



L'EDITO... DU DIRECTEUR



Nous voilà déjà en milieu d'année 2016. L'été commence. Il est temps de réaliser un point d'étape et de tracer quelques perspectives.

La livraison de Juillet 2016 de notre magazine « Reflets » est bien remplie, signe du dynamisme de notre établissement et de ses professionnels.

Dynamisme des activités médicales, comme vous pourrez le constater avec l'article dédié à la création de l'Unité de soins intensifs neuro-vasculaires (U.S.I.N.V.), dont l'ouverture permettra de proposer, désormais, aux habitants du territoire frappés par un AVC de bonnes conditions de prise en charge. C'est un objectif qui était fixé depuis plusieurs années. Que tous ceux qui ont contribué à ce résultat soient remerciés. Même constat avec la mise en place de techniques innovantes telles que l'examen dynamique du sommeil (associant la pneumologie et l'O.R.L.) ou la pose d'endoprothèse aortique par voie percutanée (chirurgie vasculaire). Ces innovations sont autant de signes de la bonne santé du Centre Hospitalier de Libourne ; des démarches qui s'inscrivent par ailleurs pleinement dans notre objectif de développement de l'activité ambulatoire. Et puis, ces projets, nécessitant l'implication de nombreux professionnels, issus de différents services, sont aussi le témoignage d'une communauté hospitalière soudée et tournée vers les attentes et besoins de ses usagers.

Dynamisme en matière de santé publique; car c'est bien de nos usagers dont il est également question lors de l'éta-

blissement s'investit en matière de prévention et de santé publique :

Journée mondiale sans tabac, participation au dépistage de la DMLA, journées nationales de sensibilisation au Don d'organes et de tissus.... les équipes libournaises s'engagent régulièrement sur des actions de prévention qui sont en parfaite adéquation avec le statut et les missions d'établissement public de santé du CHL. C'est également dans cet esprit que le Centre Hospitalier de Libourne participe au maillage territorial de prévention, d'information et de dépistage des affections Sexuellement Transmissibles, à travers le CeGIDD, en partenariat étroit avec le Département et le monde associatif.

La création de la consultation Avant'Âge par l'équipe de Gériatrie, tournée sur l'anticipation et le repérage précoce des fragilités du patient, en est un autre témoignage.

Dynamisme également du côté des projets et de l'avenir : le bâtiment neuf au coeur de la restructuration du site Boulin / Sabatié est en bonne voie. L'enveloppe extérieure est achevée et l'intérieur prend forme. Le choix des couleurs ou encore l'acquisition des nouveaux mobiliers par les services économiques est engagé. Mais ce n'est pas le seul projet phare des prochains mois. En effet, ce projet majeur ne doit pas nous empêcher de maintenir notre compétitivité technologique. Ainsi, espérons-nous l'autorisation prochaine d'un second appareil d'IRM (1,5 Tesla ostéo-articulaire) au CHL.

Ce dynamisme est notre force, et ces projets sont la résultante de la fiabilité et des compétences des équipes libournaises. Autant de signaux positifs envoyés à nos partenaires et tutelles à la veille de grandes échéances. Je pense bien entendu à la constitution prochaine du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), mais aussi à la visite de certification qui interviendra au mois de septembre.

M. M. Bruballa,
Directeur

En Bref...

* Exercice Plan Blanc

Dans le cadre de la préparation de l'Euro de Football 2016, une simulation de plan blanc d'ampleur nationale a eu lieu le 4 avril dernier. Si le CHL n'a pas accueilli de figurants, cet exercice a été l'occasion de tester la mise en place de la cellule de crise libournaise et les différentes procédures de rappel et de mobilisation des équipes.

Un debrief a été réalisé et des actions correctives sont conduites, pilotées par la Direction Qualité et Gestion des Risques.



La cellule de crise en action

* La Recherche Paramédicale

Le Centre Hospitalier a eu le plaisir d'accueillir le 5 avril, la première édition du Séminaire de Recherche Paramédicale inter-établissement d'Aquitaine.

L'objectif de cette première rencontre entre professionnels investis sur cette thématique a été de trouver des synergies et d'envisager des partenariats. Ces rencontres devraient se poursuivre à rythme régulier dorénavant.



La Recherche au coeur des échanges

Nouvelle modalité de prise en charge

Une Unité de NeuroVasculaire au CHL



Une partie de l'équipe du Service de Neurologie

L'UNV (unité neurovasculaire) a ouvert dans le service de neurologie au 7ème ouest de R.Boulin le 26/04/16.

Elle est constituée de 4 lits d'USINV (soins intensifs) et de 8 lits dédiés UNV. Suite à une visite d'inspection, elle a obtenu une reconnaissance tarifaire de l'Agence Régionale de Santé. L'objectif de l'UNV est de prendre en charge tous les AVC (accident vasculaire cérébral) hospitalisés dans l'établissement quel que soit l'âge du patient et le type d'AVC.

L'AVC est une pathologie fréquente puisque surviennent en France environ 150 000 AVC/an. Ils sont la 1ère cause de handicap acquis, la 2ème cause de démence et la 3ème cause de mortalité.

Il a été démontré qu'une prise en charge des AVC en milieu spécialisé tel qu'une UNV, réduisait le taux de décès, d'institutionnalisation et de dépendance. Ce bénéfice repose sur une surveillance médicale et paramédicale spécialisée et rapprochée, une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide et adaptée, un dépistage et une prise en charge précoce des complications et une rééducation appropriée.

Cette prise en charge fait appel à de nombreuses coopérations multidisciplinaires, notamment avec les services des urgences, de radiologie, de cardiologie, de médecine vasculaire, de médecine physique et de réadaptation et à de

nombreuses professions notamment les kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et psychologues

**Dr E.Marsac,
Neurologue**



L' AVC, une urgence absolue

La Thrombolyse

Tout symptôme de survenue brutale à type de trouble de la parole, faiblesse d'un côté du corps, trouble de la vision... doit alerter. Il faut dans ce cas immédiatement appeler le 15 ou venir le plus vite possible aux urgences.

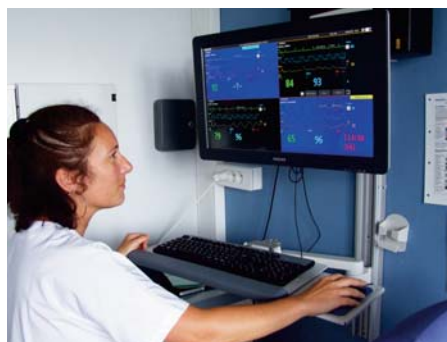
L'infarctus cérébral ou AVC ischémique est le plus fréquent (85 % des AVC). Il correspond à une obstruction brutale d'une artère intracérébrale par un caillot. La zone cérébrale, normalement alimentée par cette artère, est alors en souffrance et se nécrose de façon irréversible.

Le délai de prise en charge est déterminant pour le pronostic fonctionnel du patient.

Si le patient consulte dans les 4h30 après le début des symptômes neurologiques, il peut bénéficier d'une thrombolyse. Le but est de recanaliser le plus tôt possible l'artère obstruée avant la constitution d'une zone de nécrose cérébrale irréversible. Cet acte, dont l'indication est retenue par le neurologue, consiste en l'administration en perfusion par voie veineuse d'un pro-

duit (actilyse) qui pourra « dissoudre » le caillot. Passé ce délai de 04h30, la thrombolyse n'est plus possible et l'atteinte cérébrale est irréversible.

La thrombolyse peut être éventuellement complétée par une thrombectomie qui consiste à introduire un cathéter dans une grosse artère pour aller retirer directement le caillot dans l'artère cérébrale obstruée. Cet acte hyperspécialisé s'effectue uniquement dans les CHU par des neuroradiologues interventionnels. Les patients candidats à cet acte sont transférés au CHU de Bordeaux.



Le monitoring des lits de soins intensifs dispose d'une report au bureau infirmier

Le + d'infos

Un Service en mouvement face à l'AVC

Le service de neurologie est constitué depuis février 2015 de 21 lits. A l'ouverture de l'UNV, 12 de ces 21 lits ont été transformés en UNV. Les 9 lits restants sont répartis en lits d'hôpital de semaine et en lits conventionnels. L'UNV est encore actuellement dans une phase de fonctionnement intermédiaire.

L'ensemble du recrutement de l'effectif paramédical requis pour son fonctionnement à 100 % n'est pas achevé. Certaines activités ne sont pas encore réalisées à l'UNV comme par exemple la thrombolyse. Actuellement elle est effectuée aux urgences. A terme cet acte sera effectué à l'UNV.

En ce qui concerne l'équipe médicale, le service de neurologie a accueilli le 1er Mars 2016 le **Dr Pierre Bounolleau**. L'équipe médicale dédiée à l'hospitalisation est donc désormais constituée de 4 praticiens. Ils assurent depuis l'ouverture de l'UNV une astreinte opérationnelle 24h/24.

Innovation de prise en charge

L'Hôpital de jour commun de Médecine

La réforme de la loi de santé met l'accent sur le développement des prises en charge des patients en ambulatoire en substitution de l'hospitalisation complète.

Dans ce contexte de recomposition sanitaire et de reconstruction du NHL, le CH de Libourne inscrit cette opportunité dans le projet d'établissement et le projet de Soins afin de promouvoir le regroupement de l'ensemble de l'activité des hôpitaux de jours de médecine. Dès lors, il s'agit d'orchestrer un hôpital de jour de médecine commun aux différentes spécialités médicales existantes dans l'hôpital.

Cette structure a pour projet de soins d'accueillir 26 patients hébergés soit en chambre, soit en box organisés en salon. Une salle de bains thérapeutique permettra d'assurer des soins dermatologiques complexes. Un des champs de

développement de cette unité est celui de la prise en charge des maladies chroniques. Les professionnels vont se mobiliser autour du patient et de son entourage en pluridisciplinarité.

De ce fait les organisations sont révisées et adaptées à ce type de prise en soins. Les compétences professionnelles sont particulièrement analysées et calibrées en adéquation à des usagers ayant des besoins en soins curatifs mais aussi préventifs, éducatifs et de réhabilitation. La notion de parcours de soins avec un lien ville hôpital fait partie intégrante de ce dispositif.

Mme N. Agogué
Cadre Supérieur de Santé
et
Dr S. Chaigne-Delalande,
Rhumatologue
Pilotes du Groupe «Hôpital de Jour»

Suivi du chantier

C'est à l'intérieur que ça se passe



La façade Nord, coté Rue de la Marne

La première grue a quitté le chantier début mai, officialisant ainsi la fin du gros oeuvre. c'est désormais à l'intérieur du bâtiment que les compagnons de GTM et des entreprises partenaires s'activent.



Les chambres se dessinent



La galerie reliant le NHL au monobloc est en cours d'installation

Quelques pas au rez-de chaussée et au premier étage permettent de prendre la mesure des travaux en cours. En effet, sur ces deux niveaux la pose des cloisons est déjà bien avancée. Les bureaux de consultation, les salles d'attente et au premier étage les chambres et même leurs salles de bain se dessinent et bien sûr les circulations. L'installation des différents réseaux (fluides, électricité..) a également débuté. Tout comme l'isolation des toits terrasses.

A l'extérieur, la pose des façades bois est achevée, le pose des menuiseries se poursuit.



La pose des cloisons a débuté sur plusieurs niveaux et progresse bien. Les grands espaces de béton disparaissent petit à petit pour laisser place aux futures salles de l'Hôpital de jour.

En Bref...

* Le CHU sur le Chantier

A l'occasion d'une réunion de travail au Centre Hospitalier de Libourne, M. Philippe Vigouroux, Directeur Général du CHU de Bordeaux, Mme Lachenay-Llanas, Directeur Général Adjoint et le Professeur Philippe Morlat, Président de CME, ont effectué une visite du chantier du NHL.

En compagnie de M. Bruballa, du Dr Parizano, de la Direction de projet NHL, ils ont pu découvrir sous la conduite des équipes de GTM l'avancée des travaux.

Ils ont effectué une visite du rez-de-chaussée et de son futur plateau de consultations, du 1er étage, où les unités d'hospitalisation prennent forme avec les cloisons, avant de conclure la visite par un aperçu du site Sabatié / Boulain en cours de refondation depuis les toits du NHL.



M. Bruballa, M. Vigouroux et
M. le Professeur Morlat,
guidés par M. Guerpin, Directeur de projet GTM

Procédure nouvelle dans l'exploration du SAHOS

L'examen dynamique du sommeil



déroulement de la procédure au bloc opératoire : ambiance tamisée pour favoriser un sommeil le plus proche possible des conditions réelles

Le Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) est un problème majeur de santé publique, avec des conséquences socio-économiques importantes.

Il touche entre 7 et 10% de la population avec une incidence plus importante chez une population masculine que féminine. Sa sévérité est proportionnelle à l'Index d'Apnée-Hypopnée, à la masse pondérale, au périmètre cervical et abdominal. Des comorbidités cardiovasculaires et endocriniennes sont souvent retrouvées. Il s'agit d'un trouble fonctionnel respiratoire se manifestant par des épisodes plus ou moins fréquents d'obstruction complète ou partielle des voies aériennes supérieures entraînant une baisse de la saturation artérielle en oxygène, une augmentation du travail respiratoire et une altération de la qualité de sommeil. Le ronflement qui résulte de cette obstruction et qui est témoin d'une résistance se faisant au niveau des voies aériennes supérieures est un motif de consultation fréquent permettant souvent de révéler ce trouble respiratoire. La somnolence diurne et la fatigue constituent les signes cliniques principaux de cette pathologie. .

La confirmation du diagnostic se fait par la réalisation d'un enregistrement du sommeil dénommé polygraphie ventilatoire ou polysomnographie lorsque des signaux électroencéphalographiques sont recueillis. La gravité de la maladie est reflétée par le nombre d'événements respiratoires anormaux (apnées et hypopnées) enregistrés pendant le sommeil.

Cela conditionnera le choix thérapeutique. Le traitement de référence est la ventilation par pression positive continue (PPC) qui est prescrite en cas de SAHOS sévère ou en cas de fragmentation du sommeil significative. L'orthèse d'avancée mandibulaire est une alternative thérapeutique à la PPC prescrite dans certaines conditions. La chirurgie est réservée aux cas de SAHOS chez les patients jeunes avec le développement ces dernières années de nouvelles procédures, telles que la chirurgie robotique de la base de langue. Le traitement du futur passera peut-être par la neurostimulation de l'hypoglosse qui est actuellement en développement.

L'examen dynamique du sommeil ou somno-endoscopie est une procédure diagnostique nouvelle qui permet d'objectiver les différents sites obstructifs des voies aériennes supérieures dans des conditions de sommeil artificiel insuffisamment évalués à l'état de veille.



Les Dr Perel et Portel, pneumologues, le Dr Poulain, ORL et le Dr Roy, chef de service de Pneumologie

Le but de cette étape diagnostique supplémentaire est de mieux cibler le site chirurgical, d'adapter la chirurgie, et de relever les facteurs d'efficacité ou d'inefficacité d'un premier choix thérapeutique. Au préalable le patient est vu en consultation d'anesthésie. Il est hospitalisé, à jeun, le jour de l'intervention en unité d'ambulatoire. Une perfusion intraveineuse sans prémédication est mise en place. Par la suite, il est transféré au bloc opératoire et installé dans une ambiance favorable apaisée et avec peu d'éclairage. Un monitoring de l'état d'éveil, ainsi que des paramètres cardio-vasculaires, sont mis en place.

Il s'agit d'un examen non invasif, vidéodocumenté et étayé par un compte rendu, réalisé au bloc opératoire sous anesthésie générale en mode AIVOC (anesthésie intra veineuse à objectif de concentration), sous monitoring de BIS (index bispectral de l'électro-encéphalogramme).

A l'induction de l'anesthésie, le patient plonge progressivement dans un sommeil de plus en plus profond, en maintenant une ventilation spontanée. A ce stade, le réveil par stimulation du patient

Le + d'infos

Les différentes études de la littérature ont permis de démontrer:

- une meilleure analyse en somnoendoscopie du site obstructif responsable en comparaison de la fibroscopie d'éveil (Campanini, Bruno).
- la somnoendoscopie permet un meilleur examen de l'hypopharynx, avec une majoration de l'obstruction au niveau de ce site en DD et durant le sommeil (Vinci, Kesirian, Pringle)
- certaines chirurgies, souvent controversées, trouvent leur indications plus facilement avec cet examen qui permet également d'en évaluer l'efficacité, idem pour l'OAM et la bimax (Vaderveken, Battagel)
- le développement de nouvelles techniques chirurgicales telles que la neurostimulation du XII, technique nouvelle et onéreuse, doit bénéficier d'un bilan topographique précis en pré opératoire, mais aussi en per opératoire pour en déterminer l'efficacité (Camilleri)

est possible (l'intensité du ronflement et l'apnée ne varient pas par rapport au sommeil habituel ; Sadoaka, Jones). L'anesthésie locale des fosses nasales est inutile. L'examen se fait par un nasofibroscope de 5mm de diamètre, adapté à une colonne de lumière froide, permettant un enregistrement vidéo.

Trois sites obstructifs sont évalués:

1 / Les fosses nasales, les déformations rencontrées et leur caractère obstructif ou non

2 / Le vélopharynx, entité anatomique formée par la partie haute du pharynx ou cavum, le voile du palais et les amygdales. On y appréciera la forme globale, les dimensions, la collapsabilité et la vibration du voile du palais.

3 / Le pharynx rétro-basi-lingual, site majeur d'obstruction dans le SAHOS, on y évalue l'aspect de la muqueuse, souvent infiltrée et inflammatoire, la position de la langue souvent basse et, en particulier, l'hypertrophie de la base de langue par

rapport à l'épiglotte souvent refoulée, la visualisation directe ou après manœuvre de propulsion linguale, du plan glottique est également un élément essentiel surtout prédictif de l'efficacité d'une orthèse d'avancée mandibulaire ou de certaines procédures chirurgicales.

L'évaluation des différents sites, permet de recueillir les éléments pathologiques et l'importance de leur retentissement sur la pathologie obstructive, ce qui permet de déboucher sur une stratégie thérapeutique plus ciblée. Un document vidéo est fourni, à l'issue de la procédure, et permet une concertation clinique et une évaluation des pratiques.

La collaboration avec le Service d'Anesthésie a permis la mise en place de cette procédure depuis septembre 2013. A ce jour, environ 180 somno-endoscopies ont été réalisées en ambulatoire, complétant ainsi un bilan diagnostique du syndrome d'apnée du sommeil.

Cette technique a permis de réduire la chi-

urgie invasive et souvent délétère et d'anticiper le développement de nouvelles procédures.

Cette prise en charge pourrait à l'avenir se renforcer en intégrant les médecins prenant en charge cette pathologie : cardiologues, pneumologues et ORL dans l'optique de la structuration au sein de notre hôpital d'un véritable laboratoire du sommeil.

Dr L.Poulain,
ORL

Note de l'auteur:

Remerciements à :

- l'équipe d'Anesthésie de l'Hôpital R.Boulin, en particulier le Dr Coeytaux avec lequel j'ai collaboré à la mise en place de cette procédure.
- A l'équipe médicale de Pneumologie de l'hôpital R.Boulin, aux services de Pneumologie et d'ORL

Lumière sur...

Le service de Contrôle de Gestion



De G. à Dr. : P. Vicaire, C. Barbot, Contrôleurs de Gestion et les Assistants de gestion de pôle, L.Baïda, C.Gazeau, L.Duchêne, V. Paux et D. Bruggisser

Rattaché à la Direction des Affaires Financières, le Contrôle de Gestion (CG) apporte aux Responsables de l'établissement un éclairage médico-économique sur l'activité... mais pas que..

Le CG, composé de 2 agents, est le garant de la qualité des données médico-économiques produites au Centre Hospitalier de Libourne. Responsable du dialogue de gestion entre les différents acteurs (Directoire, Chefs de pôles, chefs de service, Directions fonctionnelles...), le CG est également chargé de la mise à jour du fichier structure, la liste des Unités Fonctionnelles (UF), indispensable à la bonne imputation des recettes et des dépenses. Les Assistants de Gestion de pôle, véritables liens entre

les pôles et la Direction, lui sont également rattachés.

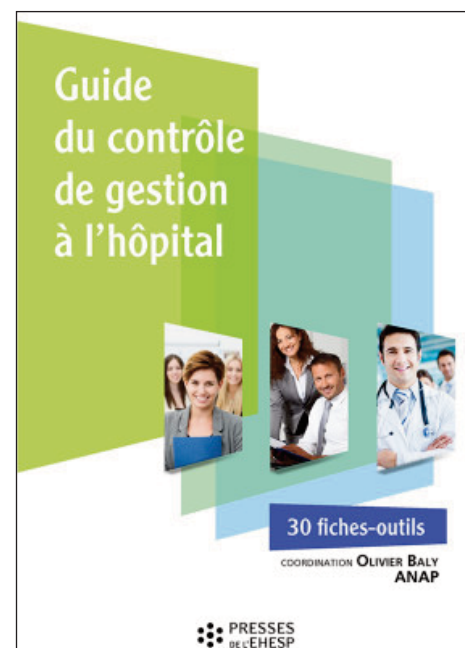
Ce que l'on sait moins, c'est que le CG libournais réalise également des missions de contrôle de gestion à l'extérieur. Ainsi, entre 2013 et 2015, il a participé au déploiement de la comptabilité analytique en Gironde, accompagnant sur cette période près d'une trentaine de petits et moyens établissements. Cette démarche a permis de fiabiliser les retraitements comptables de la Région et de faciliter la mise en place de Comptes de Résultats Analytiques (CRéA).

Le CG a également travaillé avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) en 2014 et contribué à la rédaction d'un guide du contrôle de gestion, dans lequel la rigueur méthodologique des CRéA du CH de Libourne est mise en avant.

Enfin, plus récemment, le CG a été sollicité par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) pour participer à un groupe de travail national sur le retraitement comptable (RTC). C'est en effet l'ATIH qui fixe notamment les tarifs et collecte l'ensemble des données médico-économiques transmises par les Agences Régionales de Santé.

Toutes ces interventions sont le reflet d'une volonté de l'établissement de se positionner dans une veille pro-active. Une volonté d'ouverture qui a également fait du CHL le premier établissement de la région à voir ses comptes certifiés par un Commissaire aux Comptes en 2015.

M. P. Vicaire,
Responsable du
Contrôle de Gestion



Le Guide du Contrôle de Gestion auquel a participé le CG de l'établissement

La Consultation Avant'Age

Dédiée aux plus de 55 ans, cette consultation pluridisciplinaire vise à prévenir les effets du vieillissement par un repérage précoce des fragilités du sujet.

Créée en 2010 au CHU Henri Mondor dans le service du Dr Jean-Philippe David, cette consultation part du principe que si les facteurs de fragilité et de vulnérabilité apparaissant avec l'âge sont identifiés suffisamment tôt, on pourra proposer au patient un programme préventif adapté et lui permettre de bien vieillir. On sait en effet que les déterminants des maladies futures apparaissent vers 55-60 ans et qu'une intervention précoce permet de retarder ou d'éviter la dépendance. Il s'agit d'une véritable évolution des pratiques de santé.



En se basant sur les connaissances scientifiques actuelles, la consultation Avant'Age débouche sur un parcours personnalisé de prévention et permet au patient de devenir acteur de sa santé.

Déroulement d'une consultation Avant'Age

Avant la consultation, le patient répond à une série d'autoquestionnaires portant sur différents domaines : médical, psychologique, social, ... Il doit aussi tenir un journal alimentaire pendant 3 jours et grâce à un podomètre évaluer le nombre de pas quotidien pendant une semaine.

Le jour de la consultation, il est pris en charge par un médecin gériatre, une diététicienne, un professeur d'activité physique adaptée et une infirmière et passe toute une batterie d'exams. Les principaux éléments évalués sont :

- mode de vie, isolement, qualité de vie,
- sommeil, douleur,
- cognition, humeur,
- fonctions respiratoires et cardio-vasculaire, continence,
- Traitements et risque iatrogénique,
- bilan biologique
- Nutrition, motricité / activité physique

Environ un mois après, le patient revoit le médecin qui lui remet un compte rendu détaillé et commenté. Le plan de soins est établi avec lui et adapté à ses contraintes ou possibilités. Il revoit aussi si nécessaire la diététicienne qui peut lui remettre un livret personnalisé de menus ou prodiguer des conseils. Le professeur d'activité physique adaptée prépare un guide d'activités qu'il soumet et explique au patient.

Les consultants gagnent donc des informations sur leur état de santé et des conseils personnalisés de prévention. Le suivi est assuré par le médecin traitant, partenaire indispensable.

Dr M.J. Cartier,
Médecin Gériatre.

Nouvelle structure départementale

Le CeGIDD, ... c'est quoi?

Depuis le 1er janvier 2016, les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) de Gironde ont été remplacés par un ce Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) départemental.

L'Agence Régionale de Santé a décidé de confier cette mission à la Maison Départementale de Santé de Bordeaux, au CH de Libourne et à l'association AIDES. La création de ce CeGIDD (structure unique) a pour but d'améliorer la couverture territoriale au niveau des missions de prévention, d'information et de dépistage des IST (infections sexuellement transmissibles). Ce fut donc une grande satisfaction pour notre établissement d'être reconnu comme structure hospitalière référente dans ce domaine.

Dans le cadre du CeGIDD, de nouvelles actions vont être développées : vaccination contre l'hépatite B et selon les publics, des vaccinations plus ciblées.

De plus, en lien avec le Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), des actions communes hors les murs vont se mutualiser : informations sur la sexualité dans les lycées par exemple.

De nouveaux outils de dépistage performants sont désormais disponibles au

Centre Hospitalier tels que les Tests Rapides à Orientation Diagnostique (TROD VIH) et bientôt hépatite C. Ces tests permettent de donner un premier résultat sur la séropositivité en quelques minutes et donc de dépister plus facilement et rapidement les personnes infectées ignorant leur séropositivité.

Pour autant, l'offre de dépistage et d'information des IST reste ouverte pour tous, les mardis et mercredis au pavillon 20 de 9h à 16h30 et pour les femmes, au CPEF du lundi au vendredi au rez-de-chaussée du monobloc de 9h à 17h.

De nouvelles plaquettes d'information et posters vont être distribuées.

Enjeu national

En France 6 660 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2014 dont 180 en Aquitaine. On estime que 15 000 à 30 000 personnes ignorent leur séropositivité par le VIH en France, ainsi que 40% des personnes infectées par l'hépatite C et 50% par l'hépatite B.

On observe une recrudescence préoccupante des IST, en particulier syphilis et gonococcie, traduisant un relâchement des comportements de prévention

Dr H. Ferrand,
coordonnateur CeGIDD,
Mme C. Bonnet,
Cadre de santé



L'équipe de Gériatrie portant les couleurs de la consultation Avant'Age lors du Marathon de Bordeaux

L'endoprothèse aortique par voie percutanée

Si dans le cadre du virage ambulatoire amorcé par les activités de chirurgie elles sont incontournables, les techniques mini-invasives offrent également de nombreux avantages pour le patient.

Les techniques mini-invasives deviennent en effet prépondérantes dans le cadre du développement de l'ambulatoire et elles ont tendance à se substituer aux chirurgies lourdes, au bénéfice du patient. C'est dans cette optique que le service de Chirurgie Vasculaire a développé une technique de pose d'endoprothèse aortique par voie percutanée.

L'anévrisme aortique est une maladie artérielle évolutive : avec le temps, la paroi de l'artère continue de se dilater, menaçant de se rompre. La pose d'une endoprothèse à l'intérieur du vaisseau permet de freiner cette évolution et de prévenir sa rupture. En combinant plusieurs éléments, ces endoprothèses peuvent être adaptées aux spécificités de l'aorte du patient.

Le concept novateur, développé il y a plusieurs années dans de grands centres de référence, est de réaliser cette intervention par voie percutanée, c'est à dire sans ouverture large, à l'aide d'un ancillaire et d'appareillages spécifiques; l'opérateur étant guidé dans ses gestes par l'imagerie réalisée en direct, grâce à l'ampli de brillance. Avec cette instrumentation spécifique, tout est prévu, y compris la ligature des ouvertures faites dans l'artère, une fois l'endoprothèse placée.

La limitation du caractère invasif offre de nombreux avantages. Au premier rang de ceux-ci, il faut retenir que la mortalité post-opératoire de ce type d'intervention est nulle. En effet, son caractère faible-



L'ampli de brillance, outil indispensable à la bonne réalisation de la procédure, permet de contrôler le bon positionnement de l'endoprothèse

ment traumatisant réduit significativement le risque d'accident cardiaque. Le patient ne ressent que peu ou pas de douleur au réveil, ce qui facilite notamment sa prise en charge par l'équipe d'anesthésie.

La motivation et la compétence de l'équipe paramédicale du Service libournais se sont avérées des facteurs décisifs dans son développement au CHL. Leur dynamisme a notamment été salué lors du congrès des IDE de Chi-

25

C'est le nombre d'endoprothèses posées en une année au CHL

La pose d'une endoprothèse peut ainsi être proposée à des personnes fatiguées ou cardiaques ; chez certains sujets âgés, elle est d'ailleurs possible sous anesthésie locale, au prix d'une sensation de gêne pour le patient mais pas de douleurs. Chez les sujets plus jeunes, la chirurgie mini-invasive rend possible la reprise rapide d'une activité professionnelle. Elle permet entre autre d'éviter des troubles érectiles, la chirurgie classique entraînant parfois des dégâts sur les nerfs situés à proximité de l'aorte. Il n'y a pas non plus d'éventration ou défaut de cicatrisation puisque pas d'ouverture pariétale délabrante.

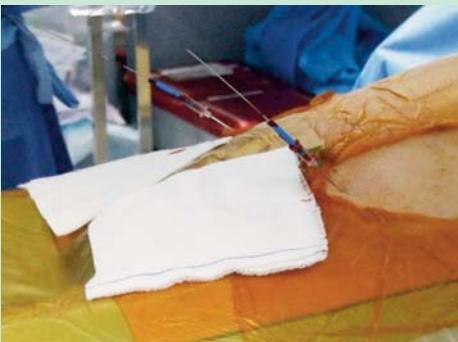
Cette technique reste toutefois exigeante et nécessite une bonne préparation et l'implication de tous les acteurs.



Deux petites cicatrices pour une intervention importante

urgie Vasculaire française. Il faut également saluer l'investissement des autres professionnels de l'établissement qui rendent possibles le développement d'une nouvelle technique chirurgicale : l'équipe d'anesthésie et les pharmaciens, sans qui rien ne serait possible. Un risque doit toutefois être signalé, celui de la banalisation de l'intervention par le patient, qui pourrait ne pas prendre au sérieux les consignes et la surveillance préconisées par l'opérateur, tant sa récupération est rapide. gageons que c'est un risque agréable à prendre!

Dr B. Gheysens
Chef du Service de Chirurgie Vasculaire



Les 2 guides qui permettront au chirurgien de placer l'endoprothèse

Cours de théâtre en EHPAD



Les apprentis-comédiens face à leurs spectateurs

Samedi 30 avril 2016, l'association DU RIRE AUX LARMES (DRAL) proposait une après-midi théâtrale aux résidents de l'EHPAD « La Belle Isle » de Libourne. Avec la particularité que les résidents eux-mêmes étaient à la fois acteurs et spectateurs.

En effet, les comédiens (professionnel pour l'animateur et amateurs pour les autres) de l'association ont rendu visite aux résidents de l'EHPAD une fois par semaine pendant quatre mois pour leur faire découvrir les joies de la pratique théâtrale. Au travers d'exercices déclinés au fil des semaines et mettant en avant la voix, les émotions, l'écoute, le regard, chacun a pu approcher les techniques du jeu de la scène. Et surtout,

toujours dans une ambiance sereine et amicale, exempte de tout jugement, prendre confiance en soi, au regard de l'autre.

Au fil des ateliers, le jeu est devenu travail et ce travail a pu conduire à la confrontation avec le public, sans que ce soit une épreuve insupportable, sans la moindre mise en danger. Bien sûr que le trac reste de la partie, mais c'est très bien ainsi tant il est un signe de la prise au sérieux et de l'engagement de l'action du comédien. Et Sarah Bernhardt disait bien : « le trac, cela vient avec le talent ».

Cette présentation accueillie chaleureusement par le public des autres résidents, de leur famille et du personnel soignant présent a pu se concrétiser grâce au partenariat de l'administration du Centre Hospitalier de Libourne, de son Service Communication, des directeurs des EHPAD et à l'implication énergique et enjouée de l'équipe d'animatrices.

M. J.L. ESPURT,
Président D.R.A.L.

Animation à l'EHPAD

Le bal du Printemps

Le vendredi 1er avril 2016, pour fêter le printemps, résidents, bénévoles et professionnels de l'EHPAD se sont retrouvés autour d'un thé dansant animé par la chanteuse Elodie Karelle.

Ce projet à l'initiative de l'animatrice des pavillons Sabatié, R. Deletraz, en collaboration avec les cadres de santé, et l'animatrice de la résidence Victor Schœlcher, E. Soneira, avait pour objectif de proposer aux résidents un moment de convivialité et de partage et de maintenir un lien social entre les habitants des différents pavillons.

Les bénévoles et les professionnels de l'EHPAD se sont impliqués dans le projet, contribuant à l'ambiance et à la participation des résidents des pavillons 4, 8, et 20. De plus, les résidents eux-mêmes se sont appropriés le projet en choisissant le menu, en élaborant la décoration sur le thème « fleurs et danse » et ont ainsi mon-

tré une réelle volonté de s'impliquer dans la vie de la structure.

Le spectacle qui s'est déroulé dans la salle à manger du 1er étage a profité à l'ensemble des résidents, donnant à tous l'occasion de profiter de cette pause musicale.

Mme H. Marchand,
Elève-Directeur



Quelques pas de danse printanniers...

Sans Tabac !!!



Le 31 mai dernier se tenait la **Journée mondiale sans tabac**. Créée à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé, cette journée est une occasion de communiquer sur les risques pour la santé liés au tabagisme et plaider en faveur de politiques efficaces pour la réduction de la consommation de tabac.

Le CHL s'est inscrit dans cet événement, en partenariat avec l'association ORA (Oxygène R'Aquitaine). Une série de conférences-débats s'est donc tenue tout l'après-midi en salle polyvalente. Ouverte à tous, elle s'est conclue par une pièce de théâtre, « Arrêter de fumer tue », interprétée par le comédien Marc Susbielle et qui dépeint avec humour les déboires d'une fumeur voulant quitter la cigarette.

Merci aux participants et bravo aux organisateurs ; au premier rang desquels Mme Thuadet, Cadre Supérieur de Santé.

REFLETS

Directeur de publication : Michel Bruballa

Rédaction : Direction communication

Maquette : Direction communication

Fabrication : Direction communication
Service reprographie.

Impression : 5900 exemplaires

Diffusion : Direction communication
DRH

Photos : Direction communication

Dépôt légal : juin 2014
ISSN 0180-5835

Centre Hospitalier de Libourne

112, rue de la Marne – BP 199

33505 LIBOURNE CEDEX

Tél. : 05.57.55.35.95

Courriel : contact@ch-libourne.fr