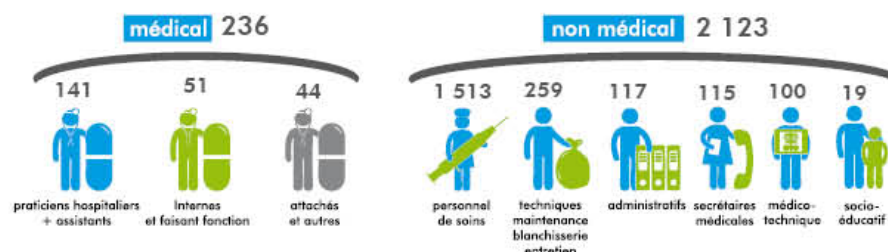


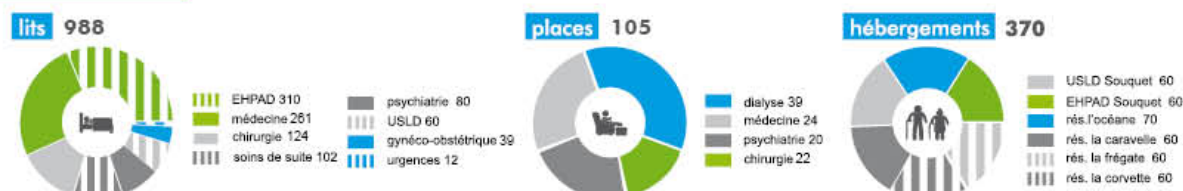
CHIFFRES CLÉS

BILAN 2013

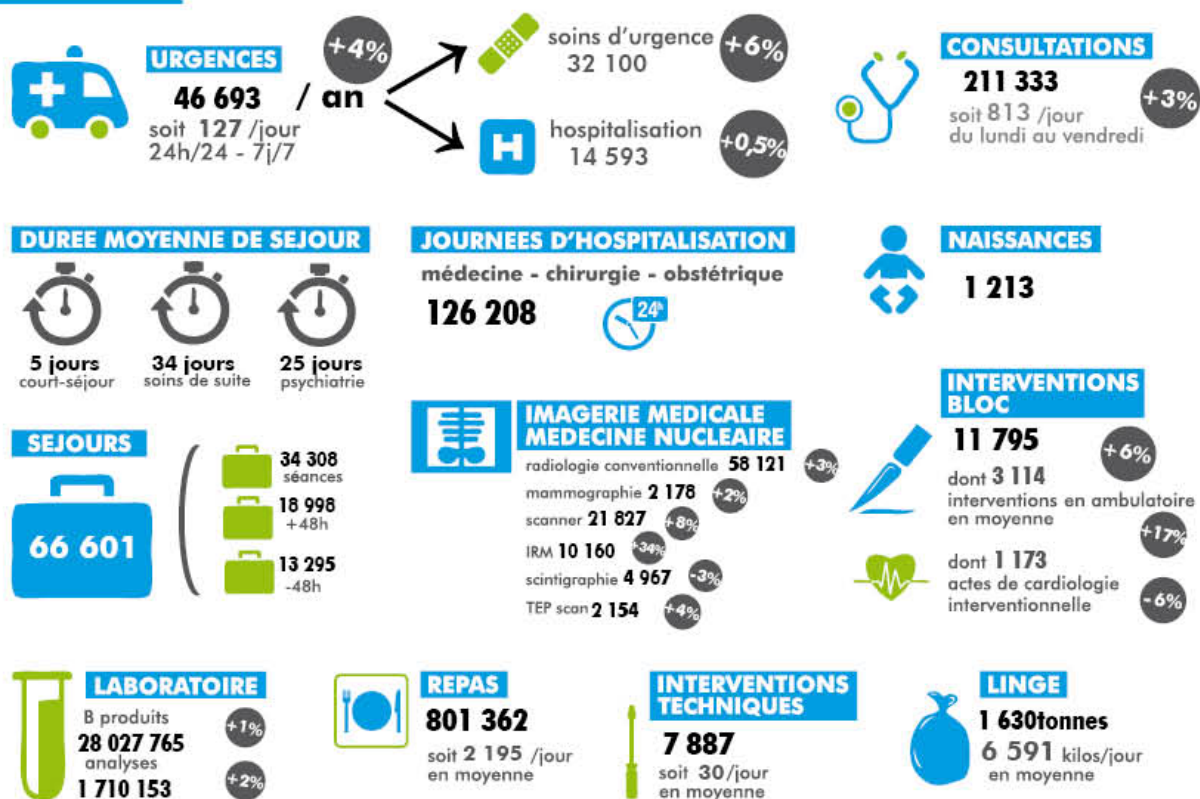
PERSONNEL total : **2 359**
(exprimé en équivalent temps plein)



CAPACITE D'ACCUEIL



ACTIVITES



Le Sextant

n°53 - janvier 2015

Le magazine du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Restructuration
Ce qu'il faut savoir

pages XX

p. 8



SSR : DU NOUVEAU

p. 14

DR JB DEGUINES
POINT SUR LA CHIRURGIE
DIGESTIVE ET VISCÉRALE

p. 20

PRÉLÈVEMENT
TISSU POST MORTEM

SOMMAIRE

- 06-07 **Dossier**
Le point sur les travaux
- 08-10 **Zoom**
Le SSR,
un service trop méconnu !
- 10 **Nouveau**
Boulogne inaugure
VigilanS...
- 11 **Zoom**
La Clown thérapie
dans nos ehpad
- 12 **Interview**
La consultation d'oncogériatrie
au sein du CHB
- 13 **Le point sur...**
Organisation, arrivées,
départ, changement de service
- 14-15 **Portrait**
Dr J-B Deguines
- 20 **Dossier**
Prélèvement tissu
post mortem



Allée Jacques Monod, BP 609
62321 Boulogne-sur-Mer Cédex
tél : 03.21.99.33.33

www.ch-boulogne.fr

Directeur de publication :
Yves MARLIER, Directeur
Rédacteur en chef :
Sophie DEWIDHEM-DUPUIS, Chargée de communication

Comité de rédaction :
Professeur Guillaume Vaiva, Dr Olivier Moulinet,
Dr Isabelle Houriez, Laurence Vangermée, Priscille
Ramet, Dominique Mase, Corinne Seneshal, Anne
Pittini, Dr Jean Baptiste Deguines, Corinne Papin,
Charlène Gerard, Dr Paul Tapie, Stéphane Becqwort.

Réalisation : CAPTUR
15, rue de l'Europe - 62250 Landrethun-le-Nord
Tél : 03 21 87 82 25 - www.captur.tv
Photos : Stevens FIEVET / Fotolia
Imprimeur : L'Artésienne



YVES MARLIER
Directeur du Centre Hospitalier

*Em conestrum eatint renimimus aliqua et eosam
quiatinus pel ipsus.*

*Ro blautem. Uga. Ciandis eum sit, si nia pliquas
nonecea quiatectium quo quatem doluptatur mos
sent verat fugia pedicit apitio ipiduntiis porio. Lis aut
quo erum nus, sapelluptat volupti re nim nonsequid
ma sectur sequo etumquias cuptincim et laborit
lignis si dolut ut a duntemp orestiatil il most, volorpo
restemp orrovid qui blab ipsant volum consed
quaeperum fugias iducias quossed ionsequam
volorem ossitis valoris volorec tinciis etur, con re
pernat ut faciis dolectatur aut occupta tibeaquodit
utem fugiassequam ariti sendamus is ium eatiore.*
Pa net, nonse audipisciis

*cuptate vendam doluptatae. Evellorem qui nisciis
et laborporro optat quis res evellaccus sum inum
quaerum fugitiu ntiatin cipidel ectatus,*

Y. MARLIER.



CHARLIE Hospitalier
Boulogne sur Mer



L'HÔPITAL

TOUJOURS

LÀ

POUR

VOUS



*Em
conestrum
eatint renimimus aliqua et
eosam quiatinus pel ipsus. Ro blautem. Uga.
Ciandis eum sit, si nia pliquas nonecea quiatectium
quo quatem doluptatur mos sent verat fugia
pedicit apitio ipiduntiis porio. Lis aut quo erum nus,
sapelluptat volupti re nim nonsequid ma sectur
sequo etumquias cuptincim et laborit lignis si dolut
ut a duntemp orestiatil il most, volorpo restemp
orrovid qui blab ipsant volum consed quaeperum
fugias iducias quossed ionsequam volorem
ossitis valoris volorec tinciis etur, con re pernat ut
faciis dolectatur aut occupta tibeaquodit utem
fugiassequam ariti sendamus is ium eatiore. Pa
net, nonse audipisciis
cuptate vendam doluptatae. Evellorem qui nisciis
et laborporro optat quis res evellaccus sum inum*

LE POINT SUR LES TRAVAUX

BILAN 2013 *Caborit odiorro is istiori ut id maximo ommodit asprienis aborernat Nis unt vid que nimirve reperum ipsanihicium qui tet aut etMus asperes equiam voloratis audi dolupiendi qui dest.*

Le sextant : Vous êtes arrivée le 1^{er} août 2014 en tant que Directeur de la Stratégie et de la Sécurité en remplacement de M. Delattre

En quelques mots pouvez-vous vous présenter ?

Corinne SENESCHAL : Je suis Corinne SENESCHAL, née à Boulogne, j'ai suivi mes études à Lille (Maîtrise de Sciences Economiques et un DESS en Management des établissements du secteur de la santé). En 1998, j'ai été recrutée au Centre Hospitalier de Calais pour successivement assurer les missions de chargée de communication, chef de bureau aux services financiers et directeur contractuel. Reçue au concours des directeurs d'hôpital, j'ai intégré l'Ecole de la Santé Publique à Rennes en 2004.

Après avoir réalisé le stage d'élève directeur au CHU de Nantes, j'y ai exercé la fonction de Directeur de proximité pendant deux ans, j'avais la responsabilité des pôles Mère enfant, Tête et Cou et Odontologie.

J'ai ensuite rejoint l'Hôpital de Calais dans un premier temps à la Direction des Affaires Médicales et des Coopération puis en 2009, j'ai été nommée directeur délégué du site du CH Calais et en charge de la coordination autour du nouvel hôpital. Enfin au départ du Directeur, j'ai assuré l'intérim de direction pendant 5 mois.

Le sextant : Qu'est ce qui vous a donné envie de rejoindre l'hôpital de Boulogne ?

CS : Je souhaitais pouvoir bénéficier d'une expérience supplémentaire dans un établissement de santé de taille plus importante que celle du Centre Hospitalier de Calais. Ainsi, lorsque Monsieur Marlier m'a proposé de remplacer Monsieur Delattre j'y ai vu une opportunité. L'image et la dynamique véhiculées par le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-mer ainsi que les nombreux projets à conduire m'ont donné l'envie d'intégrer l'établissement.

ZOOM SUR LA RESTRUCTURATION

Le sextant : Avec sa nouvelle aile, l'hôpital a commencé sa mue mais on sait que nous sommes partis pour quasi 4 années de travaux ? Quels sont les principaux éléments et objectifs de cette restructuration ?

CS : L'objectif reste toujours le même : Mieux soigner les patients qui sont hospitalisés chez nous et améliorer leurs conditions d'accueil. Cela passe par :

- l'augmentation de la proportion de chambres individuelles dans les services de soins,
- la construction de salles de bain dans les étages d'hospitalisation afin de faciliter l'accès aux douches,
- l'amélioration du plateau technique :
 - avec un nouveau service de réanimation et USC enfin regroupés,
 - avec un nouveau bloc obstétrical, au niveau 1, en liaison avec le bloc général, et doté d'une salle d'accouchement sur le concept de salle nature,
 - avec un nouveau service de néonatalogie au niveau 2 avec 4 chambres mère-enfants,
 - Un nouveau plateau de rééducation (MPR) avec la création de nouvelles zones de consultations au rez-de-chaussée pour offrir davantage de créneaux de consultation aux praticiens.

Le sextant : Pourquoi toutes les chambres ne vont-elles pas bénéficier de douche ?

CS : Je ne vais pas entrer dans des détails techniques mais les travaux pour réaliser des douches dans chaque chambre auraient nécessité de réduire considérablement notre capacité d'hospitalisation. En l'état cette option n'est pas apparue opportune sauf à transférer un certain nombre de patients dans les établissements voisins. Ces travaux auraient par ailleurs considérablement gêné le travail des personnels et le bien être des patients au vu des nuisances sonores qu'ils auraient occasionnés.

Par contre, à l'occasion de ces travaux nous apportons des améliorations nécessaires : étanchéité des fenêtres ainsi que des travaux d'embellissements des services.

Le sextant : On a entendu qu'il y avait des travaux de désamiantage. Pouvez-vous nous expliquer l'impact et s'il y a des risques pour les agents et les patients ?

CS : Comme dans tous les bâtiments construits à cette époque, le Centre Hospitalier se trouve confronté au problème de l'amiante dès lors que l'on envisage des travaux. Des diagnostics ont été réalisés et sont actualisés régulièrement conformément à la réglementation. Des diagnostics complémentaires vont venir compléter la cartographie existante à l'occasion des opérations de travaux. La durée des travaux sur les ailes d'hospitalisation peut être amenée à évoluer par rapport au planning prévisionnel en fonction de la nécessité de réaliser des travaux de désamiantage par les sociétés spécialisées. A la suite de quoi un second contrôle sera opéré par un organisme certifié avant d'entreprendre les travaux du chantier traditionnel. Quoi qu'il en soit les zones concernées ne sont évidemment pas au contact ni des agents ni des patients.

Le sextant : Beaucoup de services sont impactés. Comment informer tous les agents ?

CS : Oui nous avons bien conscience qu'il est important d'informer sur l'état d'avancement des travaux puisque cela impacte tous les agents mais également nos patients et leurs proches. Nous diffuserons donc régulièrement une lettre d'information aux instances, aux cadres des services et au niveau des hôtes d'accueil pour le grand public.

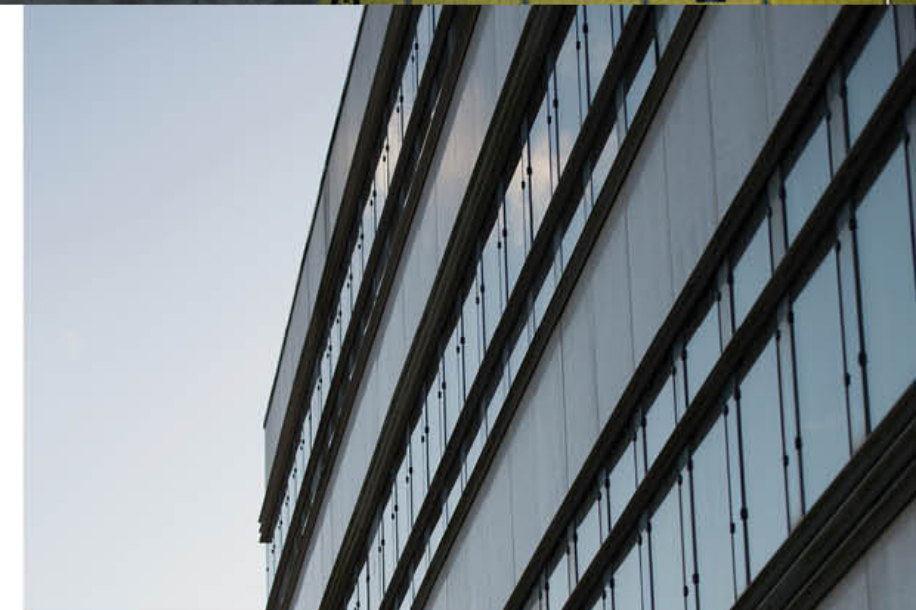
Nous avons bien conscience des nuisances d'un tel chantier dans un hôpital en fonctionnement mais nous n'avons pas le choix pour mieux soigner demain et offrir de meilleures conditions d'accueil.



Le sextant : Certes il y a cette restructuration, mais il y a d'autres chantiers en cours et à venir. Pouvez-vous nous en dire quelques mots ?

CS : Au niveau du Centre Hospitalier de nombreuses opérations sont prévues :

- l'extension du bâtiment Charly Drouet qui est en cours va permettre d'offrir 8 postes de dialyse et 6 chambres supplémentaires pour le service de néphrologie. Ce chantier a aussi l'objectif d'améliorer l'accès aux ambulances avec une aire adaptée qui leur est strictement réservée. De plus, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du patient en situation d'urgence, un raccordement, entre le H et « Charly Drouet », va être créé pour faciliter l'accès entre ce bâtiment et les urgences. Ce chantier n'est pas sans impact sur le parking puisqu'il y a 66 places de parking condamnées pendant le temps des travaux. Le parking n'offrira plus que 146 places une fois le chantier fini fin d'année 2015.
- La création du futur centre SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) a déjà commencé avec la mise à nu de l'ancien bâtiment de psychiatrie. L'objectif est de rapatrier le SSR situé aujourd'hui sur le site Duflos sur le site Duchenne, en améliorant les conditions d'accueil et d'hébergement en développant le plateau technique avec notamment la construction d'une balnéothérapie.
- Un Centre d'Enseignement et de soins dentaires va par ailleurs être installé dans les locaux de l'ancien internat de l'IFSI. Ce projet vise à installer en partenariat avec le CHRU de Lille et la Faculté Dentaires. Le Centre ouvrira ses portes en septembre 2015.
- L'installation d'une IRM ostéo articulaire est prévue pour janvier 2016.
- L'installation d'un scanner dans le service des urgences est également prévu en janvier 2016.



Corinne SENESCHAL & Jacques GUYOT

Le SSR,* un service trop méconnu !

**Soins de Suite et Réadaptation patients*

Il suffit de rencontrer ces patients qui utilisent le mot « miracle » pour avoir envie d'en savoir plus sur ce service au nom un peu rébarbatif et comprendre que l'ancienne appellation USN et les idées associées sont bien loin. Le nouveau SSR viendra finir cette mutation.

En effet, ce service s'adresse à des adultes qui après une hospitalisation de court séjour ont besoin d'une rééducation et d'une réadaptation pour **envisager un retour à domicile ou vers une structure d'hébergement quand le maintien à domicile est impossible**. Ce service accueille donc **des patients fragilisés, poly-pathologiques et à risque de dépendance**, pour qui une prise en charge médicale optimale est associée à une rééducation complexe et/ou modérée permettant d'améliorer ou d'entretenir les capacités physiques et psychiques. Il est à noter que les demandes d'admission sont traitées quotidiennement.

Un des objectifs principaux du SSR est de **rendre une autonomie ou une fonctionnalité avec des aides humaines et techniques, appareillage..., compatibles avec les habitudes de vie du patient**. La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale et sociale font partie intégrante du projet de la personne.

Le patient bénéficie d'une prise en charge globale pluridisciplinaire organisée autour d'un projet thérapeutique vraiment personnalisé. Les synthèses pluridisciplinaires hebdomadaires permettent d'adapter la prise en charge en fonction de l'évolution de la rééducation. Ce programme de rééducation multidisciplinaire est organisé avec les **différents acteurs du plateau technique : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, pédicure,...**

Des ateliers ont été mis en place et intégrés aux programmes de rééducation des patients selon leurs besoins : ateliers de



Ancien bâtiment de psychiatrie en cours de réhabilitation



Nouveau bâtiment SSR



Rendre une autonomie ou une fonctionnalité à des patients fragilisés, poly-pathologiques et à risque de dépendance ...

Dr Isabelle Houriez

Atelier de wii-thérapie



gymnastique, de stimulation cognitive, de wii-thérapie, de cuisine, de relaxation... D'autres ateliers vont se mettre en place d'ici la fin de l'année.

Quant à la balnéothérapie, elle sera possible dans le nouveau bâtiment qui devrait être opérationnel en octobre 2016. Le nouveau SSR proposera **une réelle amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement** avec notamment des chambres individuelles et un nouveau plateau technique spacieux puisqu'il passe d'environ 570 m² actuellement, à 1450 m² (plateau technique sec d'environ 1000 m² et plateau de balnéothérapie de 450 m² environ).



EN BREF, LE SSR C'EST :

- 8 lits de SSR spécialisés
- 6 lits de SSR Système Nerveux
- 62 lits SSR Personnes âgées poly-pathologiques comprenant une unité comportemento-cognitive (UCC de 10 lits),
- 20 lits de SSR polyvalents dont 4 lits de soins palliatifs,
- 2 lits de SSR Onco-hématologie.

Nouveauté

Le SSR Système Nerveux accueille des patients pris en charge pour les conséquences fonctionnelles des affections du système nerveux (AVC, SEP, Parkinson...) qui ont besoin d'une rééducation complexe et intensive.

Boulogne inaugure VigilantS...

Après une tentative de suicide (TS) et un séjour souvent court aux Urgences ou à l'hôpital, les patients retrouvent leur quotidien et bon nombre de leurs difficultés. Un courrier est adressé au Médecin traitant ou au Psychiatre, un rdv a pu être programmé au CMP... Des propositions qui sont plus de l'ordre d'hypothèses de soins, de compromis pour une sortie rapide. Qui s'inquiète un peu à distance de la qualité de ce compromis, qui vient l'ajuster, le compléter ou au contraire l'abandonner quand le sujet semble passer à autre chose ?

VigilantS est ainsi un dispositif totalement innovant, qui centralise à partir du SAMU/Centre 15 la veille et le recontact des sujets survivant à une TS : les centres hospitaliers, les centres de crise, signalent au dispositif la sortie d'un patient, en remettant une « carte ressource prévention » avec un numéro d'appel d'urgence. VigilantS prend le relai : un courrier expliquant la veille est adressé au Médecin traitant et/ou au Psychiatre (un numéro recours est mis à disposition des professionnels), les sujets sont recontactés selon plusieurs modalités (téléphone bien sûr, mais aussi cartes postales ou SMS...) ; à chaque contact, le Médecin traitant est tenu au courant. Si un sujet contacté se trouve en difficulté voire en danger, VigilantS organise les recours adaptés en lien direct avec le Centre Hospitalier de référence et le Médecin de famille.

Le Centre Hospitalier de Boulogne est pionnier ; le premier à tester à partir de janvier 2015 ce nouveau dispositif pilote, financé pour deux ans par l'Agence Régionale de Santé, qui s'est engagée à soutenir l'expérience dans le temps si elle montrait son intérêt en prévention du suicide. La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale évaluera cet intérêt.



La Clown thérapie dans nos ehpad

Le clown ne laisse jamais personne indifférent ; on l'aime ou on le déteste. Il nous amuse ou nous agace parfois il nous effraie, mais il génère des émotions souvent enracinées dans notre propre passé.



Depuis plus d'un an, le clown thérapeutique existe et complète la prise en soin des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (à la Frégate et au Centre JF Souquet). Au-delà de l'animation, le clown se révèle être un formidable moyen de recréer du lien.

Le but est d'inviter les résidents à rejoindre le clown dans un imaginaire où chacun prendra la place qui lui convient en leur offrant le partage d'aventures, de jeux... et l'ouverture de fenêtres. Et ensemble ajuster sans cesse l'improvisation, l'histoire à ce qu'ils perçoivent, ressentent au moment présent.

Les séances peuvent être collectives ou individuelles

Tout d'abord, une rencontre préalable avec le personnel soignant et la psychologue est organisée. Les résidents sont sollicités pour la séance avec un nombre maximum de 5 personnes. Pour le bon déroulement de la séance, une

personne de l'équipe soignante assiste à la séance qui doit se dérouler dans un endroit calme, clos, à l'abri de tous regards indiscrets afin de créer une ambiance et de ne pas perturber les résidents. La séance peut durer entre 30 et 45 min, mais varie selon l'interaction. **Les séances sont bénéfiques pour les résidents qui sont atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.**

Différentes approches (jeux de mimes, expressions corporelles, jeux de rôles) vont amener l'interaction des personnes en ouvrant leur imaginaire et en favorisant toute forme d'expression.

La séance individuelle est bénéfique pour les personnes très dépendantes. L'approche est plus douce et se déroule dans la chambre du résident, afin de créer une ambiance sécurisante et apaisante. Elle ne nécessite aucun accompagnement par l'équipe soignante, puisque l'échange doit se faire entre le clown et la personne. **C'est un moment d'échange intense, qui n'appartient qu'à la personne.**

Cette approche est un moyen privilégié pour développer l'expression et la communication non-verbale. Elle utilise des vibrations musicales, du toucher massage, l'expression du visage et du regard.

OBJECTIFS SÉANCE COLLECTIVE :

- Recréer du lien, de l'appartenance
- Renouer avec son rire (celui du petit enfant libre)
- Lutter contre l'exclusion et l'isolement
- Réveiller les sens
- Créer un lien que ce soit auprès des résidents, des soignants et des familles
- Réactiver les mémoires
- Émerger d'autres sensibilités liées à la parole
- Apporter de la joie et de la gaieté
- Favoriser l'expression

OBJECTIFS SÉANCE INDIVIDUELLE :

- Lutter contre l'exclusion et l'isolement
- Réveiller les sens
- Approfondir la communication non-verbale avec certains résidents
- Réactiver les mémoires

La consultation d'oncogériatrie au sein du CHB

L'oncogériatrie : à quoi cela peut-il servir ? Qu'est-ce qu'un oncogériatre ?

Voilà en résumé les interrogations les plus courantes lorsqu'on parle de cette (sur)spécialité. Pour pouvoir y répondre, il est important de connaître les données concernant le cancer chez les patients âgés.



Dr Paul TAPIE

Quelques chiffres :

Le cancer est une pathologie fréquente en gériatrie puisqu'un cas de cancer sur trois est diagnostiqué après 70 ans. Les idées reçues veulent qu'à cet âge, il ne se développe pas ou peu, qu'il soit moins agressif... Tout cela est faux : depuis 2008 le cancer est la première cause de mortalité chez le sujet âgé devant les maladies cardiovasculaires. Sa prise en charge est donc un enjeu majeur de santé publique.

D'autres études montrent que la prise en charge de ces patients âgés reste non satisfaisante aujourd'hui : on retrouve 30% de patients sous traités (ne reçoivent pas le traitement standard) et inversement, on compte parmi les patients qui reçoivent un traitement entre 5 et 20% de décès induits directement ou indirectement par les traitements anti-cancéreux (on parle alors de surtraitement).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces problèmes : les traitements ne sont pas ou peu étudiés chez le sujet âgé lors de leur mise sur le marché, la tolérance des molécules utilisées est difficilement prévisible et le profil des patients est extrêmement varié : cela va du patient totalement autonome vivant chez lui sans pathologie particulière ("la supermamie") au patient polypathologique sévère dépendant pour sa vie quotidienne chez lui ou en EHPAD. C'est pour cette raison que s'est développée l'oncogériatrie depuis les années 2000.

L'oncogériatrie apporte un bénéfice majeur pour le patient en termes de survie globale.

C'est une discipline très développée en France puisque nous sommes en deuxième position au plan mondial derrière les USA en termes de pratique et de recherche. Un oncogériatre est donc un médecin gériatre (spécialiste des patients âgés) qui s'est formé spécifiquement pour prendre en charge les patients atteints

d'un cancer. Une étude américaine a montré que le simple fait d'avoir un oncogériatre associé à la prise en charge du malade (en plus de tous les intervenants habituels) est corrélé à une survie globale augmentée de 30% à 2 ans quel que soit le cancer, son stade ou le mode de prise en charge et une diminution des hospitalisations non programmées de 50%.

Concrètement comment s'intègre l'oncogériatre dans le circuit habituel du patient âgé atteint d'un cancer ?

Il n'existe que peu d'oncogérites sur le territoire national, ils ne peuvent donc pas prendre en charge l'ensemble des patients. Le spécialiste d'organe ou l'oncologue qui prend en charge le patient pour son cancer doit donc réaliser un questionnaire de fragilité (questionnaire "G8") à tous ses patients de plus de 75 ans. Si le patient n'est pas "fragile", il va pouvoir appliquer à son patient le traitement standard pour un cancer donné. Si le patient est "fragile", il va alors adresser pour avis son patient à l'oncogériatre. Au cours d'une consultation de 90 minutes, ce dernier va établir une cartographie de l'état global du patient à l'aide de tests et d'exams standardisés : il passe en revue les grandes fonctions primordiales telles que la qualité de la marche, de l'alimentation, des fonctions cognitives, de l'entourage du patient, de son autonomie au quotidien, etc...

De même qu'on cartographie le cancer par des études génétiques, moléculaires et anatomopathologiques, on va "cartographier" le patient dans sa globalité. Grâce à cela l'oncogériatre propose :

- une prise en charge sur l'ensemble des variables gériatriques,
 - un avis sur le traitement optimal que l'on peut proposer au patient.
- Une fois cela réalisé, le médecin référent a alors toutes les informations pour choisir au

mieux avec son patient le traitement adapté à la fois au type de cancer et à la fragilité du patient.

Le médecin traitant reçoit aussi l'évaluation et juge de l'opportunité de la mise en route des propositions qu'elle contient.

Une consultation intégrée à une coordination régionale.

Une labellisation pour 2015...

Chaque région de France a une UCOG (Unité de Coordination en Oncogériatrie). Celle du Nord Pas de Calais est basée au CHRU de Lille. Elle a pour mission de coordonner le développement de l'activité au plan régional et d'harmoniser les pratiques : concrètement, elle doit s'assurer qu'un patient âgé de Valenciennes, Boulogne-sur-Mer ou Béthune bénéficie de la même prise en charge et qu'elle soit la plus adaptée à sa situation.

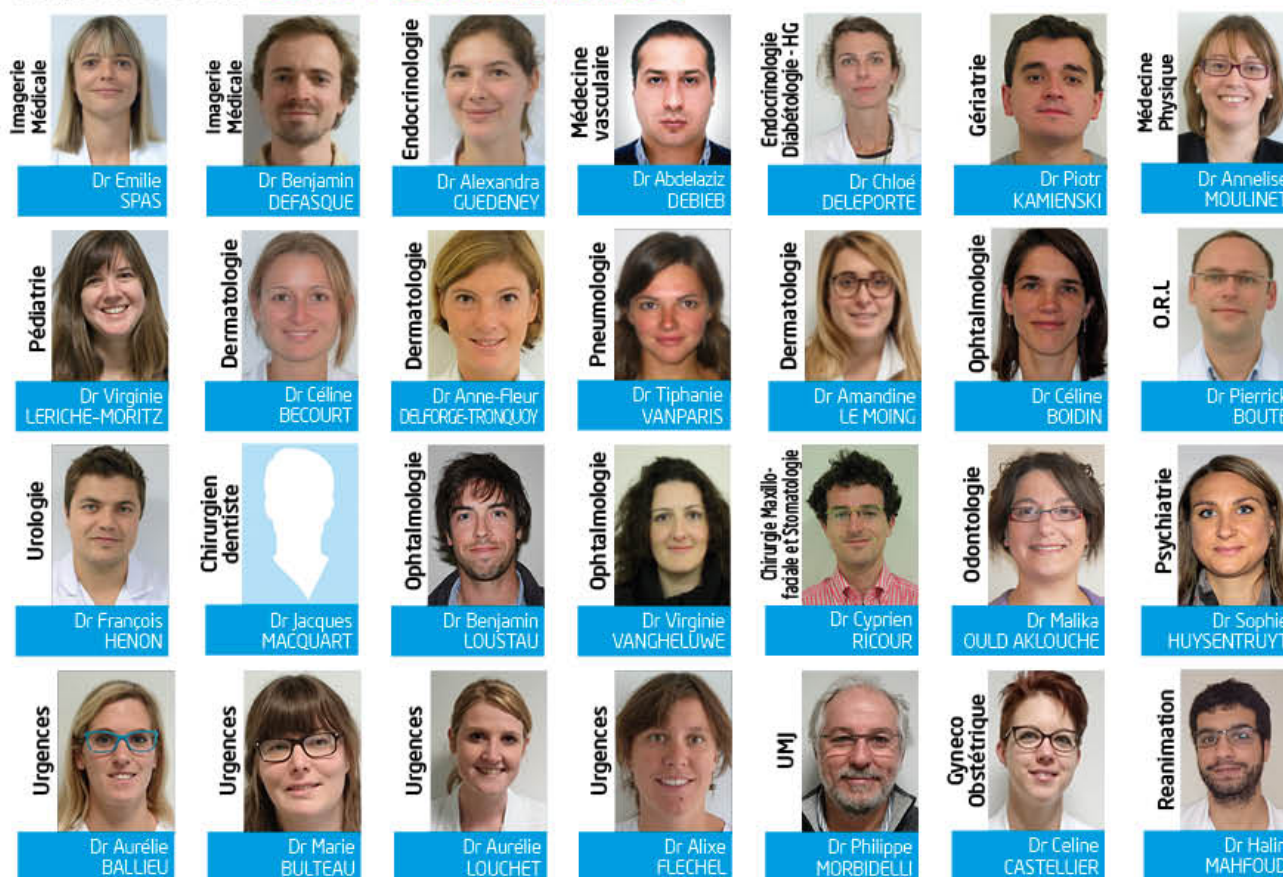
La consultation d'oncogériatrie du CHB est donc référencée au CHRU de Lille. Nous utilisons un dossier de consultation commun à toute la région. Nous participons depuis septembre 2014 à une étude observationnelle régionale (observatoire CONSOG) de tous les patients vus à la consultation oncogériatrique qui regroupe 7 centres de la région Nord-Pas de Calais.

Début 2015, l'ARS doit présenter un cahier des charges de consultation oncogériatrique avec un appel à projet, donnant accès à une labellisation "oncogériatrique" pour les centres y répondant. Nous mettrons tout en œuvre afin de permettre au CH de Boulogne-sur-Mer de devenir un pôle labellisé expert dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

LE CHB : UNE ÉQUIPE RENOUVELÉE



SANS OUBLIER LES NOUVEAUX ARRIVANTS !



Départs

Dr ALHUSARI (Pneumologie)
Dr AMANI (Pédiatrie)
Dr CHAZERANS (Urgences)
Dr COMPAGNION (Gynécologie-Obstétrique)
Dr DAUSQUE (ORL-Odontologie)
Dr DE CLERCQ (Médecine physique et réadaptation)
Dr ELBAZ (ORL)
Dr HIMPENS (Addictologie)
Dr LEMAITRE J-F (Pédiatrie)

Dr LEMAITRE B (ORL-Odontologie)
Dr LEROUX (Chirurgie vasculaire)
Dr MARCANT (Cardiologie)
Dr MESSAOUDI (Ophtalmologie)
Dr MORCHAIN (Urgences)
Dr MOUFIDI (Pneumologie)
Dr LOEVE (Chirurgie Vasculaire)
Dr YAKOUBI (Urologie)
Dr PETY (UMJ)
Dr RANDON (Ophtalmologie)

Changement de service

Dr GIBERT : Urgences > Gériatrie/EMG
Dr MAHIEUX : Gériatrie > Soins Palliatifs
Dr TEISSIERE : Urgences > Addictologie

Prochaines arrivées

Dr WERQUIN Claire (Imagerie)
Dr LERAT Anne (DIM)

Dr Jean Baptiste Deguines

Spécialiste en Chirurgie Générale, Digestive et Hépatique

Le sextant : Dr Deguines, vous êtes au Centre Hospitalier de Boulogne depuis moins d'une année. Pour ceux qui ne vous connaissent pas encore, qui êtes vous, quel est votre spécialité ? Pourquoi avoir décidé de nous rejoindre ?

Dr JB Deguines : Originaire de la Côte d'Opale, dès l'âge de 6 ans je voulais être « chirurgien » sans trop comprendre ce que cela représentait, j'ai donc passé le Collège et le Lycée à Calais et le bac en poche j'ai débuté mes études à la Faculté libre de médecine de Lille. Six années de travail, de découvertes, de rencontres.... Une fois passé l'examen national classant, j'ai choisi d'intégrer l'internat de chirurgie à Amiens. Internat long, difficile mais excessivement formateur, puis une fois thésé, j'y ai passé deux années supplémentaires en tant qu'Assistant Hospitalo-Universitaire. J'ai rencontré le Dr Degroote au cours d'un congrès de chirurgie, qui souhaitait renforcer son équipe. Il m'a proposé de venir effectuer quelques remplacements pendant les congés. Le service et l'hôpital m'ont plu. De plus, j'avais très envie de revenir sur la Côte d'Opale. Les conditions de travail et le lieu de vie attractifs n'ont pas mis longtemps à me décider.

Le sextant : pouvez-vous nous dire comment vous voyez la chirurgie digestive et viscérale ?

Dr JB Deguines : il s'agit d'une spécialité chirurgicale variée, prenant en charge aussi bien des pathologies cancéreuses, qu'infectieuses, inflammatoires que fonctionnelles, elle est exigeante et de haute technicité, et, ô combien passionnante. De ma pratique quotidienne, je dégage trois axes principaux d'activité et d'intérêt :

- La cancérologie digestive qui prend une part importante de mon activité et qui concerne en premier lieu la prise en charge des cancers colorectaux et de leurs métastases, viennent ensuite par ordre décroissant de fréquence la chirurgie des cancers gastriques, des cancers du foie ou des cancers du pancréas.

- Vient ensuite la chirurgie ambulatoire, avec une croissance forte de cette activité au cours des derniers mois au CHB en terme de chirurgie biliaire (cholécystectomie), de chirurgie pariétale (inguinale, ombilicale...), ou de chirurgie proctologique (hémorroïdes, fissures anales...).

- Par ailleurs, la chirurgie bariatrique, seul traitement efficace sur le long terme en perte de poids et d'amélioration de la survie globale devient une corde indispensable à l'arc des chirurgiens digestifs.

Le sextant : quels sont, selon vous, les intérêts de la prise en charge en ambulatoire comparés à une hospitalisation conventionnelle ?

Dr JB Deguines : sans se voiler la face, la volonté politique nationale de développement de l'ambulatoire est basée sur une constatation simple : moins longtemps un patient est hospitalisé, moins le coût de cette hospitalisation est élevé. Il s'agit donc en premier lieu de faire des économies de santé. Bien évidemment cela n'est justifiable que si la sécurité des patients ainsi que leur confort sont les mêmes qu'en cas d'hospitalisation conventionnelle.

Selon cet objectif, les pratiques qu'elles soient anesthésiques, chirurgicales, ou soignantes ont donc évolué au cours des dernières années permettant d'améliorer nettement la prise en charge des patients. L'ensemble de cette prise en charge est totalement centrée sur le patient.

Cette démarche ambulatoire nécessite d'être irréprochable et de ne rien laisser au hasard.

Elle est donc excellente pour les services d'hospitalisation, car très exigeante.

Le patient quant à lui y trouve en général tout son compte car il bénéficie d'une prise en charge optimale et ne reste à l'hôpital qu'une seule journée.

Le sextant : quand vous parlez de cancérologie digestive, de quoi s'agit-il concrètement ?

Dr JB Deguines : la prise en charge des cancers digestifs fait partie intégrante des aptitudes des chirurgiens viscéraux. Elle consiste entre autre à opérer les cancers du colon, du rectum, de l'estomac, du foie ou du pancréas.

La prise en charge chirurgicale des cancers doit répondre à une double problématique : carcinologique (c'est-à-dire d'enlever au mieux la tumeur pour améliorer les chances de guérison des patients), et fonctionnelle, c'est-à-dire avoir le moins d'impact possible sur la qualité de vie des patients après une opération (douleurs, stomie, éventration...). Pour ce faire, les techniques chirurgicales employées sont de plus en plus performantes avec notamment l'utilisation de la coelioscopie, et de techniques de chirurgie dites mini-invasives. Ces gestes chirurgicaux ne peuvent bien évidemment pas se concevoir sans une prise en charge optimisée anesthésique. Le projet thérapeutique d'un patient atteint d'un cancer digestif est guidé non seulement par son cancer (taille, localisation, dissémination) mais également par son état général, son âge, ses co-morbidités et ses souhaits. La prise en charge cancérologique doit être centrée sur le patient, autour duquel gravitent les soignants (oncologue, oncogériatre, nutritionniste et diététicien, psychologue, gastro-entérologue, anesthésiste-réanimateur, infirmier, radiologue, radiothérapeute, médecin généraliste, chirurgien, kinésithérapeute, stomathérapeute...).

La chirurgie reste une des pierres angulaires de la prise en charge des cancers digestifs en 2014.

Je trouve la pathologie cancéreuse passionnante du fait de sa complexité, et du défi permanent qu'elle nous donne. Ce défi est un défi pour la vie, un combat mené de concert entre patient et médecin. Une relation privilégiée de confiance, de doute et d'espoir qui a 2 objectifs : guérir si possible, et soigner au mieux.

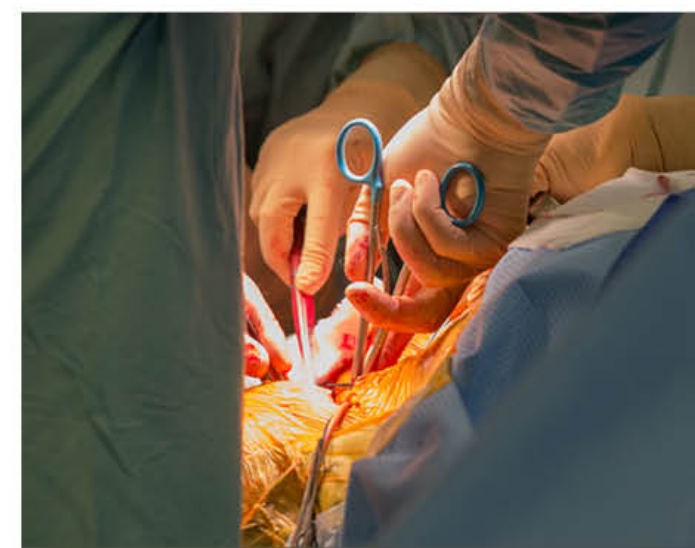
Le sextant : vous faites de la chirurgie hépatique, pouvez-vous nous dire pour qui, pourquoi et pourquoi à l'hôpital de Boulogne ?

Dr JB Deguines : je vais répondre à vos questions par ordre.

Pour qui ? : pour les patients atteints de tumeur primitive du foie, comme le carcinome hépatocellulaire, ou ceux atteints de métastases de cancers colorectaux ou encore pour quelques indications rares de pathologies bénignes (adénome, kystes hydatiques, polykystose).

Pourquoi ? : au cours des 20 dernières années il y a eu des avancées considérables en matière de traitement et de guérison de patients porteurs de métastases hépatiques. Ces avancées sont dues aux progrès des chimiothérapies, et à ceux de la chirurgie. Il y a donc des indications de plus en plus larges de chirurgie de métastases hépatiques pour des patients qui auparavant étaient condamnés. Ils peuvent désormais espérer des survies prolongées voir des guérisons. J'ai été formé à la chirurgie hépatique au cours de mon internat et de mon post internat. J'entretiens avec l'équipe du Professeur Pruvot, du CHRU de Lille, une relation privilégiée puisque je m'y rends une fois par semaine dans le but de continuer à me former à cette chirurgie complexe, de discuter des dossiers de patients que je prends en charge au CHB ou de lui confier les patients présentant les pathologies les plus complexes.

Pourquoi à l'hôpital de Boulogne ? : nous avons dans cet Hôpital la chance d'avoir un « plateau » technique d'excellence, ainsi que des praticiens motivés pour prendre en charge des patients souffrant de pathologies complexes. Ainsi en amont de la chirurgie, l'oncologie digestive et la radiologie sont très dynamiques et intéressées à ces pathologies, dans la période péri opératoire les anesthésistes-réanimateurs ont également les compétences pour bien faire. Il y a donc tous les ingrédients pour que cette chirurgie soit réalisée dans des conditions optimales de sécurité pour les patients du Centre Hospitalier de Boulogne. Cela évite à la plupart des patients et à leurs proches une hospitalisation (souvent longue) très loin de leur domicile (2 heures de route).



Dr Jean Baptiste DEGUINES

Prélèvement tissu post mortem

*Le sextant rencontre la
coordination Et prima post
Osdroenam quam, ut dictum
est, ab hac descriptione
discrevimus*

Le sextant : Le CHB était déjà autorisé pour les prélèvements d'organes, quelle est la différence avec cette nouvelle autorisation ?

La Coordination : Depuis Janvier 2014, la Coordination de prélèvements d'organes et de tissus réalise les missions de prélèvements de tissus après la mort suite à un arrêt cardiaque. C'est-à-dire que toute personne qui décède à l'hôpital peut faire don de ses tissus (cornées et peau). Pour le don d'organes, le prélèvement n'est possible que si la personne est en état de mort encéphalique. Il faut alors maintenir les organes en état de « fonctionnement » en utilisant du matériel de réanimation.

Le sextant : A quoi sert le don de tissu ?

La Coordination : La peau est utilisée pour la greffe de patient ayant subi des brûlures profondes. Quant à la greffe de cornée, elle permet au receveur atteint de maladie évolutive une restauration visuelle.

Le sextant : En quoi consiste un prélèvement de tissu ?

La Coordination : Dans les 24 h qui suivent le décès, certains tissus, en particulier les cornées et la peau peuvent être prélevées pour être greffées. Il s'agit donc de prélever des tissus sur un patient décédé pour envisager leur greffe sur des malades en attente.

Le sextant : Comment se déroule un prélèvement ?

La Coordination : La coordination hospitalière de prélèvement est informée par les équipes soignantes ou l'équipe de la chambre mortuaire, d'un décès. Elle étudie le dossier afin de déterminer la faisabilité du prélèvement. Elle interroge le registre de refus puis se met en contact avec la famille du défunt. Si le patient ne s'était pas opposé au don d'organe, le prélèvement est possible sous réserve de l'absence de contre indications. Un bilan sanguin précède le prélèvement afin d'assurer la sécurité sanitaire.

Le sextant : Que faire si la famille ignore la volonté du défunt ?

La Coordination : La loi nous impose de rechercher la « non opposition au don » aussi bien au niveau du registre national des refus (seul registre légal) qu'auprès de la famille et des proches du défunt. Lorsqu'une personne ne s'est pas opposée au don, le prélèvement est donc réalisable. Cependant, la coordination accompagne toujours les familles et les proches, afin que ce don soit accepté de tous.

Le sextant : Pour pouvoir donner, y a-t-il des conditions d'âge et d'état de santé ?

La Coordination : Oui, pour le don de tissus, des conditions particulières sont nécessaires et l'étude du dossier médical du défunt est minutieuse. Il existe des contre indications relatives aux antécédents, aux traitements suivis... L'âge n'est pas une réelle contre indication au don. Cependant et pour répondre à votre question, tout le monde « peut » être donneur et la réflexion à avoir est « veut »-on être donneur ?

Le sextant : Où se déroule le prélèvement de tissu ?

La Coordination : Le geste chirurgical est réalisé dans la salle dédiée située dans les locaux de la chambre mortuaire, par les chirurgiens plasticiens et ophtalmologues du Centre Hospitalier de Boulogne en collaboration avec la coordination et les agents de la chambre mortuaire. Les tissus sont conditionnés dans des milieux de conservation et ensuite acheminés vers la banque de tissus du CHRU de Lille.

Le sextant : Et après ?

La Coordination : Après le prélèvement, le corps bénéficie d'une toilette mortuaire. Le défunt est habillé selon ses souhaits ou ceux de ses proches. Le prélèvement est non visible car la cornée prélevée est remplacée par une lentille. Pour la peau, le prélèvement est effectué au niveau du dos et des cuisses. Il s'agit de prélever l'épiderme. Une application de poudre d'Alun et d'un pansement précède l'habillement du défunt. Compte tenu de la localisation du prélèvement, celui-ci reste non visible.

Le sextant : La loi de bioéthique de 2004 a prévu la création d'un lieu de mémoire exprimant une reconnaissance dans les hôpitaux autorisés à prélever. Envisage-t-on un lieu de mémoire pour ces donneurs au CHB ?

La Coordination : Le projet est en cours. Actuellement l'équipe de coordination et la direction travaillent en étroite collaboration avec une artiste locale. Un lieu de mémoire est prévu dans le hall principal du CHB. Cette création artistique a pour but de rendre hommage aux donneurs et à leur famille mais aussi nous rappeler qu'il est indispensable de prendre position au regard du don « donneur ou pas, dites le maintenant ! »

Membres de la coordination des prélèvements multi-organes



Dominique MASE



Pricille RAMET



Laurence VANGERMÉE