CHU de Poitiers

N° 45 - Décembre 2002

magazine

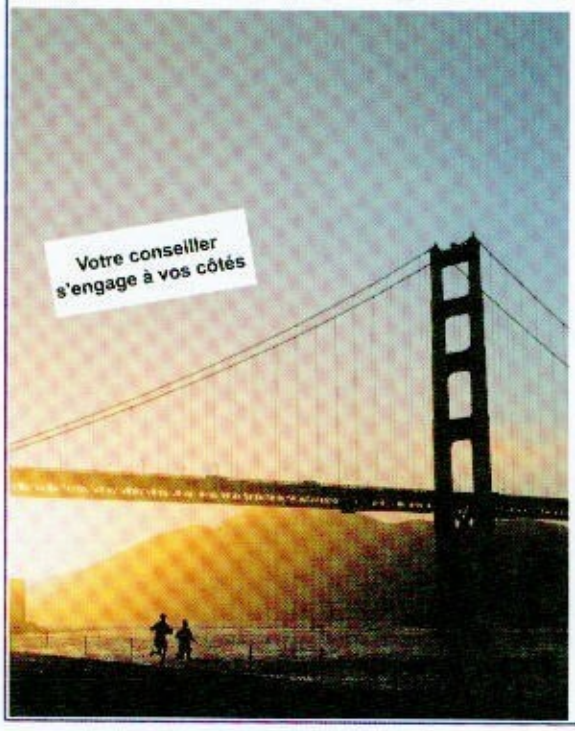
> La chirurgie assistée par ordinateur
> Du bon usage des antibiotiques
> La consultation infirmière

Dossier

Réseaux : la solution transversale

Banque Tarneaud

www.tarneaud.fr



Toujours plus proche de vous...

Une banque à l'écoute de ses clients
Notre volonté : être la meilleure banque relationnelle. Nous sommes une banque de proximité.

Une relation personnalisée
Parce que les attentes d'un médecin ne sont pas les mêmes que celles d'une infirmière ou encore celles d'un kinésithérapeute.

Une relation directe
Nous privilégions les relations en face à face, dans notre agence ou à votre cabinet.

Rencontrons-nous à **Poitiers**
39, place du Maréchal Leclerc
Tél. : 05.49.30.34.00 - Fax : 05.49.30.34.34
E-mail : caroline.le_guen@tarneaud.fr

POITIERS OPARC

6 651 logements sur Poitiers !

OPARC - 65, av. John Kennedy
B.P. 49 - 86002 Poitiers Cedex
Tél. 05 49 44 60 00

Avec ***l'OPARC***
(Office public d'aménagement et de construction de la Ville de Poitiers),

10 avantages :

- un très bref délai d'attente,
- un logement de qualité,
- un super rapport qualité/prix,
- des quittances sans surprise (mensualités incluant le loyer et toutes les charges),
- pas de frais d'agence,
- pas de frais de dossier,
- la visite gratuite des logements proposés,
- pas de frais d'état des lieux,
- un mois seulement de dépôt de garantie,
- un logement conventionné APL.

En bref... 4

La faculté de médecine rejoint l'hôpital 8
Le transfert de la faculté de médecine et de pharmacie est prévu pour 2005.

Du bon usage des antibiotiques 10
Une commission et un médecin sont chargés de rationaliser l'usage des antibiotiques à l'hôpital.

Une chirurgie plus fine et plus précise 12
Des interventions plus précises et moins invasives grâce à la chirurgie assistée par ordinateur.

Dossier

Réseaux : la solution transversale 16
La constitution de réseaux permet de coordonner les interventions des acteurs pour une meilleure prise en charge des patients.

Stomathérapie et accompagnement psychologique 20
Interview de Josiane Couvrat, infirmière stomathérapeute.

Pourquoi pratique-t-on la greffe de moelle osseuse ? 22
Le remplacement d'une moelle osseuse malade est réservé aux dysfonctionnements graves.

Le comité d'éthique du CHU de Poitiers 24
De l'éthique à la protection juridique des personnes.

Un Relais contre l'exclusion 26
Le Relais Georges-Charbonnier propose aux plus démunis de trouver accueil, soins et repas.

En bref... 28

Histoire 30

éditorial

Vous connaissez, maintenant, les projets architecturaux du CHU : extension du pôle formation documentation et reconstruction du bloc gynécologie pour mi-2004, rénovation du bâtiment Heuyer pour augmenter la capacité d'accueil en gériatrie fin 2004, reconstruction des urgences et de la biologie médicale pour fin 2005.
Ces constructions sont essentielles pour assurer la modernisation de notre CHU, mais je voudrais, en cette fin d'année 2002, dire à chacun de vous l'attention que nous portons au volet social du projet d'établissement.
En 2002, nous étions 4 290 dont 328 personnels médicaux pour assurer les tâches dévolues au CHU de Poitiers, soit 60 personnes de plus qu'en 2001 ; la consolidation de l'emploi se poursuit donc puisque ce sont 180 emplois qui ont été créés sur les trois dernières années.
En 2002, la réduction du temps de travail, qui est une mesure positive pour chacun de nous, a été collectivement difficile à mettre en œuvre du fait notamment de l'étalement des créations d'emplois sur trois ans. En 2003, 100 emplois supplémentaires sont créés dans ce cadre, ce qui améliorera la qualité de la prise en charge, même si des difficultés liées aux possibilités de recrutement subsistent.
Pour y pallier, les écoles de formation du CHU ont augmenté les quotas d'admission avec plus de 150 étudiants supplémentaires en trois ans.
Le CHU poursuit résolument la réduction des emplois précaires et, en 2002, a intégré 45 personnes précédemment en CES ou en CEC, et porte une attention particulière à l'évolution des emplois jeunes.
L'année 2002 a de nouveau montré la solidarité, la compétence et la disponibilité des personnels qui ont permis à notre institution de remplir jour après jour ses missions locales et régionales, mais aussi de faire face à des situations exceptionnelles comme celles de la catastrophe de novembre dernier. Qu'ils en soient à nouveau remerciés.

Jean-Pierre Dewitte

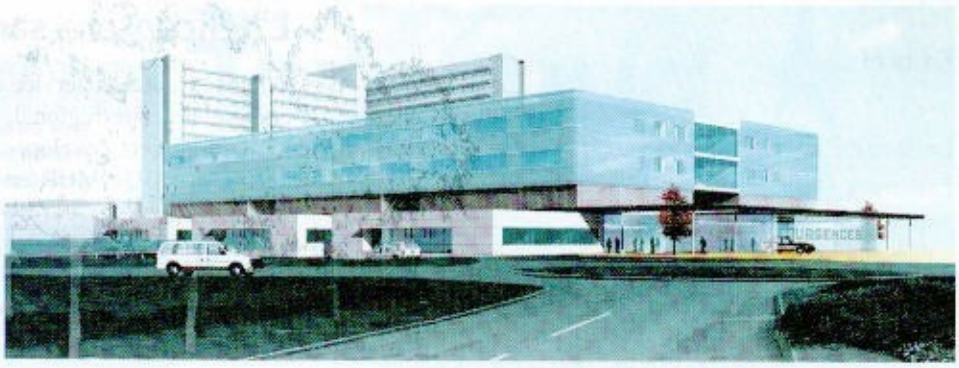
CHU *le magazine*
Direction déléguée à la communication - Centre hospitalier universitaire de Poitiers - Jean Bernard
2, rue de la Milétrie - BP 577 - 86021 Poitiers Cedex - Tél. 05 49 44 47 47 - Fax 05 49 44 47 48 - E-mail : communication@chu-poitiers.fr
Directeur de la publication Jean-Pierre Dewitte - ***Rédacteur en chef*** Stéphan Maret - ***Assistante*** Ariane Becker.
Ont collaboré à la rédaction Jacques Ariès, Roger Gil, Christine Giraud, Joelle Guilhot, François Guilhot, Edouard Randriamalala, Agence de presse AV Communication, Philippe Quintard, Ahn-Gaëlle Truong
Photographies Thierry Aimé, Karim Boubezoula, Philippe Charron - ***Photogravure et impression*** DPI Impression (Parthenay)
Publicité ComWest2 - 13, rue de Plaisance - 86190 Vouillé - Tél. 05 49 36 02 81 - Fax 05 49 88 57 86 - E-mail : comwest2@aol.com
Dépôt légal 4e trimestre 2002 - ISSN 0994-9798 - Tirage de ce numéro : 11 000 ex.

Cancérologie

En l'absence de Centre de lutte contre le cancer en Poitou-Charentes, le Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale a conféré au CHU de Poitiers un rôle de référent régional pour le traitement du cancer. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, la construction d'un bâtiment est à l'étude. Il accueillera les services d'oncologie hématologique (professeur François Guilhot), d'oncologie médicale (professeur Jean-Marc Tourani) et d'oncologie radiothérapique (professeur Alain Daban). Dans l'attente de sa mise en service, des réponses vont être apportées à l'accroissement de la demande en ayant le souci d'améliorer la qualité de l'accueil des malades.
Aujourd'hui, 22 lits de semaine sont partagés en 11 lits d'oncologie hématologique et 11 lits d'oncologie médicale. Il est envisagé de transformer ces lits en 16 lits d'hospitalisation de semaine et 6 lits d'hospitalisation complète. En complément, le CHU de Poitiers demande de porter de 14 à 22 places la capacité de l'hôpital de jour d'oncologie hématologique.

Plan Biotox

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan Biotox relatif à la lutte contre les risques biologiques et chimiques, le ministère de la Santé a réparti 2 100 respirateurs dans différents centres.
Le CHU de Poitiers a reçu 82 appareils de ce type.



Projet Urgences – Biologie médicale

Le projet d'établissement 2001-2005 du CHU prévoit la structuration en 15 pôles des activités médicales et médico-techniques. C'est dans cette perspective que s'inscrit le projet Urgences-Biologie médicale, pour lequel sera construit un nouvel édifice sur le site de l'hôpital de la Milétrie. Les Urgences seront constituées sur un premier niveau du regroupement des activités d'urgences adultes, d'urgences pédiatriques et, sur un second niveau, du SAMU-SMUR Centre 15. Seront rassemblés sur deux autres niveaux les laboratoires de biochimie et toxicologie, génétique médicale, hématologie, microbiologie A et microbiologie B ainsi que la parasitologie, actuellement situés à différents endroits du site de l'hôpital de la Milétrie. Le regroupement géographique de ces entités permettra d'optimiser les moyens matériel et humain. D'une surface totale de 17 500 m², répartis sur 5 niveaux, le bâtiment sera en liaison directe avec le plateau d'imagerie et les services de réanimation. Les travaux débuteront en mai 2003. La livraison est attendue pour mai 2005. Le coût total s élèvera à 35 millions d'euros (230 millions de francs).

Imagerie et TEP

L'année 2002 se présente comme une année inhabituelle en terme d'imagerie. Elle reflète la volonté nationale d'augmenter le parc d'équipements dans ce domaine. Ce parc, aujourd'hui, se caractérise en regard de nos voisins européens par un retard considérable et situe la France en queue de peloton. Pour sa part, le CHU de Poitiers va procéder à l'acquisition d'un second appareil d'IRM, au remplacement d'un scanner, et à la mise en service d'un TEP... Le TEP est un tomographe par émission de positons. Le TEP délivre une image des structures métaboliques quand le scanner produit une image des structures anatomiques. Dans la configuration requise au CHU de Poitiers, les deux techniques seront réunies pour obtenir une superposition des deux images permettant ainsi un diagnostic précoce et plus précis de certains cancers. L'autorisation d'installation et d'exploitation du TEP a été délivrée le 25 février 2002 au groupement d'intérêt économique «Positon Poitou-Charentes» constitué du CHU de Poitiers et de la société «Scintigraphie du centre d'imagerie en Poitou». Cette association secteur public-privé n'est pas rare dans l'acquisition et la gestion d'équipements lourds tels que le TEP qui représente un investissement de 2 à 3 millions d'euros. Installé dans le service de médecine nucléaire et biophysique du CHU, sa mise en service interviendra dans le courant du premier semestre 2003. 1 600 examens devraient être réalisés chaque année.

Consultation infirmière en pneumologie

Une équipe du service de pneumologie du CHU a présenté à ses collègues la consultation infirmière en onco-pneumologie le 24 avril dernier. Cette consultation a été instaurée dans le service du professeur Jean-Claude Meurice avec le désir d'optimiser la prise en charge des patients atteints de néoplasies bronchiques.
Après six mois de travail et de préparation, cette consultation a débuté en juin 2001. Elle s'inscrit dans la démarche qualité de l'établissement. Elle vise à améliorer l'information du patient quant à sa pathologie, au déroulement de son traitement, et à mettre en relation le patient avec d'autres professionnels tels que les assistantes sociales, les psychologues.
Cette consultation infirmière est désormais généralisée à l'ensemble de la spécialité. Ce travail d'équipe a été présenté avec succès lors du congrès de pneumologie de langue française à Nice en janvier 2002.

■ **Création d'un centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose**

Une meilleure organisation des soins pour la mucoviscidose passe par la mise en place d'un réseau de professionnels sous la responsabilité d'un «Centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose» (CRCM), situé en milieu hospitalier.
C'est ce que préconise une circulaire ministérielle en date du 22 octobre 2001.
Il s'agit d'un regroupement des compétences professionnelles des différentes disciplines concernées par la mucoviscidose pour soigner au mieux, dans la continuité et dans la globalité, les patients atteints de cette maladie.
C'est dans ce lieu de coordination des soins que les choix thérapeutiques et les décisions importantes sont pris et expliqués au patient et à sa famille.
Le CHU de Poitiers pourra ainsi offrir une structure d'accueil, une équipe pluridisciplinaire, un plateau technique et mettre en place un réseau de prise en charge des patients atteints de mucoviscidose.

Personnel médical

En 2002, les chefferies de service et de département ont connu plusieurs changements :
- département médico-chirurgical de cardiologie : le professeur Joseph Allal a succédé au professeur Robert Barraine qui a fait valoir ses droits à la retraite ;
- service de dermatologie et dermato-allergologie : le professeur Gérard Guillet a succédé au professeur Richard Maréchaud qui demeure chef du service de médecine interne, endocrinologie et maladies métaboliques ;
- service de génétique médicale : le professeur Brigitte Gilbert a succédé à Dominique Couet qui reste en fonction dans le service ;
- service de médecine physique et réadaptation : le professeur Gilles Kemoun succède au docteur Anne Delaubier qui demeure en fonction dans le service ;
- service d'orthopédie-traumatologie : le professeur Pierre Pries a succédé au professeur Jean-Pierre Clarac qui a fait valoir ses droits à la retraite ;
- pharmacie : Joëlle Grassin a succédé à Philippe Courtois qui a fait valoir ses droits à la retraite ;
- service de radiologie : le professeur Pierre Vandermarcq a succédé au professeur Michel Morin qui demeure en fonction dans le service ;
- service de réadaptation et gériatrie : le docteur Jean-Yves Poupet succède au docteur Philippe Thomas qui, à sa demande, a été muté au centre hospitalier spécialisé Esquirol à Limoges ;
- laboratoire d'immunologie et biochimie des protéines : le professeur Christian-Jacques Larsen succède au professeur Jean-Louis Preud'Homme qui a fait valoir ses droits à la retraite.

L'hélicoptère sanitaire régional

Depuis la mise en service au 1er juillet dernier d'un hélicoptère sanitaire régional, le centre hospitalier universitaire de Poitiers développe pleinement sa fonction régionale de SAMU-SMUR en néonatalogie, en neurochirurgie, en chirurgie cardio-thoracique, en cardiologie interventionnelle.
En effet, l'hélicoptère répond en priorité aux transferts des patients, dits «transports secondaires», entre les établissements rattachés aux SAMU-SMUR des départements de la Vienne, des Deux-Sèvres et de la Charente.
Ses interventions sur des lieux d'accident, dites «transports primaires», permettent de raccourcir la durée de la phase pré-hospitalière des secours. Dans certaines zones difficiles d'approche, il favorise l'accès à la victime en un temps d'intervention réduit. Il représente ainsi un véritable atout pour une prise en charge efficace des urgences.
Au cours des trois premiers mois de fonctionnement, de juillet à septembre, l'hélicoptère sanitaire régional a effectué 174 interventions pour 176 heures de vol. 15 refus de sortie ont été enregistrés pour des raisons météorologiques.
Stationné au CHU de Poitiers, l'appareil est en service toute l'année, 7 jours sur 7, avec une amplitude de fonctionnement allant d'une heure avant le lever du soleil à une heure après le coucher de celui-ci.
L'équipe médicale est constituée des médecins des SAMU-SMUR des départements de la Vienne, des Deux-Sèvres et de la Charente, sous la coordination du SAMU-SMUR du CHU de Poitiers. L'équipe est complétée par un personnel soignant. Un pool supplémentaire d'infirmiers a été spécifiquement constitué. Un pilote est en permanence sur le site.
L'enveloppe financière allouée par l'Agence régionale de l'hospitalisation Poitou-Charentes s'élève à 1 052 890 € pour un forfait annuel de 500 heures de vol.

Dermatologie : augmentation des places d'hospitalisation de jour

Le développement important des hospitalisations de moins de 24 heures amène le CHU de Poitiers à envisager la création d'une unité d'hospitalisation de jour dans le service de dermatologie et dermato-allergologie placé sous la responsabilité du professeur Gérard Guillet. 4 lits d'hospitalisation complète vont être transformés en 4 places d'hospitalisation de jour afin que la capacité totale du service soit portée à 14 lits d'hospitalisation traditionnelle et 4 places d'hospitalisation de jour. Il est à noter que la durée moyenne de séjour dans l'unité de semaine est de un jour pour un taux d'occupation de 131 % sur les quatre premiers mois de l'année 2002. Sur l'ensemble du service, 53,7 % des séjours ont une durée inférieure à 24 heures. L'évolution de l'activité du service s'accompagne d'une augmentation de la prise en charge ambulatoire dans les pathologies suivantes : allergologie, suivi d'affections dermatologiques, activité de soins de plaies et cicatrisations, chimiothérapie.

La stérilisation en pointe

Il y a un an, la nouvelle stérilisation centrale du CHU de Poitiers était inaugurée. Auparavant sur une surface de 400 m², la stérilisation s'étend désormais sur 1 300 m². Mais les changements sont loin de se limiter à sa surface... C'est l'ensemble de son fonctionnement et de son activité qui a été repensé. Désormais, le service se décompose en trois zones techniques : la zone de lavage, la zone de conditionnement et la zone de stockage stérile. Il comprend une innovation : le tunnel de lavage. Cet outil comporte un bac de lavage à ultrasons intégré qui permet de nettoyer plus spécifiquement le matériel d'endochirurgie. Aujourd'hui, très peu d'établissements de santé en sont équipés.

Les missions de la stérilisation ont évolué depuis 20 ans. Avec le recours à des matériels à usage unique par les laboratoires et les services de soins, l'activité de stérilisation vise essentiellement le traitement des matériels de blocs opératoires.

L'équipe compte un pharmacien, un cadre infirmier et une infirmière, ainsi que 25 agents. 20 m³ de produits sont stérilisés quotidiennement avec l'assurance d'une traçabilité.

Changements dans l'équipe de direction

Directeur de l'hôpital gériatrique Louis Pasteur depuis janvier 1996, Jean Abbad a fait valoir ses droits à la retraite. Après de riches et multiples expériences dans les secteurs sanitaire, social et hospitalier, Jean Abbad est arrivé au CHU en 1987 à la direction des ressources humaines, avant de prendre la direction de l'hôpital de la Milétrie.

A compter de janvier 2003, Jean Abbad sera remplacé par Renaud Bègue à la direction de l'hôpital gériatrique Louis Pasteur. Après une année et demie passée au CHU de Nîmes, Renaud Bègue revient au CHU de Poitiers où il était, de 1992 à 2001, directeur de l'hôpital de la Milétrie.

Directeur général adjoint du CHU depuis 1994, Hubert Garrigue-Guyonnaud prendra, à compter de janvier 2003, la direction de l'hôpital de Blois.

Infirmières anesthésistes à Helsinki

Sept infirmières anesthésistes (IADE) du CHU de Poitiers ont participé du 8 au 12 juin dernier au 7e Congrès mondial des IADE à Helsinki. Ce projet n'aurait pu voir le jour sans le soutien de la formation continue, des sponsors et l'ensemble de l'équipe d'IADE qu'il convient de saluer. En effet, les agents restés sur place ont répondu aux besoins des services et pallié l'absence de leurs collègues en déplacement. Ces dernières ont échangé avec les congressistes étrangers sur les organisations de travail, les savoir-faire, l'avenir de la spécialisation. Les IADE sont également revenues avec la volonté de s'investir dans la «recherche infirmière» qui semble bien développée dans les pays voisins.

Une salle de conférences pour vous

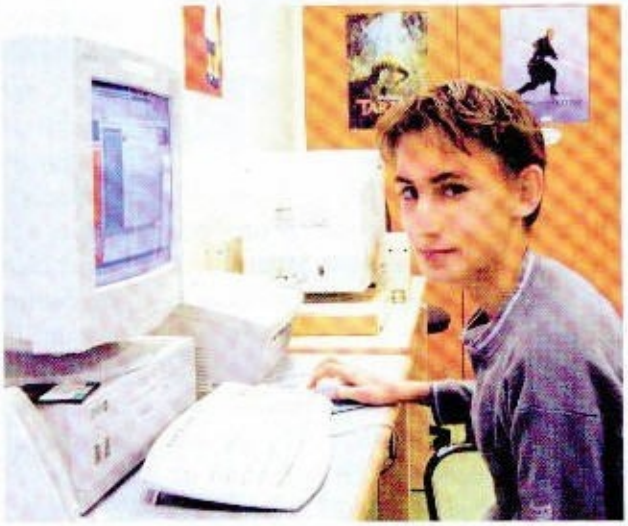
Une nouvelle salle de conférences située à l'hôpital de la Milétrie a ouvert ses portes cette année. D'une capacité de 216 places assises + 8 places pour personnes handicapées, cette salle dispose d'équipements audiovisuels et multimédias. L'ensemble comprend également 2 salles de réunions annexes de 20 places chacune, disposant d'une télévision et d'un magnétoscope. A noter que l'une de ces salles permet d'assurer des visioconférences.
Pour tout renseignement ou réservation, s'adresser à la direction de la Milétrie, au 05 49 44 44 25
E-mail : dhjb@chu-poitiers.fr

Le Centre de recherche clinique

Une dynamique de la recherche clinique est observée qui se traduit par un nombre croissant de projets.
Ouvert en mars 2002, le Centre de recherche clinique (CRC) doit structurer les projets qu'il accueille et coordonner les thématiques de recherche. La création de ce centre revêt une importance particulière sur le plan régional, car il n'existe en Poitou-Charentes aucun autre établissement public se consacrant à la recherche clinique. Le CRC devrait donc stimuler la coopération des équipes et des centres hospitaliers de la région.
Aujourd'hui, le Centre comprend 6 lits, une salle de tests, une salle de prélèvements, un local infirmier, une salle de consultation et une pharmacie. Une extension est prévue, augmentant la capacité d'accueil à 12 lits. La première mission du CRC est d'apporter conseils et support en matière de méthodologie, de réglementation et d'organisation des essais cliniques. Les investigateurs pourront aussi trouver au CRC une aide à la rédaction des protocoles et à la réalisation d'une base de données. Les professionnels du Centre pourront se charger à la fois du calcul du nombre de sujets nécessaires et de leur sélection, de la réalisation d'analyses statistiques, de l'élaboration d'une liste de randomisation, et de la prise de contact avec les différents partenaires de l'étude.
Le CRC est un lieu réservé à la réalisation et à la coordination de projets de recherches biomédicales chez des volontaires sains et malades, dans le respect des bonnes pratiques cliniques dans la mise en place, le suivi et la clôture des études.
Pour tous renseignements, appelez le 05 49 44 46 89 – E-mail : crc@chu-poitiers.fr
Professeur Marie-Christine Perault-Pochat, coordinatrice
Docteur Emmanuel Krupka, médecin délégué

Des ordinateurs pour les enfants

La centrale nucléaire de Civaux souhaitait favoriser davantage l'accès au divertissement et à l'enseignement des jeunes malades. Ainsi, en complément de l'action quotidienne du CHU de Poitiers et de l'association «Un hôpital pour les enfants», EDF a fait don, le 10 juillet dernier, d'une vingtaine d'ordinateurs aux enfants hospitalisés. Le matériel a été remis en présence du docteur Michel Berthier, président de l'association, et de Robert Le Coley, directeur de l'hôpital de la Milétrie. La centrale de Civaux représente un partenaire précieux pour la démarche d'accueil des enfants hospitalisés. En effet, au cours des années précédentes, un don de 1 500 € et des centaines de cassettes vidéo ont été remis à l'association.



La Commission des relations avec les usagers Bilan 2001

Installée au CHU de Poitiers le 17 mars 1999, la Commission des relations avec les usagers est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation dont elle dispose. Elle est composée de médecins, d'infirmiers et des représentants des usagers au conseil d'administration.
La Commission formule des recommandations et les adresse au chef d'établissement. Elle élabore un rapport annuel d'activité transmis au directeur général et aux instances.
L'analyse des plaintes et réclamations est conduite par nature, par service et par type.
En 2001, 456 dossiers ont été ouverts : 318 dossiers de réclamations ont été gérés par la direction des usagers, des risques et de la qualité. Les principaux motifs de réclamation sont la demande de dossiers, la qualité de l'accueil, de la prise en charge, de l'information ou de l'écoute reçues par le patient.
De plus, 112 déclarations d'incidents (chutes, perte ou détérioration d'objets, blessures) et 26 contentieux ont été enregistrés.

La faculté de médecine rejoint l'hôpital

Le transfert de la faculté de médecine et de pharmacie à la Milétrie, attendu depuis 30 ans, est prévu pour 2005. Ce rapprochement va permettre une meilleure utilisation des moyens et une plus grande synergie entre les deux institutions.

«Les centres hospitaliers universitaires, (CHU), définis par les ordonnances de 1958, sont l'association de moyens humains et matériels entre un hôpital et une faculté de médecine, explique le professeur Roger Gil, doyen de la faculté de médecine et de pharmacie et chef du service de neurologie au CHU. *Les CHU répondent à une triple mission : enseignement, recherche et soins. Ce qui explique que progressivement toutes les facultés de médecine se sont construites ou reconstruites sur les sites mêmes des hôpitaux.»*

Cette entité géographique a existé à Poitiers avec l'Hôtel-Dieu jusqu'au moment où celui-ci, à la fin des années 70, a déménagé du centre-ville pour s'installer sur le domaine de la Milétrie. *«A cette époque, s'est posée naturellement la question du transfert de la faculté. Plusieurs projets ont été montés mais, faute de crédits d'Etat, aucun n'a vu le jour.»* Il a fallu attendre 1997 pour que l'idée soit relancée. *«En proposant de participer à hauteur de 20 % à l'investissement de cette reconstruction, le CHU a entraîné dans son sillage la participation des collectivités locales,* précise Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU. *Ce qui est exemplaire, sachant qu'un tel programme relève théoriquement des compétences de l'Etat.»*

L'actuelle fac.

Beaucoup plus fonctionnel avec des amphithéâtres allant de 600 à 1 000 places sur une surface d'environ 10 000 m², ce nouvel édifice, qui sera construit immédiatement à droite en entrant sur le site du CHU, *«va susciter une plus grande dynamique dans l'enseignement et la recherche : par une meilleure utilisation des moyens, une synergie accrue entre les deux structures et grâce à la concentration des unités de recherche dans un même lieu,* poursuit le professeur Gil. *De plus, située à proximité du Pôle Biologie Santé, composé en partie d'équipes hospitalo-universitaires et de la faculté Science de la Vie, cette implantation va créer un ensemble homogène autour de la santé où des interactions seront envisageables.»* D'autant qu'il est également prévu de regrouper au CHU les différentes écoles de formation des professions paramédicales. *«La proximité sera bénéfique pour tous les étudiants et les élèves car, à terme, ils seront amenés à travailler ensemble,* ajoute Jean-Pierre Dewitte. *Avec ce rapprochement, nous sommes en train d'asseoir pour l'avenir une activité hospitalo-universitaire à Poitiers.»*

L'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, qui est passé de 490 l'an dernier à 568 cette année grâce à un numerus clausus revu à la hausse, ne fait que confirmer cette situation.

Aujourd'hui, la reconstruction de cette faculté, qui s'élève à 18 M€, en est au stade du choix de l'architecte. En 2005, les étudiants devraient faire leur rentrée dans des locaux flambant neufs au pied de la tour Jean-Bernard. ■

FORCLUM Poitou
10 rue des Frères Lumière
Z.A.E. du Pas de Saint Jacques
86180 BUXEROLLES
☎ 05.49.45.17.27 🖷 05.49.56.14.72
RESEAUX EXTERIEURS - GAZ -
ECLAIRAGE PUBLIC -
EAU POTABLE -
TELEDISTRIBUTION

INEO
INEO ATLANTIQUE
SNC INEO ATLANTIQUE
17, rue Claude Berthollet
Z.I. République III
86000 POITIERS
Tél : 05.49.52.33.33 – Fax : 05.49.55.45.12
EQUIPEMENTS ELECTRIQUES
- Electricité Courants Forts
- Electricité Courants Faibles
- Automatismes
- Informatique Industrielle
- Supervision
- Groupes Electrogènes
- Détection Automatique d'Incendie
- Anti-intrusion – Contrôle d'accès
- Dépannage, Entretien, Maintenance 24 h/24

Une équipe de professionnels à votre service

Fioul Rubis
FIOUL DOMESTIQUE
CARBURANTS
LUBRIFIANTS
AVIA
picoty sa
L'énergie gagnante
23300 LA SOUTERRAINE
05 55 89 38 05

cpm dubois
Cloisons sèches - Plafonds acoustiques
plâtrerie - isolation - carrelage
Menuiseries intérieures
31, rue des Mortiers - B.P. 1 - 86360 MONTAMISÉ
Tél. 05.49.44.91.27
Fax. 05.49.47.02.23
E-mail : cpm.dubois@wanadoo.fr

BETE
apave
nord-ouest
Le partenaire technique du milieu hospitalier
- *Assistance Technique*
- *Contrôles Réglementaires*
- *Démarches Qualité Structures de soins*
- *Maîtrise des Risques*
- *Formation Professionnelle*

27, rue Victor Grignard - ZI de la République 2
BP 1107 - 86061 POITIERS CEDEX 9
Tél. 05 49 62 66 30 Fax. 05 49 55 32 12

id
INGENIERIE & DEVELOPPEMENT
Partenaires
Siège Social
25, place Henri Barbusse - BP 60962 - 86038 POITIERS CEDEX
Tél. : 05.49.01.45.12 - fax : 05.49.01.93.70
e.mail : ingenierie_developpement@wanadoo.fr
BUREAU D'ETUDES TECHNIQUES
BATIMENT - INFRASTRUCTURE - FLUIDES- INDUSTRIEL
Maîtrise d'oeuvre - Assistance à Maîtrise d'ouvrage
Etudes de faisabilité

GRASSIN décors
- Peinture
- Mur
- Sol
- Parquet
- Voilage
- Moquettes et plastiques
- Miroiterie

Ouvert du Lundi au Samedi
9h00 - 12h00 et 14h00 - 18h45
Centre de Gros - BP 1016
ZI République
86060 POITIERS Cedex 9
Tél : 05 49 41 75 76

Du bon usage des antibiotiques

Une commission et un médecin référent en antibiothérapie sont désormais chargés de rationaliser l'usage des antibiotiques à l'hôpital. L'objectif n'est pas seulement économique, il s'agit surtout d'endiguer l'augmentation des résistances bactériennes.

Alors que la campagne publicitaire de la Cnam *Les antibiotiques c'est pas automatique* bat son plein sur les écrans de télévision, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) demande aux hôpitaux de créer des commissions spécifiques pour améliorer l'utilisation des antibiotiques et de nommer un médecin référent en antibiothérapie. En effet, comme l'indique la circulaire du 2 mai 2002, *«différentes enquêtes démontrent que 20 à 50 % des prescriptions d'antibiotiques sont inappropriées dans les hôpitaux»*. Il s'agit, par ces mesures, d'analyser la consommation d'antibiotiques et d'en rationaliser l'usage dans les établissements hospitaliers. *«Nous accueillons à l'hôpital des personnes particulièrement fragiles. Cela conduit peut-être certains médecins, par prudence, à prescrire abusivement des antibiotiques.»* Selon France Roblot, ces pratiques «inappropriées» sont de plusieurs ordres. Ce peut être un choix inadapté du type d'antibiotique. A plus ou moins large spectre, les molécules ciblent un nombre variable de bactéries. La prudence pousse, quand on ne sait pas quelle bactérie est en cause, à prescrire un médicament à large spectre. Mais, plus on utilise «l'artillerie lourde», plus on risque de favoriser les bactéries les plus résistantes. *«Une fois les résultats d'examen en main, il faut avoir le réflexe d'adopter le traitement le mieux adapté.»* Le choix de la voie d'utilisation est aussi à analyser. Quand l'état du patient le permet, le passage de l'intraveineuse à la voie orale, moins onéreuse, doit être systématique. Il s'agit également de rationaliser les posologies et les durées de prescription. Au CHU de Poitiers, les préconisations de la DHOS se sont traduites par l'arrivée de 5 nouveaux membres[1] au sein de la commission des anti-infectieux, issus notamment des services prescrivant régulièrement des antibiotiques. *«Il nous paraissait nécessaire d'impliquer les prescripteurs dans les prises de décision*

à venir», note France Roblot, en précisant que «*la commission n'est pas là pour imposer mais pour proposer*». Une réunion le 15 octobre a permis de définir les grandes lignes des actions à engager prochainement. Première priorité : former et informer. Le guide à l'usage des médecins pour un bon usage des antibiotiques sera actualisé avec une prochaine mise en ligne sur Intranet. Deuxième axe : évaluer. Un an après l'audit effectué sur l'antibioprophylaxie, la commission doit analyser de nouveau cette dernière pour en vérifier la conformité aux recommandations nationales. En outre, certains antibiotiques tels que la *Vancomycine*, la *Tazocilline* et l'*Augmentin* seront observés de près pour évaluer la pertinence des prescriptions. Par exemple dans le cas d'une augmentation importante des prescriptions de *Vancomycine* et, parallèlement, d'une stabilité manifeste des staphylocoques résistants à la méticilline, il s'agira d'isoler les causes de ce décalage apparent entre l'augmentation du remède et la stabilité des manifestations des bactéries. «*Cette évaluation s'appuiera sur les données recueillies par la pharmacie et le laboratoire de bactériologie. Nous partirons des ordonnances pour ensuite remonter le fil du dossier*», précise France Roblot. En outre, la commission répondra aux demandes de mise à jour des protocoles d'antibiothérapie curative. Le service d'urologie a d'ores et déjà formulé une telle requête. Le comité s'attachera également à établir la liste des anti-infectieux dont disposera l'hôpital en 2003.

Dans la circulaire du 2 mai 2002, la DHOS préconise la création, dans certains hôpitaux, de centres de ressources à destination des médecins libéraux. Même si le CHU de Poitiers ne fait pas partie de ces établissements pilotes, «*un développement significatif de la collaboration avec les médecins généralistes est une de nos priorités*», note France Roblot, en ajoutant que la commission se tient à leur entière disposition pour de plus amples informations sur les antibiotiques, sur demandes ponctuelles ou par le biais de la formation continue. «*Les médecins sont très demandeurs de formations pour s'orienter dans l'immense choix de molécules dont ils disposent et donc recentrer leurs prescriptions.*» Aujourd'hui, il existe un test de diagnostic rapide qui permet de savoir si la maladie est d'origine bactérienne ou virale, mais les médecins restent sujets à la pression des familles. Une tendance que la campagne de la Cnam cherche a inverser.

Sans être formalisée comme elle l'est aujourd'hui, cela fait déjà 3 ou 4 ans qu'une rationalisation de la consommation des antibiotiques est engagée. De fait, depuis un an au CHU, les coûts dédiés à l'antibiothérapie ont baissé de 10%. «*Cette baisse est due à l'arrivée des génériques et à la baisse du prix de certains antibiotiques. Mais comme d'autres ont augmenté, nous estimons aussi que l'attention portée à ce problème a déjà porté ses fruits. Les mesures à venir devraient accentuer cette tendance. Cependant l'impact économique ne doit pas occulter l'objectif principal de ce plan d'action qui est d'abord écologique. Il s'agit avant tout d'endiguer l'augmentation des résistances bactériennes.*» ■

[1] **Membres de la commission des anti-infectieux avant le 15 octobre** :
Joëlle Grassin (pharmacie), Antoine Dupuis (pharmacie), Sylvie Favrelière (pharmacovigilance), Christophe Burucoa (bactériologie), Ghislaine Grollier (bactériologie), René Robert (réanimation médicale), Olivier Minoz (réanimation chirurgicale), Gwenael Lemoal (maladies infectieuses), France Roblot (maladies infectieuses).

Membres de la commission depuis le 15 octobre :
Marc Renaud (hématologie), Edouard Randriamalala (hématologie), Christelle Follet (pédiatrie), Louis Lacoste (anesthésie) ainsi qu'un pneumologue dont le nom n'a pas encore été communiqué.

France Roblot

Une chirurgie plus fine et plus précise

L'utilisation des clichés scanner et IRM pour une planification préopératoire des gestes du chirurgien et une visualisation en temps réel sont devenus possibles par l'acquisition en 1999 d'une plate-forme de chirurgie assistée par ordinateur. Il permet aux chirurgiens d'effectuer des gestes thérapeutiques encore plus précis et moins invasifs.

Les progrès de l'imagerie médicale et des nouvelles technologies à visée thérapeutique apportent aujourd'hui aux praticiens une précision et une fiabilité accrues dans des situations complexes et délicates. Les spécialités chirurgicales sont naturellement les premières à bénéficier de ces progrès technologiques. Aussi, depuis trois ans, le CHU de Poitiers utilise une plate-forme de chirurgie assistée par ordinateur (CAO).
Trois services se partagent le matériel, la neurochirurgie, l'orthopédie et l'ORL avec le même souci dans son application : une plus grande précision du geste opératoire pour une meilleure prise en charge du patient. *«Lorsque nous opérons, il est évident que nous essayons d'être le plus efficace en étant le moins invasif possible*, explique le professeur Françoise Lapierre, chef du service de neurochirurgie. *Pour arriver à cette efficacité il faut assurer une grande précision. Et cette précision, nous l'obtenons avant tout par une imagerie performante mais aussi par un guidage per-opératoire et péri-opératoire qui nous permet de localiser la cible et de choisir la meilleure trajectoire pour l'atteindre en étant le moins délabrant possible.»* Principaux objectifs auxquels répond la chirurgie assistée par ordinateur.

La trajectoire idéale

En effet, à partir d'images numérisées de scanner, d'IRM, d'échographie, introduites dans un ordinateur le chirurgien peut planifier et étudier les différents paramètres de son opération. *«Cette technologie nous aide à réaliser le préplanning opératoire qui consiste à déterminer le point d'incision et la meilleure trajectoire pour traiter le problème tout en tenant compte de la sécurité du patient. Car, en plus de l'imagerie, nous pouvons également insérer des données anatomiques comme les atlas de stéréotaxie ou l'artériographie, qui nous aident à récuser une trajectoire jugée trop dangereuse car trop près d'une structure pré-fonctionnelle.»*
Ensuite, au cours de l'opération, le geste opératoire est sécurisé. Le chirurgien a la possibilité de se repérer en temps réel sur l'imagerie préopératoire qui apparaît sur l'écran de l'ordinateur. Pour cela, au sein du bloc opératoire, le patient est équipé de repères qui le mettent en conformité avec les données de l'ordinateur. *«Nous prenons des points particuliers sur la structure afin d'obtenir une parfaite adéquation avec les images stockées. Tous les outils que nous utilisons sont également repérés, ainsi nous visualisons leur emplacement par rapport à la trajectoire idéale calculée.»*
«Outre le fait que cette technologie nous a apporté une tranquillité d'esprit par le gain d'une plus grande précision donc d'une sécurité accrue pour le patient, elle élargit les indications sur des petites lésions qui, jusque-là, étaient peu ac-

cessibles. De plus, dans certains cas de tumeurs ou d'hydrocéphalies, où les repères visuels sont complètement brouillés, il est possible dorénavant d'aller directement à l'endroit à traiter sans entreprendre des manœuvres opératoires complexes qui sont souvent les causes principales de mortalité. »

Comme pour la neurochirurgie, les opérations en orthopédie nécessitent l'abord de zones hautement fonctionnelles, notamment dans la chirurgie de la colonne vertébrale. *«La CAO nous permet de repérer les parties que nous ne pouvions pas voir en chirurgie classique,* précise le professeur Pierre Pries, chef du service orthopédie traumatologie. *Avant, lorsque je posais une vis, je voyais mon point d'entrée mais pas celui de sortie. Désormais, je visualise tous les paramètres, ce qui donne la possibilité de calculer une trajectoire avec une précision de l'ordre du millimètre et évite ainsi d'aller abîmer la moelle épinière ou de mettre la vis à côté.»*

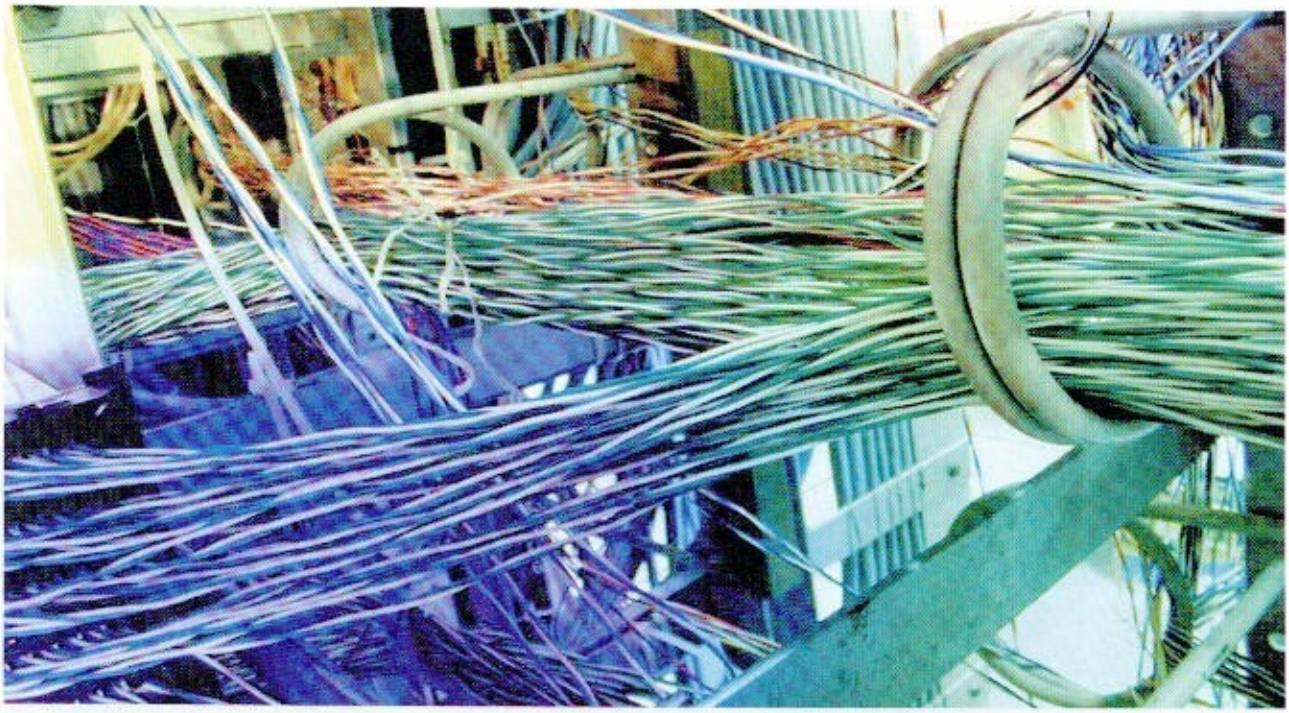
Toutefois la CAO n'est pas utilisée systématiquement. *«Dans des opérations de pose de prothèses de hanches ou de genoux dites classiques et sans risque vital pour le patient, cette technologie n'est pas indispensable. Car elle a l'inconvénient d'augmenter le temps d'opération donc d'accroître le risque de complications infectieuses.»*

«La plate-forme CAO est une véritable aide à la formation car elle offre aux internes l'opportunité de s'entraîner dans un environnement conforme à la réalité, poursuit le professeur Lapierre. *Avant l'acquisition de cet outil, nous devions conceptualiser le geste opératoire, qui se fait en trois dimensions, à partir d'images radiologiques en deux dimensions. Avec la CAO, qui calcule et affiche en permanence des images radiologiques en trois dimensions, il nous est beaucoup plus simple de se représenter la structure dans laquelle ils vont travailler. De plus, des interactions entre la machine et l'homme sont possibles, l'un pouvant vérifier l'autre.»*

Bientôt des robots chirurgicaux

Face aux développements de ces nouvelles technologies déjà se profile une nouvelle étape de la chirurgie assistée par ordinateur : les robots chirurgicaux. *«Je pense qu'à terme nous parviendrons à utiliser des robots qui seront capables de réaliser des tâches avec une grande précision tout en étant moins invasifs,* indique le professeur Pries. *Mais il est encore un peu tôt pour se prononcer sur les bénéfices réels de cette technique pour le patient. Ces robots sont extrêmement coûteux, il nous faut donc d'abord mesurer leurs effets en terme de durée d'hospitalisation, de mortalité postopératoire et établir la proportion de personnes susceptibles d'en bénéficier.»*

Avant de faire une telle acquisition, le CHU réfléchit d'abord à l'éventualité d'investir dans une seconde plate-forme de chirurgie assistée par ordinateur. ■



De la prévention au diagnostic, de la thérapie à la rééducation jusqu'aux soins palliatifs, la prise en charge d'un patient compte plusieurs étapes qui mobilisent des professionnels issus des domaines médicaux et sociaux, publics et privés, hospitaliers et ambulatoires. La constitution de réseaux permet de coordonner efficacement les interventions de tous les acteurs.

Réseaux : la solution transversale

Dans une organisation «traditionnelle», la coordination entre les différentes étapes de la prise en charge d'un patient n'est pas formalisée, voire inexistante. *«Certains professionnels de santé ne savent rien des soins qui sont prodigués à leurs patients en dehors de leur propre intervention»*, note Jean-Pierre Robelet, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam). De nombreux dysfonctionnements tels que la redondance des examens ou un cheminement laborieux du patient d'un intervenant à l'autre découlent alors de cette absence de concertation.

La prise en charge par un réseau vise à replacer le patient au centre de l'organisation. *«Le réseau lui évite d'errer d'un professionnel à l'autre et, au contraire, cherche à réunir l'ensemble des intervenants autour de son dossier»*, ajoute Jean-Pierre Robelet. De fait, un réseau doit coordonner l'ensemble des actes pour aboutir à une prise en charge globale du patient tout en assurant des soins de proximité de qualité et une meilleure orientation. En promoteur convaincu des réseaux de santé, Eric-Pascal Satre, coordinateur du pôle des réseaux de santé en Poitou-Charentes pour l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) résume ainsi les bénéfices d'une telle organisation : *«Un réseau offre au patient une meilleure prise en charge. Il permet, une fois sa dynamique lancée, un gain de temps et d'efficacité qui profite autant au malade qu'au médecin. En outre, ils sont une réponse adaptée à la baisse des effectifs des médecins ainsi qu'à leur inégale répartition géographique. Lorsque ces réseaux s'appuient sur les nouvelles technologies de la communication, les distances sont abolies et l'expertise se rapproche.»*

Nés par nécessité

La majorité des professionnels de santé estiment travailler en réseau. Mais il s'agit en fait de liens informels qui naissent sur le terrain quand le besoin se fait ressentir de consulter un spécialiste et

Les réseaux sont définis par la loi relative aux droits des malades du 4 mars 2002

«Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.»

Le décret d'application de cette loi, daté du 25 octobre dernier, fixe les conditions de financement des réseaux de santé. Ils peuvent désormais émarger sur une sous-enveloppe de l'Objectif national d'assurance maladie (Ondam), la dotation nationale de développement des réseaux s'élevant à 22,87 M€.

d'échanger des informations sur un patient. Ce sont des réseaux de connaissance, des «carnets d'adresses» en somme. Mais, comme l'indiquent les priorités de santé publique, le temps est aux réseaux structurés et évalués. Cette notion de réseau de santé «formalisé» n'est pas une nouveauté mais elle prend aujourd'hui une nouvelle dimension, prônée comme solution aux lacunes du système de prise en charge. La première apparition d'une action concertée entre plusieurs entités médicales date de 1914 avec la mise en place d'un plan d'action de lutte contre la tuberculose. Les sanatoriums se chargeaient alors de l'isolement et du traitement des malades contagieux, les infirmières de l'éducation sanitaire à domicile et le dispensaire d'une surveillance épidémiologique. Plusieurs décennies plus tard, dans les années 80, l'épidémie de Sida, l'augmentation de la toxicomanie ou les besoins accrus de maintien à domicile des personnes âgées incitent les professionnels médicaux et sociaux à se rapprocher pour coordonner le suivi. Mais nombre de ces réseaux restent balbutiants jusqu'à la création en 1991 des premiers réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des malades atteints du Sida. S'en sont suivis en 1993 des réseaux de gérontologie, de toxicomanie et d'hépatite C. En 1996, les ordonnances dites «Juppé» donnent enfin un premier cadre réglementaire à ces réseaux et en inscrivent le concept dans le Code de la sécurité sociale et dans celui de la santé publique. Ces ordonnances ont donné naissance aux réseaux de soins coordonnés expérimentaux, les réseaux Soubie. La circulaire de novembre 1999 fait le point sur les réseaux de soins mis en place en France et définit les règles et outils indispensables à leur développement. La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades établit la base juridique des réseaux de soins qui deviennent alors des réseaux de santé. Ils se substituent aux réseaux Soubie et aux réseaux hospitaliers. Le texte donne en outre une définition précise des réseaux.

Le parcours du combattant

Pour créer un réseau, le promoteur doit en premier lieu en justifier la pertinence en pointant les dysfonctionnements ou les lacunes d'une prise en charge concernant plusieurs compétences. Tout en vérifiant que le thème du réseau correspond bien aux priorités de santé définies notamment par la conférence régionale de santé, par les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ou par l'Assurance maladie. La constitution du réseau repose ensuite sur la formation d'un «noyau dur» de professionnels, impliqués dans la prise en charge des usagers. Ils devront procéder à un état des lieux ainsi qu'à une définition du territoire d'action et à une identification des populations ciblées. Ils définiront leurs objectifs médicaux, structurels et économiques pour ensuite choisir leur statut juridique. L'association loi 1901 est le modèle le plus courant mais les réseaux peuvent également adopter la forme de groupement d'intérêt public ou économique ou de coopérative. Interviennent ensuite les étapes de prise de contact avec les groupes de professionnels qui pourront être concernés par le réseau ainsi qu'avec les financeurs. Les réseaux sont essentiellement financés par l'ARH et l'Urcam mais peuvent aussi l'être par les collectivités locales et territoriales. Par exemple, le réseau de gérontologie bénéficie de quatre financements distincts. Le premier vient du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) de l'Urcam à destination de l'association Santé libéraux 86 et gérontologie. Le second vient de l'ARH à destination de la coordinatrice du réseau. Le troisième et le quatrième

(Suite page 17)

Eric-Pascal Satre

Personnes âgées : lier le sanitaire et le social

«Notre mission n'est pas d'ajouter une nouvelle structure à toutes celles qui existent déjà. Au contraire, nous souhaitons les coordonner pour éviter la juxtaposition et la fragmentation des aides», précise Danielle Métais, coordinatrice du réseau gérontologique. De fait, il n'est pas question de substituer le réseau aux «référents naturels» mais de prendre le relais quand ces derniers rencontrent des difficultés à gérer seuls une prise en charge globale. Il s'agit d'apporter une réponse personnalisée aux situations complexes, fragiles ou conflictuelles, qui demandent la mobilisation coordonnée de plusieurs intervenants à domicile ou dans les transferts entre l'hôpital et le domicile. Depuis janvier 2001, Danielle Métais a traité 170 demandes d'aides émanant de personnes âgées, de familles, de médecins, de services d'aide à domicile, d'infirmiers, etc. Après avoir évalué la situation qui peut être urgente, dans les cas par exemple de suspicion de maltraitance des personnes âgées par leur entourage, la coordinatrice «pioche» dans le panier de compétences engagées dans le réseau pour mobiliser les intervenants adaptés. «*Cependant*, ajoute-t-elle, *nous essayons au mieux d'anticiper les situations d'urgence pour programmer par exemple les hospitalisations et mettre en place les conditions optimales de soutien à domicile avant et après*»

L'originalité du réseau tient à l'étroite coopération entre le milieu médical et le milieu social. «*Les réunions mensuelles permettent de faire tomber les murs érigés par la compétition ou l'ignorance. Hospitaliers, libéraux et travailleurs sociaux découvrent enfin ce que font les autres et peuvent désormais adapter leurs actions dans une optique de complémentarité.*» Danielle Métais attend avec impatience la finalisation des projets de télémédecine, notamment la mise en œuvre d'un dossier partagé, qui apporterait une réelle valeur ajoutée au réseau.

Danielle Métais

Le réseau gérontologique est né d'une réflexion initiée conjointement par le CHU, le centre hospitalier Henri Laborit, la médecine libérale et la ville de Poitiers (CCAS) sur la prise en charge du vieillissement.

Réunies par une convention de gestion, les quatre instances créent alors le réseau gérontologique ville-hôpital autour de trois structures : un comité de suivi composé de directeurs d'établissements, de représentants du CCAS et de libéraux, un groupe de travail réunissant l'ensemble des intervenants de la prise en charge des personnes âgées ainsi qu'une unité de coordination composée d'une coordinatrice et d'une secrétaire recrutées au 1er janvier 2001.

Le réseau est financé par l'Etat, le Cnasea, le CCAS et le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Le bureau du réseau est situé à l'hôpital gériatrique Louis Pasteur à Poitiers.

(Suite de la page 15)

émanent du Centre communal d'action sociale (CCAS) de Poitiers et du Cnasea pour la rémunération de la secrétaire.

Pour faciliter les démarches des promoteurs, l'Urcam et l'ARH ont mis en place un comité régional des réseaux réunissant les représentants de l'ARH, de l'Assurance maladie, de la Drass, des hôpitaux privés et publics et des médecins. Ce comité permet au promoteur de prendre contact avec ses éventuels financeurs et de confronter son dossier à leur avis. Ce fonctionnement en «guichet unique» vient d'être reconnu et préconisé par le décret d'application de la loi de modernisation du système de santé. Les demandes de financement doivent être adressées par le promoteur au directeur de l'ARH et au directeur de l'Urcam qui décideront désormais conjointement de leur attribution ou non.

Evaluer

L'évaluation du réseau est un des critères de qualité des réseaux, elle est obligatoire. Eric-Pascal Satre se charge de cette évaluation pour les réseaux promus par des hospitaliers. *«Je me base en premier lieu sur des critères pragmatiques»*, tels que des relevés d'activité de la visioconférence pour le réseau cancérologie ou un relevé des transferts pour le réseau périnatalité, pour dans un second temps évaluer dans quelles conditions les nouvelles pratiques ont modifié les stratégies thérapeutiques. Le pôle des réseaux vérifie également que les financements sont correctement utilisés. En outre, les coordinateurs de réseaux de Poitou-Charentes et d'Aquitaine sont associés dans le cadre du projet de recherche évaluative sur la performance des réseaux de soins (Reperes) mené par l'Inserm. Ce programme doit évaluer l'impact de réseaux sur le parcours de soin chez les patientes atteintes du cancer du sein.

A l'Urcam, les réseaux financés dans le cadre du FAQSV sont évalués par des fournisseurs privés d'audits de santé sur des critères d'efficacité de traitement, de confort et de bonne diffusion de l'information auprès du malade et de gains d'efficacité et de temps pour les médecins.

Inertie et rivalités

En Poitou-Charentes, Eric-Pascal Satre estime à une quarantaine le nombre de réseaux en place. La plupart d'entre eux relient des intervenants autour d'une population spécifique comme les personnes âgées ou les toxicomanes, ou autour d'une pathologie comme le cancer ou le diabète. Apparemment, franchir le pas entre le «carnet d'adresses» et le réseau structuré ne se fait pas si aisément. *«Ce grand mouvement de coopération et d'échange est encore à initier*, note E.-P. Satre. *Ce n'est pas si facile de s'ouvrir aux autres quand on a toujours travaillé de son côté.»* La création d'un réseau reposant sur le volontariat, il s'agit de passer de longues périodes de prises de contact pour convaincre les futurs membres de l'intérêt de la démarche mais aussi en investissant un temps précieux au départ pour contrer les inerties. Cette implication dévoreuse de temps a de quoi faire peur, elle nécessite de la conviction, des formations et des changements d'habitudes *«mais elle est indispensable»*, ajoute E.-P. Satre. De plus, la qualité d'un réseau exige de mettre fin aux rivalités opposant régulièrement la médecine libérale à l'hôpital. A ceux qui lui demandent si le partage d'informations entre les différents acteurs de la santé - le rouage principal d'un réseau, n'est pas synonyme de perte de pouvoir et d'identité - le coordinateur des réseaux répond qu'*«effectivement, posséder une information et un savoir sans les transmettre peut être source de pouvoir. Mais il ne peut être question de pouvoir dans le domaine de la santé. De cette perte de pouvoir et de la libre circulation des données dépendent la qualité de la prise en charge. De plus, participer à la création d'un réseau, en être un acteur à part entière ne fait que renforcer l'identité d'un établissement, d'une association ou d'un médecin.»*

En outre, les dossiers de préparation sont lourds à gérer. *«Mais*, note Jean-Pierre Robelet, *je préfère que le travail soit approfondi en amont plutôt qu'on se rende compte des lacunes du réseau une fois lancé.»*

L'échange d'information, socle du réseau

Un bon réseau repose sur la qualité de la transmission de l'information entre ses membres. Les réunions de personnes physiques sont utiles et restent le meilleur moyen de se connaître. Mais d'autres outils fournis par les nouvelles technologies de l'information leur permettent d'échanger des données en palliant les problèmes de distance ou de disponibilité. Les acteurs des réseaux attendent beaucoup des dossiers partagés, accessibles et mis à jour par tous les intervenants.

Eric-Pascal Satre est le chef de projet d'un futur portail de santé *«destiné à fournir tous les niveaux d'informations par le biais d'Internet pour les informations générales et d'un accès sécurisé pour les informations confidentielles»*. Ce projet est en cours de mise en œuvre. En outre, la visioconférence est en voie de développement dans les réseaux. Deux lignes sont opérationnelles et 12 sites supplémentaires recevront du matériel dans le cadre de l'appel à projet e-santé 2000 de la Datar et de l'ARH.

Tendre vers la transversalité

Pour Eric-Pascal Satre, l'objectif à terme est *«de noyer les réseaux thématiques dans la transversalité»*. L'organisation originale de la coordination des réseaux promus par les établissements hospitaliers en Poitou-Charentes répond à cette logique. En effet, l'ARH de

(Suite page 18)

(Suite de la page 17)

la région a choisi de nommer un seul coordinateur pour l'ensemble des réseaux alors que dans d'autres régions, comme l'Aquitaine, chaque thématique est coordonnée par une personne différente, spécialiste du domaine ciblé. Selon Eric-Pascal Satre, cette dernière solution a l'avantage de faire bénéficier le réseau de l'expertise de son coordinateur. Mais d'un autre côté, il pointe le risque d'un développement parallèle de chacun des réseaux sans qu'ils ne se rencontrent jamais. Avec en outre le risque que chacun des réseaux développe une gamme d'outils spécifiques qui ne seront pas compatibles avec les autres. «*C'est une manière de reproduire des erreurs déjà commises à l'hôpital en séparant strictement les services par organes traités.*» De fait, l'ARH a préféré une organisation dans laquelle les différents réseaux sont coordonnés par un généraliste. De cette manière, en partant en premier lieu de la création de réseaux thématiques, il est question dans un second temps de les connecter les uns aux autres, «*de les faire converger*» pour éviter le morcellement et les développements disparates. Pour Eric-Pascal Sarte, «*un médecin généraliste ne pourra jamais participer à l'ensemble des réseaux et aucun réseau ne sera entièrement généraliste, mais c'est une utopie qu'il ne faut pas craindre d'approcher.*»

Pour Jean-Pierre Robelet, les médecins dans leur pratique quotidienne traiteront en alternance des pathologies prises en charge par des réseaux et des pathologies «délaissées» par les réseaux. Pour le directeur de l'Urcam, il n'est pas pertinent d'imposer la création de réseaux là où ils manquent. «*Les réseaux doivent être initiés par les médecins motivés et non décrétés. Quand ils sont imposés, ils ne marchent pas.*» De fait, il préconise plutôt de s'appuyer sur les initiatives existantes pour élargir leurs champs d'actions à plusieurs compétences. «*La question des réseaux polyvalents se posera de manière accrue dans l'avenir*», estime-t-il. ■

Cancérologie : un réseau proche et global

Les cancérologues ou radiothérapeutes, médecins spécialistes d'organes, biologistes et anatomo-pathologistes, radiologues... La liste des intervenants de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer est longue. Leur coordination est une priorité de santé publique affirmée depuis plusieurs années dans les instances nationales et les textes réglementaires. Elle s'est traduite en 2000 en Poitou-Charentes par la création du réseau de cancérologie. Il est constitué de cinq unités de concertation pluridisciplinaires en oncologie (UCPO) adoptant la forme d'une association loi 1901 et dont le champ d'action correspond à un secteur sanitaire.

Jean-Marc Tourani

«*Nous poursuivons quatre objectifs principaux : uniformiser les soins, assurer une prise en charge globale du patient, du dépistage aux soins palliatifs, garantir la qualité des soins de proximité et promouvoir la recherche et l'enseignement*», précise Jean-Marc Tourani, oncologue médical au CHU et secrétaire de l'UCPO de la Vienne. Outre la rédaction et la validation en commun de référentiels, les membres du réseau se rassemblent régulièrement lors de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) organisées pour chaque pathologie d'organe. Y sont étudiés les dossiers hors-référentiels ainsi que les dossiers présentés par les spécialistes d'organes. «*Nos avis n'ont valeur que de proposition et de conseil. Ils ne sont pas obligatoires*», précise J.-M. Tourani. Soumis à des contraintes de temps et d'éloignement, les médecins libéraux ne pouvaient pas assister à toutes les réunions. Pour y remédier, le réseau a choisi d'utiliser la visioconférence. Le matériel a été testé pour la première fois à la mi-octobre. Sont ainsi équipés le CHU, Châtellerault, Loudun, Thouars ainsi que les établissements privés de Châtellerault et Poitiers.

Le réseau souhaite également impliquer davantage les médecins généralistes, notamment dans les choix d'orientation des malades. «*Pour l'instant, ces derniers manquent de formation et craignent de commettre des erreurs. De fait, ils refusent d'assumer cette responsabilité.*» Le réseau cancérologie s'est donc impliqué dans une proposition de formation des médecins généralistes à la cancérologie. Ce diplôme permettrait aux médecins d'acquérir les connaissances suffisantes pour assurer une prise en charge en collaboration serrée avec les cancérologues, notamment pour surveiller les traitements, les déplacements ou les phases d'accompagnement.

Les financements du réseau proviennent de l'ARH par le biais du CHU et sont destinés aux dépenses de fonctionnement ainsi qu'au recrutement d'une secrétaire coordinatrice. ■

Bien naître en Poitou-Charentes

Philippe Boisselier

«*Le réseau est à peine sorti du berceau !*», précise le docteur Philippe Boisselier, président du réseau périnatalité et obstétricien à la clinique Sainte-Anne de Châtellerault. En effet, l'association a été créée l'année dernière et le bureau élu en mai 2002 ne s'est réuni qu'en septembre dernier. Répartis en six groupes de travail, les membres sont obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes, puéricultrices, médecins libéraux, représentants de la Protection maternelle et infantile et de centres périnataux de proximité. L'objectif est de garantir une qualité de soin égale dans tous les établissements quel que soit leur niveau de prise en charge. En effet, les maternités de la région ne disposent pas des mêmes moyens humains et matériels. Elles se déclinent donc en quatre niveaux de prise en charge, définis selon ces moyens, du centre périnatal de proximité à l'établissement de niveau 3.

La qualité de la prise en charge dépend donc de l'orientation des femmes enceintes vers l'établissement adapté. «*L'objectif est de montrer qu'on peut avoir confiance en n'importe quel élément clinique.*» En effet, 80 % des grossesses ne présentent pas de problèmes, elles peuvent donc être prises en charge par les établissements de niveau 1. En cas de risques décelés, il s'agit de mobiliser le réseau pour faciliter les transferts vers des niveaux 2 ou 3 tout en favorisant les retours dès que possible vers une prise en charge le plus près du domicile.

«*Nous devons donc en premier lieu fluidifier les relations entre les intervenants par des réunions conviviales, pour ensuite communiquer auprès du public sur l'existence du réseau. Les gens doivent avoir confiance en leurs structures de proximité. Nous sommes une région peu peuplée qui ne connaît pas de déficit de structures, profitons-en au maximum.*»

La seconde tâche qui attend les membres du réseau est de réaliser un état des lieux de la périnatalité en Poitou-Charentes pour ensuite définir les conditions d'une amélioration de la prise en charge des femmes et des bébés avant et après l'accouchement. Il s'agit également de mettre en place un système d'information adapté reposant par exemple sur la visioconférence, les dossiers partagés, les sites d'informations mais aussi trouver des lieux de réunion pour les professionnels de la région.

«*L'objectif est d'accéder à une sorte de label «bien naître en Poitou-Charentes». Les associations d'usagers seront en droit de demander si l'établissement fait partie du réseau.*»

Pour l'instant, le réseau retrousse ses manches et se prépare à une longue série de visites pour faire connaître sa démarche auprès des professionnels de la région. ■

Pour en savoir plus :

- Le site du pôle des réseaux http://medphar.univ-poitiers.fr/polereseau
- Le site de l'Urcam www.urcam-poitou-charentes.fr
- Le Cd-Rom édité par l'Urcam *Les réseaux de santé en Poitou-Charentes* synthétise les objectifs et les démarches du promoteur de réseau. Sont recensés les réseaux existants fin 2001.

Stomathérapie et accompagnement psychologique

Josiane Couvrat est infirmière stomathérapeute depuis 20 ans au CHU de Poitiers. Un métier dans lequel l'accompagnement psychologique est essentiel pour aider les patients à surmonter leurs craintes et s'adapter à un nouveau mode de vie.

CHU Magasine – *Qu'est-ce qu'une stomie ?*

Josiane Couvrat – Une stomie est l'abouchement, temporaire ou définitif, de l'appareil digestif ou urinaire à une ouverture pratiquée dans la peau. Cette opération est pratiquée dans les cas[1] où la circulation des selles et des urines ne peut plus s'effectuer par ces voies naturelles et doit être orientée vers une poche externe. C'est ce qu'on appelait un «anus artificiel» dans le cas des stomies digestives mais j'évite d'utiliser ce terme dévalorisant pour les patients.
La stomie est pratiquée par le chirurgien à l'emplacement que je marque au préalable sur le patient. C'est une étape cruciale dont dépend le confort futur du patient mais aussi la qualité du suivi. De fait, la stomie ne devra pas se situer à proximité de reliefs osseux, de cicatrices, de plis cutanés (que la personne soit assise, debout ou couchée), de l'ombilic. Elle doit être visible par le patient et accessible au chirurgien. Outre le marquage, mon rôle est d'apporter un soutien moral au patient et de lui apprendre à vivre avec une stomie pour favoriser ainsi son retour à l'autonomie.

CHU Magasine – *Comment aidez-vous les patients à passer ce cap difficile ?*

Josiane Couvrat – La stomie est une opération qui altère l'image que le patient a de son corps. Il ressent du dégoût et de la peur face à cette ouverture pratiquée dans la peau et à l'impossibilité de maîtriser ses gaz et ses effluents. Avant l'opération, je m'assure avec l'équipe soignante que les principes de l'opération sont compris et j'incite le patient à exprimer ses craintes. Après l'opération, nous choisissons ensemble l'appareillage qui sera fixé autour de la stomie selon des critères de confort, de discrétion et d'habitudes de vie. En procédant par paliers, je lui apprends à se familiariser avec sa nouvelle identité corporelle et à passer le cap du dégoût. Cette éducation progressive, qui nécessite au moins 6 séances, passe par l'appréhension tactile de la stomie, par l'apprentissage des soins et du nettoyage jusqu'à une autonomie complète. Ces démarches demandent du temps et de l'écoute. En effet, se plaindre de la stomie est souvent une manière détournée d'exprimer une anxiété plus profonde générée par la maladie.

CHU Magasine – *Quel est le paysage de la stomathérapie en France ?*

Josiane Couvrat – La stomathérapie a été introduite en France en 1977 par Suzanne Montandon. Après s'être formée à Cleveland aux Etats-Unis, cette infirmière a créé la première école de stomathérapie à Lyon en 1978. Poussée dans cette voie par un de mes professeurs, le professeur Barbier, j'ai intégrée la deuxième promotion de cette école. Depuis, environ 600 infirmières stomathérapeutes se sont formées à la spécialité. La création de l'Association française d'entérostoma-thérapeutes (Afet) date également de cette époque, toujours sous l'impulsion de Suzanne Montandon. Dans le cadre de cette association, nous venons de publier trois guides des bonnes pratiques en stomathérapie. En outre, nous avons le projet d'établir une base de données nationale sur les stomies en France. A l'heure actuelle, il n'existe en effet aucune statistique permettant de brosser un tableau précis des stomies et stomisés du territoire. Mais pour donner un ordre d'idée, j'accompagne entre 80 à 110 stomisés par an. ■

[1] Cancer, malformation, perforation, maladie de Crohn...

VIENNE infos sociales

un seul numéro pour vous simplifier la vie

Des professionnels de l'information sociale répondront, en toute confidentialité, à vos questions, dans tous les domaines de la vie quotidienne.

N°Azur 0 810 86 2000

APPEL LOCAL

insertion
adoption
prestations
personnes agées
droits à l'emploi
famille
enfance
protection sociale
logement
handicap
santé

un service du

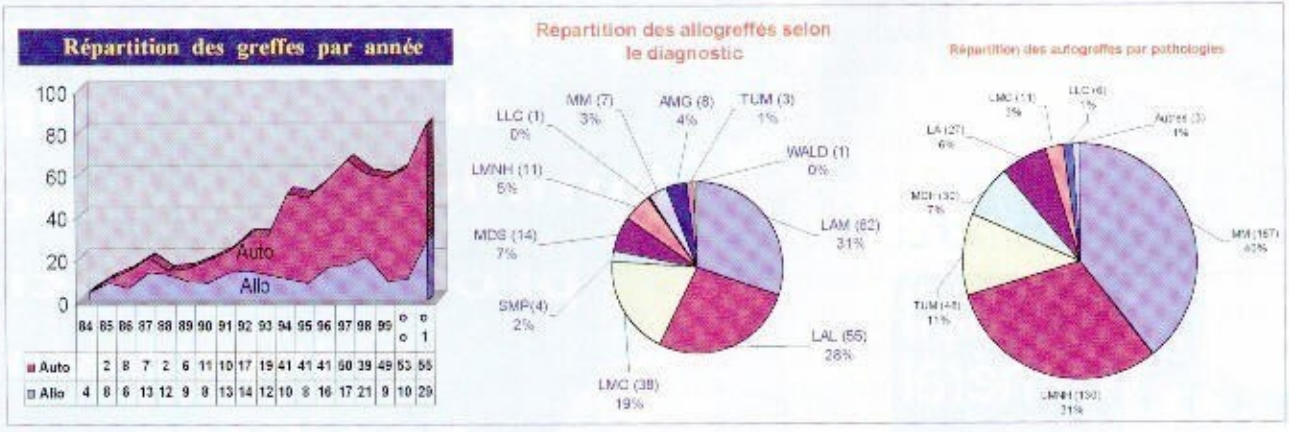
Conseil Général de la Vienne

Pourquoi pratique-t-on la greffe de moelle osseuse ?

Le remplacement d'une moelle osseuse malade reste un acte médical délicat pouvant engager le pronostic vital. Son indication est donc réservée aux dysfonctionnements graves comme les hémopathies malignes ou les aplasies. Pour que la greffe réussisse, il faut que la maladie soit en rémission et le patient en bon état général.

Le greffon peut être recueilli soit par ponctions sous anesthésie générale au niveau de l'os du bassin soit au niveau du sang par cytaphérèses après mobilisation préalable des cellules souches médullaires par des injections de facteur de croissance granulocytaire. On parlera alors de greffe de cellules souches hématopoïétiques médullaires ou sanguines. On distingue deux grands types de greffe de ces cellules selon que le greffon provient du patient lui-même (autogreffe) ou d'une autre personne (il s'agit alors d'une allogreffe). Le sang de cordon ombilical est également utilisé comme source de cellules souches hématopoïétiques. Il peut provenir soit de la fratrie, soit d'une banque de sang de cordon. Le facteur limitant est le volume car il n'est pas certain que la quantité de cellules souches hématopoïétiques soit suffisante pour greffer un adulte. La diminution de l'intensité du traitement de conditionnement avant l'allogreffe permet de la proposer au patient plus âgé, jusqu'à 65 ans.

Les autogreffes sont indiquées dans les maladies où une forte intensité de chimiothérapie est nécessaire. Ce traitement de conditionnement vise une éradication de la maladie mais détruit malheureusement la moelle osseuse. D'où la nécessité de réimplanter des cellules souches hématopoïétiques qui ont été préalablement prélevées au moment où la maladie est en rémission et conservées par congélation dans de l'azote liquide. Dans certains cas il peut être intéressant de manipuler ces cellules avant de les congeler. Par exemple, un traitement par antimitotique ou bien une sélection positive qui retient une quantité de cellules souches très pures. Le myélome multiple (MM) est l'une des hémopathies pour laquelle l'autogreffe semble apporter un bénéfice sur la survie comparée à la chimiothérapie standard. Il a été même recommandé de faire deux autogreffes successives pour les patients de moins de 65 ans. Cette pathologie représente 40 % des autogreffes réalisées dans notre service. La deuxième indication des autogreffes est le lymphome malin agressif de l'adulte : 31 % ont été réalisées dans le lymphome malin non hodgkinien (LMNH) et 7 % dans la maladie de Hodgkin (MDH), maladie pour laquelle les résultats sont les meilleurs. Impliqués dans des protocoles nationaux (Fédération des centres de lutte contre le cancer), le service d'oncologie hématologique du CHU de Poitiers a également réalisé des autogreffes pour des cancers du sein de stade avancé (11 %). Le greffon autologue le plus utilisé actuellement est le greffon de cellules souches périphériques car la reconstitution de l'hématopoïèse est plus rapide qu'avec un prélèvement de moelle,



notamment sur les plaquettes sanguines. Il n'y a pas de risque de conflit immunologique car le greffon provient de la même personne. Les risques immédiats sont représentés par la toxicité du conditionnement et les infections en période d'aplasie.

Pour l'allogreffe, le greffon provient soit d'un membre de la fratrie soit d'un donneur volontaire. Dans le premier cas il s'agit d'une allogreffe géno-identique, plus facile à réaliser et comportant moins de risques. Dans le deuxième cas on parle d'allogreffe phéno-identique. L'identité complète dans les systèmes «human leucocytes antigenes» (HLA) donneur-receveur est nécessaire dans tous les cas afin d'éviter ou de minimiser les conflits immunologiques. Le rejet du greffon par le receveur est rare par rapport au phénomène inverse qu'est la maladie du greffon contre l'hôte (graft versus host – GVH), véritable conflit entre les systèmes immunitaires du donneur vis-à-vis du receveur. La prévention de cette GVH se fait par la prise d'immunosuppresseur, principalement la ciclosporine, pendant 6 à 12 mois.

La principale indication des allogreffes concerne les leucémies aiguës (59%) myéloblastiques (LAM) ou lympho-blastiques (LAL). Les leucémies aiguës de l'enfant ne sont généralement pas d'emblée une indication d'allogreffe car la chimiothérapie seule est très efficace. Puis viennent la leucémie myéloïde chronique (LMC), les myélodysplasies (MDS) et l'aplasie médullaire grave (AMG).

Bilan d'activité et perspectives

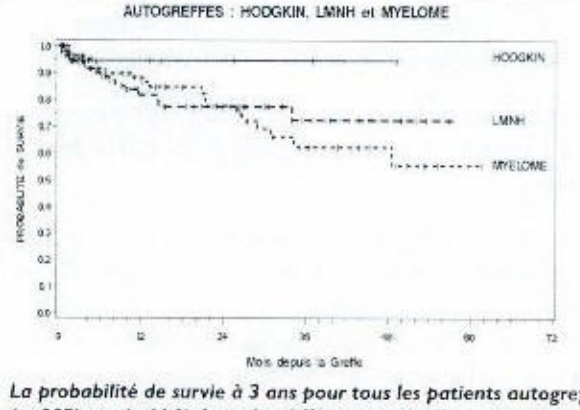
Entre 1984 et fin avril 2002, 652 greffes chez 575 patients ont été pratiquées au CHU de Poitiers dont 428 autogreffes et 224 allogreffes. Parmi elles, 12 autogreffes et 56 allogreffes ont été réalisées chez l'enfant. Les patients proviennent du département de la Vienne (33,6%), de la Charente-Maritime (23,5%), des Deux-Sèvres (21,7%) et de la Charente (12%). Les courbes de survie de nos patients établies à partir du 01/01/1995 pour les principales pathologies sont données ci-dessous.

Un prélèvement de moelle.

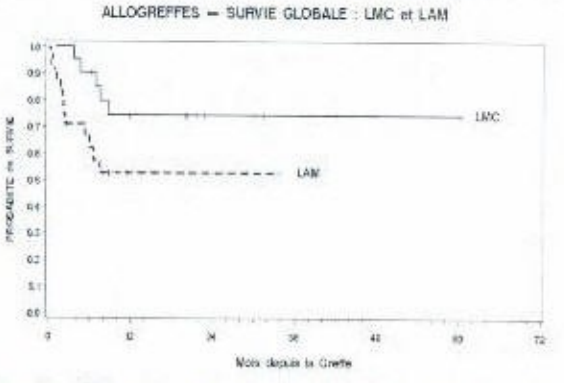
Actuellement le service dispose pour les transplantations de 7 chambres à flux laminaires et de 5 chambres seules en pression positive sous la responsabilité de deux temps plein spécialistes des greffes. L'équipe du service d'oncologie hématologique du CHU de Poitiers travaille en étroite collaboration avec l'Etablissement français du sang pour le typage HLA, la recherche de donneurs, les prélèvements de greffons, le soutien transfusionnel et le suivi de la prise de greffe par la technique des empreintes génétiques. Le service d'oncologie radiothérapique apporte une aide précieuse pour les conditionnements par irradiation corporelle totale.

Le développement actuel concerne l'injection de lymphocytes dans un but antitumoral et la photophorèse extracorporelle. Dans un avenir proche on prévoit des protocoles utilisant les cellules dendritiques, les cellules mésenchymateuses ou différents types de cellules souches intéressantes pour leurs propriétés de transdifférenciation et ouvrant le champ vaste de la réparation tissulaire. ■

Ont contribué à la rédaction de cet article :
docteur Edouard Randriamalala, docteur Christine Giraud, Joelle Guilhot, bio-statisticienne, professeur François Guilhot.



La probabilité de survie à 3 ans pour tous les patients autogreffés (n=287) est de 66 %. Avec des différences selon la pathologie : ainsi elle est de 94% pour la maladie de Hodgkin (n=20), de 72 % pour les lymphomes (n=95) et de 64% pour les myélomes.



Pour les 113 patients récemment allogreffés la probabilité de survie à 3ans est à 48% (36% – 60%). Selon la pathologie, la probabilité de survie à 3 ans est de 74% pour les LMC (n=21) et de 53% à 30 mois pour les LAM (n=35).

Le comité d'éthique du CHU de Poitiers

De l'éthique à la protection juridique des personnes

Par le professeur Roger Gil

Il est classique de faire remonter l'histoire moderne de l'éthique médicale aux règles issues du procès de Nuremberg et rassemblées sous le nom de Code de Nuremberg (1947). Il est vrai que ce procès avait permis de prendre la mesure des abominables dérives d'une médecine utilisant des prisonniers comme objets d'expérimentation. Moins de vingt ans plus tard, l'Association médicale mondiale adoptait la déclaration d'Helsinki (1964) qui, complétée en 1975, édicta que : *«Le projet et l'exécution de chaque phase de l'expérimentation portant sur l'être humain doivent être clairement définis dans un protocole expérimental qui doit être soumis... à un comité... indépendant du chercheur et du promoteur...»* A vrai dire, l'institutionnalisation de l'éthique médicale et biologique allait devenir incontournable. Outre l'impérieuse nécessité de définir les règles des expérimentations sur l'Homme, les progrès des sciences de la vie montraient jour après jour la nécessité d'une réflexion sur les nouveaux pouvoirs de la médecine et sur les limites à leur assigner. Ainsi, en France, le premier comité d'éthique fut celui de l'INSERM. Puis le décret du 23 février 1983 créa le Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Dès son troisième avis portant sur l'essai clinique de nouvelles thérapeutiques, le CCNE appelait à la nécessité de soumettre les protocoles d'expérimentation à «des comités d'éthique».

Et il faut dire effectivement que nombre de comités d'éthique s'étaient spontanément mis en place. Ainsi nulle loi, nul décret n'a présidé à leur formation. Très vite les comités générés par les hôpitaux universitaires nouèrent des liens ténus mais réels avec le comité national et se mirent au travail. Ces comités qualifiés initialement de «locaux» ou de «régionaux» furent et demeurent des comités hospitaliers ou institutionnels car il ne leur fut jamais reconnu une compétence territoriale, qu'elle soit locale ou régionale. Ces comités n'ont jamais tiré leur légitimité que des organismes dont ils procédaient et le plus souvent une Commission médicale d'établissement, une faculté de médecine ou les deux à la fois. Ce fut ainsi le cas à Poitiers où le comité d'éthique a été créé en 1984. Ces comités se consacrèrent pour l'essentiel à l'examen des protocoles d'expérimentation sur l'être humain. Avec des effectifs allant de 8 à 30 membres, ils signifièrent par leur composition que l'examen de l'acceptabilité éthique d'essais médicamenteux n'était pas laissé à l'appréciation des seuls médecins mais pouvait s'enrichir des réflexions apportées par des infimières, des philosophes, des juristes, des représentants des courants spirituels. Les comités d'éthique défrichèrent ainsi un terrain qu'il restait ensuite à la loi à occuper : ce fut fait après le vote de la loi «Huriet». Cette loi stipula *«qu'avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un Comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CPPRB)»*. Ces Comités furent ainsi investis d'un pouvoir et d'une légitimité que n'eurent jamais les comités d'éthique. Les comités d'éthique hospitaliers devaient-ils dès lors disparaître ? On dut vite s'apercevoir que la mission des CPPRB intéressant exclusivement les recherches menées sur l'être humain proposait une réponse juridique sur ce sujet mais n'épuisait ni la réflexion éthique sur l'expérimentation humaine ni surtout tous les autres sujets suscitant des débats éthiques. Parallèlement, la Mission d'information parlementaire sur la bioéthique, le CCNE plaidèrent en 1991 pour le maintien, à côté des CPPRB, des comités d'éthique qui furent ainsi appelés à redéfinir leur missions.

Les missions des comités d'éthique intitutionnels vues à travers le comité d'éthique du CHU de Poitiers

Le comité d'éthique médicale du centre hospitalier universitaire de Poitiers a donc été créé en 1984 par délibération de la Commission médicale d'établissement et du Conseil de la faculté de médecine et de pharmacie. Il avait été initialement établi que le comité d'éthique du CHU de Poitiers avait pour mission *«de donner son avis sur les problèmes moraux soulevés par la recherche et par ses applications cliniques*

et thérapeutiques dans ledit CHU». Dans le cadre de cette mission, il pouvait aussi répondre aux demandes émanant d'institutions extérieures au CHU. Jusqu'à la mise en application de la loi Huriet et la création du Comité de protection des personnes, le comité d'éthique médicale a vu son activité essentiellement consacrée à l'examen des protocoles d'expérimentation thérapeutique. Le 8 février 1992, dans le sillage des propositions de la Mission d'information parlementaire sur la bioéthique, et à la suite de la réunion organisée autour du CCNE par le professeur Jean Bernard fin 1991, le comité d'éthique médicale du CHU a vu son maintien décidé par les institutions dont il procédait et ses nouvelles missions ainsi définies :

– donner son avis sur des protocoles de recherche ne relevant pas des Comités de protection des personnes ;

– proposer des aides décisionnelles aux praticiens et aux équipes de soins confrontées dans leur pratique clinique à des problèmes éthiques ;

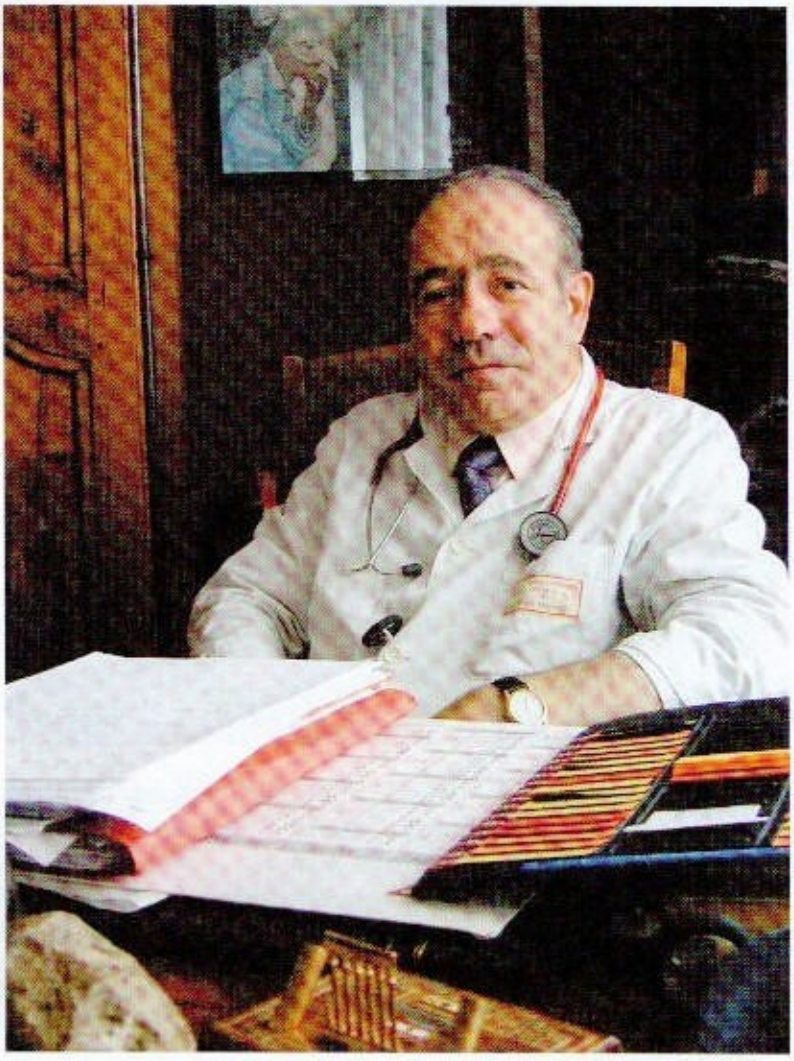
– donner son avis sur les missions et les objectifs de soins institutionnels du centre hospitalier universitaire dès lors qu'ils soulèvent des problèmes éthiques et tout particulièrement ceux qui pourraient être liés aux conséquences éthiques des impératifs économiques ;

– participer à des missions de formation et d'information sur la bioéthique.

Si seul le CCNE a actuellement compétence pour formuler des «avis», les comités d'éthique peuvent néanmoins apporter des «contributions» aux réflexions du comité national. Ainsi, quand il a été interrogé sur la fécondation in vitro au CHU de Poitiers, le comité d'éthique avait adressé au CCNE une «contribution» portant sur le nombre d'embryons à transplanter en indiquant que l'idéal serait de ne pas dépasser deux embryons, ce qui lèverait l'hypothèque de la réduction embryonnaire lors de grossesses multiples et réduirait les risques néonataux, majeurs lors de grossesses multiples.

Les comités d'éthique peuvent aussi stimuler la formation en bioéthique. Ainsi la faculté de médecine et de pharmacie a mis en place une attestation universitaire de bioéthique dont l'enseignement est regroupé sur une semaine et qui est largement ouverte non seulement aux médecins mais aussi à tous les personnels hospitaliers[1].

Ainsi, au contact des problèmes quotidiens, les comités d'éthique ont avant tout pour mission de sensibiliser à la réflexion morale. Sans existence juridiquement reconnue, dépourvus de tout pouvoir, ils doivent tirer leurs forces de ces apparentes faiblesses : dire sans coercition des paroles qui essaient dans une médecine bouleversée par ses progrès technologiques de réfléchir, dans la pluralité des discours et des opinions éthiques, aux moyens de mieux définir et mieux protéger la dignité de la personne humaine. ■



Professeur Roger Gil

[1] Tous renseignements peuvent être obtenus auprès de la formation permanente au CHU ou auprès du service de scolarité de la faculté de médecine.

Un Relais contre l'exclusion

Le Relais Georges-Charbonnier, initié par la ville de Poitiers, le CHU, le CHL et plusieurs associations locales – Toit du monde, Maison des 3 quartiers, Pharmaciens sans frontières –, propose aux plus démunis de trouver dans un même lieu accueil, soins et repas.

Au centre de Poitiers, une structure médicosociale d'un genre nouveau a ouvert ses portes en janvier 2000. Considérée sur le plan national comme un exemple pour l'aide aux plus démunis, le Relais Georges-Charbonnier est original dans sa forme et dans son fonctionnement : plusieurs institutions et associations locales ont regroupé et gèrent dans un même espace des services de soins, d'écoute, de prise en charge sociale et de restauration.

Au milieu des années 1990, confrontées à des situations de précarité de plus en plus importantes, ces institutions et associations souhaitaient agir pour aider les personnes démunies à accéder aux services médicosociaux : *«La Ville de Poitiers venait de créer une délégation à la santé pour faciliter l'accès aux soins pour tous*, explique Michel Bodin, adjoint au maire et vice-président du Centre communal d'action sociale. *Dans le même temps, le CHU menait une réflexion sur la prise en charge efficace de ces personnes en tenant compte de son implantation trop excentrée par rapport au centre-ville et de son image institutionnelle. En parallèle, Médecins du monde constatait une augmentation des consultations. L'idée a été de fédérer ces dynamiques, complétées par celles du centre hospitalier Henri-Laborit (CHL) et du Toit du monde, afin d'offrir dans un même lieu une prise en charge plus globale de chaque personne.»*

Le Relais se veut avant tout convivial et chaleureux. *«Il fallait casser l'image institutionnelle qui souvent rebute*, précise Anne-Marie Ribardière, responsable de l'aide sociale au CCAS. *Autour d'un café, nous essayons de déterminer les besoins qui ont conduit la personne à pousser la porte du Relais. Certaines viennent pour se nourrir, pour chercher des médicaments... mais très souvent le malaise est plus profond : problèmes de drogue, d'alcool, psychologiques...»*

Alors des assistantes sociales du CCAS et du CHU, des médecins du CHU, des infirmiers psychiatriques du CHL, des sages-femmes, des éducateurs de rue, ainsi que le personnel du service de dépistage du Sida du CHU travaillent ensemble pour que ces personnes réintègrent le système de soins et des droits afférents. *«La proximité des services est essentielle*, indique le docteur Laurent Montaz du CHU. *Elle permet, lors des consultations, de m'assurer que mon patient sera accompagné dans ses démarches que ce soit pour prendre un rendez-vous ou pour l'accompagner à l'hôpital...»*

Pour le CHU, les retombées sont significatives. *« Le Relais a pris en charge des patients qui n'auraient jamais fait la démarche de venir jusqu'à l'hôpital*, note Robert Le Coley, directeur de la Milétrie. *De plus, ses actions sont complétées par les permanences d'accès aux soins de santé du CHU qui facilitent encore mieux l'intégration de ce public.»*

Toutefois, il est difficile aujourd'hui de quantifier la réussite d'une telle structure. *«L'an dernier, par exemple, plus de 500 personnes sont venues consulter un médecin, 169 personnes ont été suivies par les éducateurs de rue... Mais je crois*, poursuit Michel Bodin, *que la véritable réussite est de s'être donné les moyens de répondre aux souffrances des personnes et de les aider à retrouver le respect dû à tout citoyen.»* ■

ACEF
VAL DE FRANCE

ACEF Val de France

"Association pour le Crédit et l'Epargne des Fonctionnaires et assimilés"

- **Financer vos envies à des conditions très attractives.**
- **Valoriser votre épargne en accumulant des réductions sur vos futurs crédits.**
- **Bénéficier de tarifs privilégiés sur nos services.**

Grâce à notre partenaire financier la Banque Populaire Val de France.

Et bien d'autres avantages vous sont spécialement réservés (Voyages, hotels, gastronomies, culture et loisirs ...)

Un conseiller vous attend dans toutes les agences Banque Populaire Val de France.
ACEF Direct :

ACEF Direct
0810 633 637
(Prix d'une communication locale)

BANQUE POPULAIRE

Programme hospitalier de recherche clinique

Le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées a informé le CHU de Poitiers des résultats du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2002. Au titre de l'appel à projets national, 352 dossiers ont été présentés. 25,6 % des projets déposés ont été retenus. Au CHU de Poitiers, deux projets ont été déposés et c'est celui du professeur François Guilhot, chef du service d'oncologie hématologique, qui a été retenu. Il s'agit d'une étude sur la leucémie myéloïde chronique. Un financement de 571 000 € a été accordé pour 3 ans afin de réaliser cet essai thérapeutique.

Concernant l'appel à projets régional, les cinq projets déposés par la Délégation régionale à la recherche clinique (DRRC) ont été retenus :

- le projet dont l'investigateur principal est le docteur Laurence Laplace : «*Evaluation médico-économique de la prise en charge en réseau des patientes atteintes de cancer du sein non métastasé*», pour un montant de 156 000 € ;
- le projet dont l'investigateur principal est Odile Michelet : «*Le bon usage du médicament oral prescrit en milieu hospitalier. Rôle du personnel infirmier*», pour un montant de 14 335 € ;
- le projet dont l'investigateur principal est le professeur Daniel Marcelli : «*Accidents chez l'adolescent : établissement d'une échelle d'évaluation des conduites à risque de l'adolescent (ECRA)*», pour un montant de 29 360 € ;
- le projet dont l'investigateur principal est le docteur Patrick Mura sur «*La détermination des dérivés du cannabis dans le lait maternel*», pour un montant de 45 000 € ;
- le projet dont l'investigateur principal est le docteur Christophe Burucoa : «*Prévalence de* Hélicobacter pilori *chez les malades de réanimation et rôle potentiel dans les hémorragies digestives de stress : enquête prospective multicentrique*», pour un montant de 85 600 €.

Enfin, le volet «*Structuration de la recherche clinique*» de l'appel à projets national est toujours en cours d'instruction au niveau ministériel.

Liban : convention de coopération

Une délégation poitevine s'est rendue au Liban, début novembre, pour la signature d'une convention de coopération entre les universités de Poitiers et de Balamand, le CHU de Poitiers et l'hôpital Saint-Georges à Beyrouth. Cette convention définit le cadre dans lequel les échanges s'effectueront entre les établissements en matière de formation et de recherche. La délégation était notamment composée de Jean-Pierre Dewitte, directeur général du CHU, le professeur Bertrand Becq-Giraudon, président de la Commission médicale d'établissement, et du professeur Roger Gil, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Poitiers.

Pôle formation et documentation

Le projet d'établissement 2001-2005 du CHU de Poitiers prévoit la réorganisation de ses structures de formation et de documentation. Ce programme est inscrit également dans le contrat d'objectifs et de moyens 2002-2006 conclu en mars dernier avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Il concerne l'ensemble des 9 écoles ou instituts : Cycle préparatoire aux concours médicaux et paramédicaux, Centre d'enseignements aux soins d'urgence (CESU), Ecole d'aides-soignant(e)s, Ecole d'infirmiers anesthésistes, Ecole de sages-femmes, Institut de formation des cadres de santé (IFCS), Institut de formation de manipulateurs en électroradiologie médicale (IFMEM), Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK), Institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Ce programme comprend aussi la formation continue et le centre de documentation administrative. Actuellement dispersés sur le site de l'hôpital de la Milétrie, tous ces services seront regroupés en un seul lieu géographique. Outre les ressources humaines et les moyens matériels, le programme facilitera la mise en œuvre d'un projet pédagogique commun.

Pour permettre ce rapprochement, les locaux de l'actuel Institut régional de formation des professions de santé seront restructurés et une extension du bâtiment sera réalisée. Cette construction représentera une surface de 2 700 m² supplémentaires et le nouveau centre de documentation s'étendra sur 450 m². Le montant des travaux s'élève à 3 339 225 €. Le premier coup de pioche sera donné en avril 2003 pour une livraison prévue en juillet 2004.

Accueil de Chiliens

Suite à un appel d'offres international du gouvernement du Chili, le CHU de Poitiers a été retenu une deuxième fois, via la Société française d'exportation des ressources éducatives (SFERE), pour assurer la formation de 12 professionnels de santé chiliens désireux de découvrir le système de santé français. Le CHU de Poitiers a donc piloté cette formation de six semaines, du 4 novembre au 13 décembre.

Qualité : enquêtes de satisfaction

Afin de répondre aux exigences réglementaires et dans le souci d'une démarche qualité, le CHU de Poitiers s'est doté de deux outils permettant de mesurer la satisfaction des usagers : le questionnaire de sortie et l'observatoire intégré de la clientèle.

Concernant le questionnaire de sortie, c'est le décret du 14 janvier 1974 qui en fixe les modalités. Sa distribution est systématique et obligatoire pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Il a pour objectif de recueillir l'opinion du malade sur son séjour et sur la qualité des soins à travers plusieurs notions : l'accueil, l'information, les soins, le confort. Il est remis par les équipes soignantes à chaque personne hospitalisée avec le livret d'accueil du CHU qui comporte également la «charte du patient hospitalisé». 2 657 questionnaires ont été reçus en 2001, ce qui correspond à un taux de retour de 4,47 % par rapport aux hospitalisations en court séjour.

L'observatoire intégré de la clientèle a été mis en place en 1997. Le CHU s'est alors doté d'un questionnaire d'enquête destiné à mesurer périodiquement la satisfaction des usagers. Les domaines évalués sont l'admission, les soins et le confort. Cette enquête est réalisée tous les 3 mois. Elle est menée auprès de 50 % des patients hospitalisés un jour donné. Elle est conduite par des cadres soignants, administratifs ou médico-techniques dans des unités autres que celles où ils sont affectés. 1 183 patients ont été interrogés en 2001. Le taux moyen de satisfaction est de 84 %.

Bernadette Chirac à l'hôpital gériatrique Louis Pasteur

Le 15 octobre dernier, Bernadette Chirac s'est rendue à l'hôpital gériatrique Louis Pasteur pour visiter les réalisations financées en partie par les dons recueillis au cours de l'opération «+ de vie». Parrainée par Aimé Jacquet, cette campagne nationale de solidarité permet d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées à l'hôpital.

Ainsi, la présidente de la Fondation des hôpitaux de France-Hôpitaux de Paris a découvert le Jardin des sens et l'Espace poitevin. Conçu en association avec le Centre d'initiation à la nature et à l'environnement de la Vienne (CINEV), le Jardin des sens est un lieu de ressourcement, de renouement avec la vie sociale. Entièrement adapté aux personnes à mobilité réduite, il est ouvert aux personnes âgées, à leurs familles, au personnel de l'hôpital mais aussi aux groupes scolaires et aux centres de loisirs. Ce jardin bénéficie notamment d'espaces pédagogiques (une serre, un potager), d'aménagements liés à l'accueil du public (mobilier, maison du jardinier), d'un bassin aquatique et d'un auditorium.

L'Espace poitevin, pour sa part, offre aux résidents un cadre convivial leur permettant d'échapper à l'isolement. Géré par l'Association tutélaire de gérontologie, cet espace constitue un lieu de rencontre décoré et aménagé pour les personnes âgées, leurs familles et leurs amis. Il offre également un ensemble de services (épicerie, journaux, coiffure, salle de jeux...).

Après avoir rencontré des résidents de l'hôpital gériatrique, Bernadette Chirac a rappelé la nécessité de l'opération «+ de vie». Elle a aussi présenté le plan d'action de la Fondation en matière de prise en charge de la douleur de la personne âgée. Ce déplacement était le troisième de Bernadette Chirac au CHU de Poitiers. Au cours de sa précédente visite, en 2000, elle avait inauguré l'extension de la Maison des familles, également financée par la Fondation, mais au titre de l'opération «Pièces jaunes».

Coopération - Vietnam

Le CHU de Poitiers en association avec la Région Poitou-Charentes a initié en 1990 une coopération avec les établissements hospitaliers de Ho Chi Minh-Ville. Cette démarche vise une meilleure maîtrise des neurosciences non seulement à Ho Chi Minh-Ville mais également dans les autres villes importantes situées dans le delta du Mékong.

Ce programme contribue à améliorer la prise en charge des soins aux enfants défavorisés et mettre en place une formation médicale continue des praticiens vietnamiens en neurochirurgie, en particulier en neurochirurgie infantile.

Le pôle des enseignants fait appel à des formateurs non seulement de Poitiers, mais aussi de Paris, Rennes, Clermont-Ferrand, Nantes, Angers et Tours. De nouveaux fonds alloués par la Région Poitou-Charentes ont déjà permis de financer des missions de personnel du CHU en février et mars 2002.

D'autres séjours sont prévus, de neurochirurgiens seniors accompagnés de neuroradiologues interventionnels ou d'anesthésistes réanimateurs.

Promenade dans nos archives

Elles ne sont pas bien riches mais ce qu'il en reste permet de mesurer le chemin parcouru.

N° DU REGISTRE d'entrée

BILLET D'ENTRÉE.

Madame la Supérieure de l'Hospice est invitée à recevoir le nommé pour cinq jours

âgé de 64 ans, né à département d

Poitiers, le 18 avril 1859

Hôtel-Dieu de Poitiers

RÈGLEMENT

Concernant le Service des Salles

Adopté par la Commission Administrative, dans sa séance du 12 Avril 1902

ART. 1ER. — La surveillance de la salle appartient, sous la direction de l'Administrateur de service, au point de vue administratif, à la sœur affectée à cette salle, et, au point de vue médical, au médecin ou chirurgien chef de service.

ART. 2. — L'entrée des salles est formellement interdite à toute personne étrangère au service. Toutefois les parents et amis des malades pourront les visiter les jeudis et dimanches, de deux heures à quatre heures.

ART. 3. — Des autorisations pourront être exceptionnellement accordées par l'Administrateur de service et le Médecin pour voir les malades en dehors des jours et heures ci-dessus fixés.

ART. 4. — Il est interdit d'introduire des comestibles ou des liquides sans l'autorisation du Médecin.

ART. 5. — Les repas des malades ont lieu le matin à onze heures et le soir à cinq heures.

ART. 6. — Les visites et contre-visites ne pourront avoir lieu aux heures ci-dessus. Elles seront indiqués chaque semaine par le Médecin.
Les internes auront toujours accès dans les salles.

ART. 7. — Les externes, stagiaires et bénévoles auront le droit de venir dans les salles une demi-heure avant et une demi-heure après la visite et la contre-visite, pour faire leur service. Ceux-ci seront spécialement désignés par le Médecin chef pour faire les pansements, prendre les températures et les observations journalières.
Un externe est chargé de la tenue du cahier de visites.

ART. 8. — Les malades ne doivent aucune rémunération aux infirmiers et aux infirmières.

ART. 9. — Les prières publiques dans les salles sont formellement interdites. Il est interdit également de chanter, de se quereller ou de parler à haute voix de façon à incommoder les malades.

ART. 10. — Les jeux d'argent de toute sorte, les quêtes ou collectes sont expressément défendus.

ART. 11. — Il est défendu aussi de fumer ou de cracher sur le parquet dans les salles.

ART. 12. — A partir de neuf heures du soir, les salles seront éclairées par une veilleuse seulement.

Pour extrait conforme :

Le Vice-Président : FONTANT.

Poitiers. — Imp. L'UNION, 2, rue Tébaudeau.

Il y a 150 ans, les billets d'entrée *(ci-dessus)* avaient quand même un peu plus de "classe" que nos actuels formulaires ou agendas : on «invitait» la Supérieure (devenue la surveillante puis le cadre infirmier, aujourd'hui cadre de santé) à recevoir le malade...

Ce règlement, d'il y a 100 ans, était affiché à l'entrée des salles d'hospitalisation *(ci-contre)*. Il comporte plus d'interdictions que d'autorisations. Il n'est pas propre à l'Hôtel-Dieu de Poitiers. On en trouve de semblables dans tous les hôpitaux de France.

CONNEXION

TV - HIFI - VIDEO - PHOTO - MULTIMEDIA

CONNEXION

DES SOLUTIONS DE DICTÉES ANALOGIQUES ET NUMÉRIQUES

(Vente / Entretien / Réparation)

L'ERREUR, C'EST D'ALLER AILLEURS.

Parc Cial. "Grand Large"
86280 SAINT-BENOIT - POITIERS
Tél. 05 49 38 38 88 - fax 05 49 38 38 97

Situé dans un cadre exceptionnel entre forêts et lac

Golf du Haut-Poitou

- Practice
- Parcours de 9 et 18 trous
- Club house
- Restaurant "Club 19"

Parc de Saint-Cyr

Un domaine de 300ha où distractions et détente vous attendent, lac de 85ha avec plage (surveillance et club de plage en juillet et août).

- jeux pour enfants,
- sports nautiques (voile...)
- location canoës-kayaks
- circuits pédestres,
- randonnées (location VTT),
- toboggan aquatique...
- snack-bar en bordure de plage.

Ouvert toute l'année,
Informations Parc : 05 49 62 57 22
Informations Golf : 05 49 62 53 62
86130 Saint-Cyr e-mail : contact@parcdesaintcyr.com
Accès : entre Poitiers et Châtellerault, par la Nationale 10

NEFF MADA Produits Alimentaires Rue du Canal - 68760 Willer-sur-Thur - 03 89 82 30 29 **a également participé à l'édition de ce magazine**

UN HOPITAL POUR LES ENFANTS

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

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

Mutuelle des Hôpitaux de la Vienne

MUTUALITÉ FRANCAISE

REMBOURSEMENT L'ATOUT RAPIDE

Salariés, Commerçants, Artisans, Étudiants, Professions Libérales, Régime Agricole, ...

Par des cotisations compétitives et adaptées, offrez-vous les prestations les plus performantes

Remboursements rapides

Vous êtes remboursé sans envoi de document de votre part si vous relevez de la CPAM de la Vienne, de la Charente, de la Charente-Maritime, des Deux-Sèvres, de la Haute-Vienne, de l'Indre et de l'indre et Loire

CONTRAT SPÉCIFIQUE PERSONNEL HOSPITALIER DE LA VIENNE

AGENTS HOSPITALIERS

Avantages pour les titulaires et stagiaires

Avec la section locale Sécurité Sociale :
Feuilles de soins traitées sous 48 H,
remboursements Sécurité Sociale et Mutuelle regroupés en un seul versement

Visites, consultations, radio, analyses, etc : 100% et toujours le TIERS PAYANT gratuit
Pharmacie, hospitalisation à 100%, le forfait hospitalier, la chambre particulière
"Tous les pourcentages s'entendent sur la base des taux conventionnels ou interministériels y compris intervention du régime Maladie obligatoire, dans la limite des frais réels et selon la législation en vigueur."

NOS SERVICES MUTUALISTES

MUTEX

- Prevoyance - (Indemnités journalières) - Mut obsèques
- Contrat dépendance

MATMUT

- Assurances habitat
- Assurances véhicules
- Contrats multigaranties (jeunes mutualistes - de 28 ans) ...

SIEGE SOCIAL

ouvert de 8h30 à 17h00
du lundi au jeudi
fermeture 16h le vendredi
Entrée 8, René Le Blaye Sud
Rue de la Milétrie
BP 59
86002 POITIERS Cedex
Tél. 05 49 44 44 07
Fax. 05 49 44 38 49

AGENCE

ouvert de 9h15 à 17h00
du lundi au jeudi
fermeture 16h le vendredi
Hall de l'Hôpital Jean-Bernard

Tél. 05 49 44 42 00

LA MUTUELLE POUR TOUS