toutes la meilleure prise en charge possible*», rappelle le Pr Pierre. La première aile sera prête à la rentrée 2015. La seconde unité accueillera ses premières patientes avant l'été 2016. ■

**Via Trajectoire, pour simplifier les demandes d'admission en EHPA, EHPAD ou USLD**

L'ensemble des établissements sanitaires de la région Poitou-Charentes font partie du programme Via Trajectoire pour les échanges entre services de court séjour et services de soins de suite, d'hospitalisation à domicile et d'unités de soins palliatifs. Ce programme s'étend au secteur médico-social pour faciliter et sécuriser les demandes d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unité de soins longue durée (USLD) et EHPA depuis un service de court séjour, de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou depuis le

domicile. Le site internet sécurisé permet de gérer électroniquement les demandes d'usagers à la recherche d'un EHPAD, USLD ou EHPA. Les médecins libéraux peuvent être rapidement sollicités par leurs patients ou leur entourage pour renseigner le volet médical du dossier informatisé. L'outil permet une recherche facilitée des établissements, un envoi des demandes aux structures en temps réel et un suivi des réponses. *ViaTrajectoire est accessible aux médecins libéraux au grand public à l'adresse [www.viatrajectoire.fr](http://www.viatrajectoire.fr)*



**Le président de la région Aquitaine en visite au CHU**

A l'invitation d'Alain Claeys, député-maire de Poitiers et président du conseil de surveillance du CHU de Poitiers, Alain Rousset, président du conseil régional d'Aquitaine et candidat à la présidence de la future grande région, est venu visiter le CHU de Poitiers jeudi 16 avril.

En présence de Jean-Pierre Dewitte, directeur général, de Catherine Coutelle, députée de la Vienne, de Jean-François Macaire, président du conseil régional Poitou-Charentes, et d'Yves Jean, président de l'université de Poitiers, Alain Rousset et Alain Claeys ont été accueillis par le Pr Olivier Mimoz et le Dr Jean-Yves Lardeur, responsable des urgences. Après un passage par les urgences et l'unité centrale de prélèvement, la délégation a rencontré des chercheurs du CHU, une occasion de rappeler que les CHU des trois régions qui vont fusionner travaillent depuis longtemps ensemble. *«Il va falloir conserver le côté positif de la fusion des régions et trouver de nouvelles orientations avec Bordeaux, notamment en matière de recherche, et des axes de coopération nouveaux, comme la greffe pulmonaire. Nous avons à la fois des espoirs et des craintes»*, s'est exprimé Jean-Pierre-Dewitte. Alain Rousset en est conscient. *«Nous sommes déjà complémentaires en cardiologie et en neurologie et il y a des axes de coopération à créer en cancérologie et en diabétologie. Mon principal souci est qu'il n'y ait pas de rupture de l'action publique le 1<sup>er</sup> janvier 2016 [date de l'entrée en vigueur de la fusion des régions, NDLR], qu'aucun programme de recherche ne s'arrête avec cette fusion.»*

→ Lire l'article complet sur [chu-poitiers.fr](http://chu-poitiers.fr)

**Un chèque de 14 996 € remis par la fondation Ronald McDonald's**

La fondation Ronald McDonald's a remis un chèque de 14 996 € à La Maison des familles à l'occasion de l'opération Act Big Mac, qui se déroulait du 5 au 9 novembre derniers. Le principe était le suivant : pour un Big Mac consommé, 1 € était reversé à l'association. Cette aide financière va permettre à l'association de continuer à améliorer les conditions d'accueil des 1 300 familles d'hospitalisés hébergées chaque année, pour que l'argent ne soit pas un obstacle à cet accompagnement.



# Questions à... Tanguy Vendeuve, chirurgien en orthopédie-traumatologie

Tanguy Vendeuve est chef de clinique dans le service d'orthopédie-traumatologie et dans l'unité rachis depuis novembre 2014. Après avoir commencé ses études à l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, il arrive au CHU de Poitiers en 2008 pour son internat, au cours duquel il se spécialise dans la chirurgie du genou et du rachis. Il est titulaire d'un master 2 recherche en sciences chirurgicales consacré à la tubéroplastie, qu'il a passé à Paris en lien avec le laboratoire de simulation de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers et le CNRS.

***Vous avez fait de la chirurgie de la colonne vertébrale le cœur de votre activité médicale. Pouvez-vous nous en dire plus ?***

En effet, la colonne en général et plus particulièrement ses grandes déformations sont au centre de mon activité de chirurgie rachidienne, sous la responsabilité du Pr Pierre Pries. Cela va de la scoliose de l'adolescent à celle du patient âgé, avec des interventions en rachis cervical ou rachis par voie antérieure. Pendant mon internat, j'ai eu l'opportunité de réaliser deux stages qui m'ont permis de développer une autre vision de la prise en charge des patients pour ce type de pathologies. Le premier dans le service de pédiatrie de l'hôpital Clocheville, à Tours, sur le traitement de la scoliose chez les adolescentes. Le second à la Pitié-Salpêtrière à Paris, dont le service d'orthopédie-traumatologie, très important, est spécialisé dans la colonne vertébrale, mais aussi dans la prise en charge globale des polytraumatisés et des sportifs de haut niveau.

Parallèlement à mes activités de chirurgie programmée, je travaille aussi en traumatologie à la prise en charge de patients, majoritairement en provenance des urgences, que je suis ensuite en consultations.

***Vos travaux de recherche en master ont permis de déployer une nouvelle technique de prise en charge des fractures du plateau tibial au CHU. Quels en sont les avantages ?***

Pour ce type de fractures, la pratique standard est le recours à la réduction manuelle à chirurgie ouverte. Pendant mon master recherche, nous avons expérimenté, avec le Pr Louis-Etienne Gayet, une technique innovante en chirurgie percutanée. Celle-ci consiste à glisser sous la peau du patient un petit ballon que

l'on va gonfler de manière à réduire la fracture. Une fois à niveau, nous posons deux petites vis et nous retirons le ballon, que nous remplaçons par une résine synthétique. L'incision, minime, est plus esthétique (1 cm contre 7 avec chirurgie classique), cela implique moins de saignement et permet au patient une reprise précoce de ses activités. La réparation est en outre plus solide.

Depuis leur introduction au CHU il y a plus de deux ans, nous avons réalisé une quarantaine de tubéroplasties. Cette technique était déjà utilisée pour les vertèbres, nous espérons pouvoir l'étendre aux autres fractures avec enfoncement articulaire (poignet, pilon tibial, épaules). Le CHU de Poitiers a récemment été reconnu centre référent sur le mini-invasif pour la tubéroplastie par la société française de chirurgie orthopédique et traumatologique. Nous avons de plus en plus de demandes d'autres CHU, que nous commençons à former avec le Pr Gayet. Des CHU comme la Pitié-Salpêtrière, Marseille et Dijon pratiquent cette intervention depuis plusieurs mois.

***Sur quoi portent aujourd'hui vos travaux de recherche et d'enseignement ?***

Je travaille sur la mise au point de nouveaux systèmes de synthèse pour la réparation de la colonne vertébrale. Toujours avec le laboratoire de simulation, nous testons la rigidité de différents montages (vis, plaques) en percutané ou à ciel ouvert. J'interviens par ailleurs à l'école de chirurgie, où j'enseigne aux étudiants les gestes et conseils pratiques de la chirurgie en orthopédie-traumatologie.



## **Une nouvelle consultation d'hypnose ouverte au public**

Une consultation externe d'hypnose thérapeutique est ouverte depuis le 15 janvier dans les locaux du centre régional d'étude et de traitement de la douleur (pavillon René-Le Blaye). Elle est ouverte à toutes les personnes désireuses d'acquérir des outils utiles à leur soulagement, que ce soit pour une douleur physique (abdominale, musculaire, articulaire, céphalée ou autre), pour une difficulté de type stress, anxiété, trouble du sommeil, fatigue ou phobies liées aux soins, ainsi que pour une addiction au tabac. Cette consultation est assurée par Marie-Pierre Delaunay, infirmière titulaire d'un DU douleur et diplômée hypnopratricienne par l'Institut français d'hypnose à Paris. Les séances, d'une durée variable entre une heure et deux heures, ont lieu tous les jeudis sur rendez-vous. Elles sont à la charge du consultant.

*Rendez-vous : secrétariat du centre régional d'étude et de traitement de la douleur, 05 49 44 39 15*

## Questions à... Thomas Kerforne, anesthésiste-réanimateur



Après avoir commencé ses études à la faculté de médecine du Kremlin-Bicêtre à Paris, Thomas Kerforne arrive à Poitiers en 2007, sur recommandation de ses professeurs, pour suivre son internat en anesthésie-réanimation.

### *Comment expliquez-vous votre choix pour cette spécialité ?*

Pendant mon externat, plusieurs stages en réanimations chirurgicale et médicale ont motivé ma décision. L'anesthésie-réanimation est une spécialité globale, on ne se focalise pas sur un organe mais sur les défaillances d'organes en général. Le travail en équipe avec les médecins et soignants de réanimation et des autres services est passionnant, il faut savoir aller vite et ensemble. Nos actions sont lourdes de conséquences et immédiates sur la santé du patient, c'est à la fois stressant, bien sûr, mais aussi très motivant.

### *Aujourd'hui chef de clinique en réanimation chirurgicale, vous retrouvez cette mission transversale et cette importance du travail en équipe ?*

Nous accueillons dans le service des traumatisés graves et des post-opérateurs lourds, pour lesquels nous devons suppléer des défaillances d'organes, gérer les suites opératoires et leurs éventuelles complications, mettre en place une surveillance étroite, notamment en unité de soins continus gérée conjointement avec la réanimation médicale... La communication et la concertation avec nos collègues des blocs, des urgences, des autres réanimations et spécialités est fondamentale. Sans oublier la relation avec les internes que nous contribuons à former toute l'année.

La récente mise en place du trauma center illustre bien ce rôle polyvalent du réanimateur. Au centre de cette filière régionale de prise en charge en urgence du polytraumatisé, nous assurons la jonction entre les différentes équipes mobilisables (urgences, blocs, radiologie...). Réquisitionnés avant même l'arrivée du patient aux urgences, nous mettons tout en œuvre pour aller vite et bien tout au long de son parcours. L'organisation de cette nouvelle activité fait déjà ses preuves.

### *Vous vous êtes spécialisé dans la réanimation cardio-thoracique.*

J'ai en effet passé deux DU en lien avec la réanimation cardio-thoracique, le premier en échographie cardiaque et le second en circulation extracorporelle. Je travaille actuellement une semaine par mois dans le service de réanimation chirurgicale cardio-thoracique, que je rejoindrai à temps plein fin 2015.

### *Vous avez reçu en septembre le prix de meilleur mémoire décerné par le collège français des anesthésistes réanimateurs. Sur quoi portent vos travaux de recherche ?*

Mon mémoire portait sur «l'évaluation de la performance de la pose de voies veineuses périphériques écho-guidée chez les patients de réanimation en inflation hydro-sodée». J'ai par ailleurs rédigé plusieurs publications sur l'utilisation de l'échographie dans les différents actes techniques de réanimation. Je m'intéresse aussi beaucoup à la coordination des prélèvements d'organes. Je prépare aujourd'hui une thèse sur «la réanimation du donneur d'organes : physiopathologie et concept thérapeutique», en lien avec le laboratoire Ischémie reperfusion en transplantation d'organes mécanismes et innovations thérapeutiques (IRTOMIT), dirigé par le Pr Thierry Hauet. Je travaille également sur des modèles de réanimation du donneur et de transplantation au sein de la plateforme de chirurgie expérimentale sur le site du Magneraud (17), à partir de modèles de porcs. Je participe enfin à de la recherche clinique, avec le Dr Michel Pinsard, sur les différents types de donneur dans le cas de morts encéphaliques.

### **Un site pour tout savoir sur l'oncogériatrie**

L'unité de coordination en oncogériatrie (UCOG) Poitou-Charentes dispose désormais d'un site internet, hébergé par le réseau Onco-Poitou-Charentes.

Dans le souci de renforcer l'information sur cette discipline en plein essor qu'est l'oncogériatrie, le site propose de découvrir les activités de l'UCOG et tout un ensemble de ressources sur la thématique de la lutte contre le cancer chez les personnes âgées.

Les patients y trouveront la liste des consultations d'oncogériatrie ouvertes dans la région, une plaquette de présentation de la consultation du CHU de Poitiers, ainsi que des liens utiles vers des sites d'information et de soutien aux malades et à leurs proches.

Les professionnels pourront accéder à des outils d'évaluation oncogériatrique, à la liste des recherches en cours sur le cancer du sujet âgé, à l'offre de formation sur cette spécialité, ainsi qu'à de nombreuses autres ressources : actualités, articles scientifiques, présentations, ouvrages de référence, thèses de doctorat, vidéos, sites internet...

Découvrez ce site à l'adresse suivante :

[ucog.onco-poitou-charentes.fr](http://ucog.onco-poitou-charentes.fr)

Bonne visite !



## Carrières médicales des femmes à l'hôpital : le plafond de verre se fissure doucement

Karoline Lode-Kolz exerce dans le service de neurophysiologie clinique du CHU de Poitiers. D'origine norvégienne, elle a été choquée par le sort réservé aux femmes qui travaillent en France. Elle a donc décidé d'agir dans son milieu, celui de l'hôpital, en prenant contact avec la direction du CHU qui l'a aidée à réaliser une enquête auprès des praticiens de l'établissement sur l'égalité professionnelle. Le sujet a eu de l'écho et les retours ont été nombreux. Le Dr Lode-Kolz a alors organisé une conférence sur les carrières médicales des femmes à l'hôpital. Elle a eu lieu le 17 mars au CHU.

La question latente de cette conférence concernait le plafond de verre : se brisera-t-il naturellement, sous l'effet de la pression démographique ou faut-il dès à présent trouver des voies et des moyens pour le faire voler en éclats ? Isabelle Pujade-Lauraine, conseillère technique auprès de Danielle Toupillier, directrice générale du Centre national de gestion, a posé les bases du débat en présentant la répartition homme/femme dans le domaine hospitalier. Le Pr Virginie Migeot, chef de pôle adjointe en santé publique, et le Dr Marie-Pierre Peltier, médecin du travail, ont ensuite présenté les résultats de l'enquête menée au CHU de Poitiers. Deux femmes aux parcours brillants ont alors témoigné de leur expérience : Rose-Marie Van Lerberghe, directrice générale de l'AP-HP de 2002 à 2006 et présidente du conseil d'administration de l'Institut Pasteur, et Francine Leca, professeure en chirurgie cardiaque. Pour soutenir les jeunes femmes médecins du CHU de Poitiers à s'orienter et à persévérer dans des choix institutionnels ou universitaires, un club des Femmes hospitalo-universitaires du CHU de Poitiers a été créé.

→ Lire l'article complet sur [chu-poitiers.fr](http://chu-poitiers.fr)

### Etude clinique Florali 2 : le service de réanimation poursuit ses recherches avec succès

Le Dr Jean-Pierre Frat, praticien hospitalier en réanimation médicale, vient d'obtenir le financement (395 000 euros) de sa future étude via un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Cette étude, intitulée Florali 2, va comparer deux formes d'oxygénation avant l'intubation des patients de réanimation en insuffisance respiratoire aigüe : la pré-oxygénation par ventilation non invasive, à l'aide d'un masque recouvrant le nez et la bouche, et l'oxygénothérapie nasale à haut débit, à l'aide de canules se plaçant dans le nez. Sachant qu'environ 25 % des patients en insuffisance respiratoire sont victimes de complication après l'intubation, le but est d'améliorer les conditions d'oxygénation cinq minutes avant l'intubation et de trouver la meilleure méthode pour réduire le risque d'aggravation de l'insuffisance respiratoire.

→ Lire l'article complet sur [chu-poitiers.fr](http://chu-poitiers.fr)



## Le CHU ouvre une antenne d'HAD à Montmorillon

Une antenne du service d'hospitalisation à domicile a ouvert en avril à Montmorillon, dans le cadre des coopérations engagées par le CHU de Poitiers et le Centre hospitalier de Montmorillon, et dans la stratégie des deux établissements de développer l'offre de soins sur ce territoire.

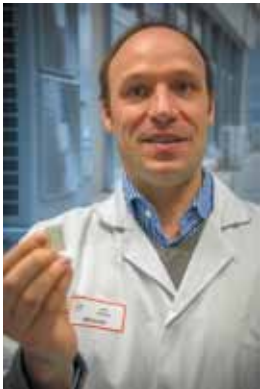
En 2014, plus de 300 patients ont pu être pris en charge par l'HAD du CHU.

Polyvalent, le service intervient dans les établissements médico-sociaux avec hébergement (EHPAD, MAS). Vous pouvez faire appel à l'HAD pour des pansements complexes, des traitements intraveineux et sous-cutanés, de la nutrition entérale et parentérale, des soins palliatifs, de la chimiothérapie IV, de la prise en charge de la douleur, des soins de nursing lourds, de l'éducation patient et entourage, de la rééducation orthopédique et neurologique, de l'assistance respiratoire. La prise en charge d'enfants et d'adolescents de moins de 18 ans est possible.

Pour rappel, le service est conventionné avec les SSIAD du CCAS, de La Mutualité française et de l'ADMR pour une prise en charge conjointe des patients.

Vous ne savez pas si l'un de vos patients relève de l'HAD ? Appelez le 05 49 44 45 45.

## Questions à... **Éric Frouin,** **anatomo-cyto-pathologiste**



Dermatologue de formation, le Dr Eric Frouin a commencé ses études de médecine à l'université de Tours, avant de prendre la direction de Strasbourg pour son internat et son clinicat. Il se passionne pour l'anatomie et la cytologie pathologique et repart pour trois ans de formation à l'université de Montpellier. Il obtient finalement une qualification du conseil de l'Ordre des médecins, et exerce depuis novembre 2013 au CHU de Poitiers en tant qu'anatomo-cyto-pathologiste.

***Vous constatez que l'anatomie et cytologie pathologique est souvent perçue comme «ésotérique». Pouvez-vous nous éclairer sur votre spécialité ?***

Effectivement, notre discipline est souvent mal connue de nos confrères et du personnel hospitalier. L'anatomie et cytologie pathologique, ou «anapath», consiste à étudier les modifications des cellules et des tissus induites par des processus physiologiques ou pathologiques. La première application de cette discipline médicale est le diagnostic des maladies et notamment des cancers. La classification des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes repose essentiellement sur des critères anatomo-pathologiques, cela représente environ 80% de notre activité.

En pratique, nous recevons des prélèvements en provenance des autres services du CHU qui, une fois arrivés chez nous, vont suivre tout un circuit de préparation qui dure plusieurs jours. Cela débute par un examen médical, le plus souvent réalisé par les internes, puis les prélèvements sont pris en charge par les techniciens avant d'être finalement analysés par un anatomo-pathologiste, qui pourra alors faire un diagnostic et établir un pronostic. Aucun compte rendu ne quitte le service sans avoir été signé au moins par un médecin senior.

Je consacre en moyenne une journée par semaine aux examens extemporanés, réalisés pendant une intervention chirurgicale pour permettre au chirurgien de prendre la décision opératoire la plus adaptée, et le reste du temps à l'analyse des prélèvements. Mon principal outil de travail est donc mon microscope. Tous les deux mois, je participe aussi à des séances de relecture avec un collègue de médecins, en général à Paris, pour valider collégialement nos diagnostics concernant les tumeurs rares.

***L'anatomie et cytologie pathologique est une discipline qui se structure en centres d'expertise et de compétences. Quelles sont les spécialités du CHU de Poitiers ?***

Le service est un des centres régionaux de compétence en pathologie cutanée, notamment pour les tumeurs annexielles rares. En 2014, avec le Dr Ewa Hainaut, dermatologue, nous avons permis au CHU de Poitiers de devenir centre de compétence dans le diagnostic et la prise en charge des lymphomes cutanés. Ces réseaux (CARADERM et GFELC) sont labellisés par l'Institut national du cancer. Une réunion de concertation pluridisciplinaire régionale Poitou-Charentes sur les lymphomes cutanés a vu le jour en janvier 2015. Par ailleurs, avec le Dr Céline Delpech et le Dr Christophe Monégier du Sorbier, nous travaillons à l'agrément de notre service comme centre de relecture des lymphomes systémiques dans le cadre du réseau Lymphopath (les cas sont actuellement envoyés à Bordeaux ou Angers). Le Dr Olivier Renaud est relecteur régional pour les tumeurs rares de l'ovaire et le Dr Serge Milin est référent pour la prise en charge des tumeurs cérébrales (réseau RENOP). Notre service est aussi à la pointe en pathologie rénale, particulièrement avec le Pr Jean-Michel Goujon. Il est le centre national de référence pour le diagnostic de l'amylose.

Je travaille enfin à la mise au point d'un projet national, coordonné à Poitiers, de télémédecine en pathologie oculaire, qui devrait permettre de scanner et de partager les lames de prélèvements à distance avec d'autres confrères pour échanger nos avis lors de réunions où chacun resterait dans son service.

***Vous avez su tirer profit de votre formation de dermatologue dans vos activités de recherche.***

Mes recherches portent en effet principalement sur les tumeurs et les maladies de la peau, au sein du laboratoire inflammation, tissus épithéliaux et cytokines (LITEC) de l'université de Poitiers, avec le Pr Jean-Claude Lecron. A partir de l'analyse de peaux de souris, j'étudie le microenvironnement autour des tumeurs pouvant faciliter leur développement ou encore la cicatrisation. Ces recherches sont ensuite étendues à l'homme.

# Évaluation COFRAC au laboratoire de biologie médicale

Dans le cadre de la réforme de la biologie médicale (ordonnance du 13 janvier 2010) le laboratoire de biologie médicale du CHU, comme tous les laboratoires de biologie médicale publics et privés, est dans l'obligation d'obtenir l'accréditation selon la norme ISO 15189. Cette accréditation devra être valable pour l'ensemble des activités du laboratoire en 2020. Pour l'année 2014, 65% de l'activité du laboratoire (en nombre d'exams réalisés) ont été présentées à l'accréditation. Cette volumétrie déposée pour un premier audit est une des plus élevées de France. L'audit d'évaluation a eu lieu du 8 au 12 septembre et les 7 et 8 octobre. Cette visite a concerné les secteurs suivants : AMP, bactériologie, biochimie, cancérologie biologique, hématologie biologique, immunologie, site de Montmorillon, toxicologie et pharmacocinétique, parasitologie et mycologie, virologie et mycobactériologie. Au total, les évaluateurs du COFRAC ont relevé 63 écarts, volume relativement faible en regard du nombre de paramètres déposés (117). Ces écarts concernent, à titre d'exemple, la gestion du matériel, la métrologie, l'organisation et le système de management de la qualité (gestion documentaire, audits internes, revue de direction, traçabilité des activités...), le pré-analytique, etc. Les évaluateurs ont également tenu à souligner de nombreux points forts, parmi lesquels l'implication et la motivation du personnel, la maturité du laboratoire dans la démarche qualité COFRAC, les locaux, la validation biologique en continu... Le rapport d'audit doit maintenant être revu par la commission technique d'accréditation du COFRAC, qui décidera si le laboratoire peut être accrédité ou si des expertises complémentaires (documentaire ou sous forme d'audit) sont requises. Pour cette accréditation partielle, la décision du COFRAC sera donnée au printemps 2015.

## L'APHV souffle ses 60 bougies !

Dans le cadre des 60 ans de l'association, l'Amicale du personnel des hôpitaux de la Vienne proposait, dimanche 12 avril, une marche à la découverte de notre patrimoine de santé d'hier et d'aujourd'hui, qui a réuni 482 marcheurs et a permis de reverser 1 300 € de bénéfices à l'association La Maison des familles, qui œuvre au CHU. Samedi 18 avril, plus de 200 personnes ont participé aux festivités de la soirée cabaret organisée à Vouneuil-sous-Biard, avec de grands artistes repérés par «Le plus grand cabaret du monde» de Patrick Sébastien.



## Bienvenue à... Laurence Sombrun, directeur des soins

Successivement infirmière, infirmière anesthésiste, cadre de santé en anesthésie, puis chef de projet PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et chargée de mission à la direction des soins sur les systèmes d'information et l'organisation des soins, Laurence Sombrun a consacré sa première partie de carrière à l'AP-HP à Paris. Elle est titulaire d'un master 2 en santé publique, spécialité qualité et gestion des risques, et s'intéresse de très près aux problématiques des systèmes d'information. Après avoir suivi l'École des hautes études en santé publique à Rennes en 2014, elle a choisi de prendre le poste de directeur des soins à Poitiers, à mi-chemin entre ses attaches parisiennes et ses origines bordelaises. Au sein de la coordination générale des soins, elle est aujourd'hui en charge du volet paramédical du système d'information, des blocs opératoires, de la chirurgie ambulatoire, de la recherche paramédicale et de la gestion des risques.



## Le paiement en ligne proposé aux patients du CHU

Depuis le mois de novembre dernier, les frais de séjour, consultations et actes externes restant à la charge des patients seront payables en ligne, par carte bancaire. Les informations nécessaires au paiement en ligne figureront sur les avis des sommes à payer (factures) envoyés aux patients. Ce nouveau

service est mis en place en partenariat avec la direction générale des finances publiques. Le bénéfice est triple : simplifier les processus d'encaissement, optimiser le recouvrement des sommes dues à l'établissement et offrir à l'utilisateur une modalité de paiement adaptée à notre temps.

# L'activité du CHU de Poitiers en 2014

Les données d'activité présentées portent sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014.

## Les activités de court séjour

En 2014, le Centre hospitalier universitaire de Poitiers a pris en charge 149 537 séjours et séances, soit 3,1% de plus qu'en 2013. 54 256 séjours ont été pris en charge toutes disciplines confondues en hospitalisation conventionnelle.

Les séances augmentent de 6,8% et représentent 48% des séjours de l'établissement grâce à l'offre de soins du pôle régional de cancérologie, soit 71 713 séances. Leur évolution est principalement significative pour les séances de chimiothérapies (+9,6%), les séances de radiothérapie (+6,8%) et les curiathérapies (+15,9%).

Les séjours ambulatoires représentent 16% des séjours et séances financés à l'activité. Les séjours de chirurgie ambulatoire progressent de 2,2%, soit 4 960 séjours représentant un taux global de chirurgie ambulatoire de 30%.

## Les activités externes

Le nombre de consultants venus pour une consultation ou des actes externes évolue de 5,6% en 2014, soit 366 295 consultants pris en charge.

## Les urgences

Au total, 76 544 patients ont bénéficié d'une prise en charge aux urgences du CHU, soit +3,7% par rapport à 2013.

Cette évolution se répartit comme suit :

- Urgences adultes : 42 896 passages, soit une évolution de 3,5%, dont 40% ont fait l'objet d'une hospitalisation dans les unités de soins. L'activité quotidienne représente en moyenne 117 passages
- Urgences pédiatriques : 19 023 passages, soit une augmentation de 7,6%, dont 3 211 passages ont fait l'objet d'une hospitalisation. L'activité quotidienne représente en moyenne 52 passages
- Urgences gynécologiques et obstétriques : 8 558 passages, 3 223 passages ont fait l'objet d'une hospitalisation.
- Urgences cardiologiques : 3 210 passages



soit une augmentation de 6,7%, la quasi-totalité des patients étant hospitalisée.

- Urgences ophtalmologiques : 2 857 passages, en augmentation de 4,3%.

En 2014, le CHU de Poitiers s'est engagé dans un plan d'amélioration de l'accueil des urgences destiné à limiter les hébergements de patients hors spécialité et permettre une fluidité des parcours de soins en provenance des urgences pour limiter le temps d'attente avant une hospitalisation.

A cet effet, une unité d'hospitalisation d'aval a été créée avec une capacité de 20 lits. Sur la période du 3 avril au 31 décembre, 2 009 entrées ont été réalisées dans cette unité dont la durée d'hospitalisation est de 1,6 jour avant la sortie du patient ou son hospitalisation dans une spécialité en lien avec son motif d'hospitalisation.

Par ailleurs, la salle d'accueil des urgences vitales a pu prendre en charge 2 868 patients pour 1 208 en 2013 suite au renforcement de l'organisation dédiée aux urgences vitales de la région.

## Les blocs opératoires

En 2014, 21 936 interventions chirurgicales ont été réalisées dans les salles de blocs opératoires du CHU, soit une activité similaire à 2013.

## Les laboratoires

En 2014, 4 890 792 analyses ont été réalisées, soit une augmentation de 2% par rapport à 2013.

## L'imagerie

L'activité d'imagerie progresse de 2% en nombre d'actes par rapport à 2013, soit 166 292 actes réalisés.

57% des actes sont réalisés pour des patients hospitalisés ; ils augmentent de 3,4%

## Les unités de soins de suite et de réadaptation

Sur une capacité de 122 lits de soins de suite jusqu'en octobre 2014, puis de 14 lits supplémentaires à Lusignan à compter du 3 novembre, 44 127 journées ont été prises en charge, et ce pour un taux d'occupation de 97%, représentant au total 2 187 entrées. La durée moyenne d'hospitalisation dans ces unités est de 19 jours.

Par ailleurs, 704 entrées ont été réalisées en hospitalisation complète de médecine physique et réadaptation soit une baisse de 10% par rapport à 2013.

2 454 venues en hôpital de jour de médecine physique et réadaptation ont été prises en charge, en augmentation de 2% par rapport à 2013.

## Les unités de soins de longue durée

Sur une capacité de 127 lits d'USLD, 126 entrées pour 45 203 journées ont été réalisées, soit 97,5% de la capacité en termes de taux d'occupation.

La durée moyenne de séjour dans ces unités est de 181 jours.

## L'EHPAD

58 435 journées pour 56 entrées ont été réalisées en 2014 sur les 164 lits d'EPHAD, soit un taux d'occupation de 97,6%.



**Possibilités de financement**  
(voir conditions en magasin)



Poêles à bois - Poêles à granulés - Rénovation - Inserts et cuisinières à bois



**Les cheminées Christian Bernard**  
Créateur, constructeur et installateur

**05 49 21 83 77**

www.amf-cheminee.fr  
AMF - 14, av. La naurais  
(en face d'Intermarché)  
Z.I. Naurais Bachaud  
NAINTRÉ

**Tous prêts immobiliers depuis 1987**

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



J'ai un projet immobilier,  
Je recherche un prêt.  
*Qui peut m'aider?*



**Philippe NORMAND**

28 Rue Gaston-Hulin - 86000 POITIERS  
cabinet.renebonnet@gmail.com

**06 78 54 47 55 - 05 49 41 45 94**  
www.courtage-credit-immo86.fr

ORIAS 14000394



**Fondation**  
**CAISSES D'EPARGNE**  
**pour la solidarité**

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



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

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



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



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

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



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

**Respecter la démarche qualité**

L'ANI est une obligation.

La MHV opte pour la simplicité !

Découvrez notre nouvelle gamme :

**Professions médicales**



Pour une mise en place simple, claire et rapide d'un contrat santé, contactez nos conseillers spécialisés dans la protection sociale des professions médicales.

Tél. : **05 49 44 44 07**

mail : **[promedical@mhv86.fr](mailto:promedical@mhv86.fr)**