

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

CHALLENGE

N°49 - Décembre 2010



> DOSSIER

ATTAQUE CÉRÉBRALE AVC

- > INSTITUTION
NOUVELLES INSTANCES
- > OUVERTURE
COOPÉRATION
AVEC LE SÉNÉGAL
- > HISTOIRE
LA PESTE EN AVIGNON
- > SOINS
LES MALADIES DE L'HIVER
- > ORGANISATION
ADOPTONS LES ÉCO-GESTES

- Editorial page 2
- Institution page 3
Nouvelles instances
- Organisation pages 4/5
Eco-attitude
- Dossier AVC pages 6/9
- Histoire pages 10/11
La Peste en Avignon
- Soins pages 12/14
Bronchiolite
Gastro-entérite
Grippe saisonnière
- Ouverture page 15
Sénégal, coopération internationale
- Brèves page 16

**DIRECTEUR DE PUBLICATION**

> Francis DECOUCOT

RÉDACTEURS EN CHEF

> Frédéric DEBISE,
Directeur Communication, poste 3940
> Marielle PETIT DE GRANVILLE,
Chargée de Communication, poste 3981

COMITÉ ÉDITORIAL

> Alexandra AGNEL, Qualificienne
poste 3459
> Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
> Stéphane BOURGEOIS, Chef de service,
Urgences adultes, poste 3179
> Marie-Laurence BRETAGNOLLE,
Admissions, poste 9020
> Yannick CERUTTI, Photographe
> Claire CHRESTIA, Cadre de Santé,
poste 3580
> Philippe DI SCALA, Stratis
> Françoise GAUTHIER, PH,
Médecine Nucléaire, poste 3720
> Franck HERY, UCPC, poste 3505
> Thérèse ISENBRANDT-HAMY,
Cadre Sup. de Santé, poste 3586
> Philippe MASSON, Chef de service,
Néonatalogie, poste 3665
> Martine PACQUEU, Cadre Sup. de Santé,
poste 3860
> Magali RIGAL, Directrice adjointe,
poste 3904

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

04 32 75 39 02

CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

« Il faut savoir dépasser nos archaïsmes et proposer de nouveaux modèles »

>> Ce numéro de Challenge peut paraître éclectique à première vue tant les sujets traités sont variés : l'AVC, la peste, la vaccination, les maladies de l'hiver, les nouvelles instances, l'éco attitude !

J'y vois un fil conducteur malgré tout : le progrès scientifique qui se lit à travers ces lignes depuis la peste meurtrière jusqu'à nos jours, avec le combat des soignants contre la maladie. Ce combat passe par la prévention, peu développée en France elle devrait l'être davantage, par le diagnostic, la thérapeutique (et les outils progressent à vitesse grand V), mais aussi par l'organisation.

Dans ce domaine, nous avons des progrès considérables à faire. Lors de mon élection à la présidence de la CME en 2003 je rappelais que l'hôpital est en pleine mutation et qu'il fallait dépasser les concepts dans lesquels nous avons baigné au cours de nos études. Je crois que tous n'ont pas encore intégré cette donnée, ce qui nous pénalise en termes d'organisation et d'optimisation des moyens ; des réflexions ont lieu sur les nouveaux métiers de l'hôpital, il faut les nourrir activement, et se lancer sans réserve dans la délégation de tâche des médecins vers les paramédicaux.

La nouvelle gouvernance est là pour dynamiser cette évolution et repenser les organisations. Il faut savoir dépasser nos archaïsmes et proposer de nouveaux modèles, quand bien même cette démarche est complexe et difficile à assumer culturellement au nom de nos vieilles habitudes. L'Eco attitude est un modèle d'organisation future et un enjeu de santé publique en préservant la biodiversité.

La mise en place au CHA d'une nouvelle prise en charge de l'AVC est un exemple de progrès technique au service du patient en créant une nouvelle filière. Elle est l'exemple même d'une organisation innovante qui bénéficie des nouvelles technologies. Simultanément nous devons tous nous interroger sur la façon dont nous utilisons nos moyens et sur la pertinence de nos actes : le juste soin. Améliorer la qualité n'est pas seulement une question de moyens et un bon soignant n'est pas celui qui consomme le plus.

Enfin je voudrais répéter combien je suis attaché à la solidarité au sein du service public et au renforcement de nos liens sur le territoire : c'est notre outil de travail au service des patients. Il faut le défendre becs et ongles contre toute attaque y compris celles de l'intérieur, contre tous les « ego ». Soyons accueillants pour nos patients, pertinents sur nos actes, ouverts aux alternatives à l'hospitalisation et au secteur médico social. Soyons attentifs aux médecins libéraux nos vrais partenaires. Rien n'est jamais acquis à l'homme et l'hôpital public n'échappera pas à la règle. Chaque jour il faut sans fin savoir apporter sa pierre à l'édifice, au risque de le voir s'effondrer. Ne soyons pas dans l'incantation, soyons tous dans l'action !

Dr. Philippe OLIVIER
Président de la Commission
Médicale d'Établissement





>HPST

De nouvelles instances pour le CHA

La loi HPST « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » a été publiée il y a déjà maintenant plus d'un an, le 21 juillet 2009. Elle apporte de profondes modifications sur l'organisation de l'offre de soins avec en particulier la création d'Agences Régionales de Santé (ARS) et des Communautés Hospitalières de Territoire (CNT) et sur l'organisation interne de l'hôpital, avec la mise en place de nouvelles instances, le Conseil de surveillance et le Directoire.

Un Conseil de surveillance pour les orientations stratégiques

>> Le **Conseil de surveillance** remplace le Conseil d'Administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'établissement.

Le **Conseil de surveillance d'Avignon** s'est réuni une première fois le 12 juillet 2010.

La présidence est assurée par **M^{me} Marie-Josée ROIG**, Député-Maire d'Avignon.

M. Michel BISSIERE, Adjoint au Maire, est désigné en qualité de Vice-Président.

Le Conseil de surveillance d'Avignon est composé de trois collèges.

> Un collège de représentants des collectivités territoriales

Outre M^{me} ROIG et M. BISSIERE :

- > **M^{mes} Dominique TASSERY** et **Béatrice LECOQ**, représentantes de la COGA (Communauté d'Agglomération du Grand Avignon)
- > **M^{me} Michèle FOUNIER ARMAND**, représentante du Conseil général du Vaucluse

> Un collège de représentants du personnel

- > **M^{me} Dominique SEMPE**, représentante de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- > **D^r Philippe DIAZ** et **D^r Michel COINTIN**, représentants de la Commission Médicale d'Établissement
- > **M^{rs} Jean-Louis PERRIN** (CGT) et **Franck ROSSI** (FO), représentants désignés par les organisations syndicales

> Un collège de personnalités qualifiées

- > **D^r Gilbert CHAUVIN** et **D^r Joseph POLLINI**, personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'ARS PACA
- > **D^r Michel PISTONE**, personnalité qualifiée désignée par le Préfet du Vaucluse
- > **M^{me} Marie-Christine GODLEWSKI** (Ligue contre le cancer) et **M. Pierre PAYAN** (Association des aînés ruraux) représentants des usagers désignés par le Préfet du Vaucluse

Un Directoire pour la gestion opérationnelle

Le **Directoire** remplace le Conseil exécutif. Le Directoire appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. C'est une instance collégiale qui est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants.

Le **Président du Directoire** est le Directeur du Centre Hospitalier d'Avignon, **M. Francis DECOUCUT**.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME), **M. le D^r Philippe OLIVIER**, est Vice-Président.

Le Président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, **M. Eric DULAK**, est membre de droit.

Les autres membres du Directoire sont les docteurs :

- > **D^r Jean-Marc BROGLIA**, Chef de pôle d'imagerie et Chef de service de médecine nucléaire
- > **D^r Jean-Lou HIRSCH**, Chef de service de cardiologie
- > **D^r Stéphane ZOGRAPHOS**, Chef de service de chirurgie orthopédique
- > **D^r David VERHELST**, Néphrologue.

Le Directoire se réunit un jeudi sur deux et aborde l'ensemble des domaines stratégiques de l'hôpital, notamment :

- > le contrat d'objectifs et de moyens
- > le contrat de retour à l'équilibre financier
- > la politique qualité
- > le programme d'investissement : travaux et équipements
- > les évolutions architecturales à moyen et long terme
- > le périmètre des pôles d'activité
- > la présentation des projets et des contrats de pôle.

L'évolution de l'activité et la situation financière à travers la présentation et l'analyse de la note de conjoncture mensuelle qui est disponible sous Kaliweb : **Accueil / Statistiques et tableaux de bord / Contrôle de gestion / Tableaux de bord et notes de conjoncture / Notes de conjoncture**

Frédéric DEBISE
Directeur Adjoint

> ECO-ATTITUDE

Réduisons, récupérons,

Adopter les éco-gestes, c'est avoir le bon réflexe.
Challenge vous livre de nouvelles clés pour devenir un éco-hospitalier...

**Je maîtrise la consommation d'eau**

- 1. Une double action** > Je règle la température de l'eau sans utiliser l'eau chaude inutilement. Économiser l'eau chaude, c'est économiser à la fois l'eau et l'énergie nécessaire à son chauffage.
- 2. Le compte est bon** > Je veille à ma consommation d'eau : je ne laisse pas couler l'eau du robinet pendant que je me lave les mains, ni pendant la toilette des patients.
- 3. La lutte contre les fuites** > Je préviens les services techniques en cas de constat d'un problème engendrant le gaspillage (fuite, haut débit,...).

Être vigilant quant à sa consommation d'eau chaude revient à préserver l'environnement à deux niveaux : non seulement cela engendre une économie d'eau mais aussi d'énergie.

**J'économise l'énergie**

- 1. Une habitude saine** > Je modère la température : 19 °C suffisent amplement. Un degré de moins, c'est peut-être un pull en plus, mais cela représente 7 % de consommation en moins.
- 2. Une question de bon sens** > Je baisse le chauffage en cas d'absence pendant quelques heures et lorsque je quitte mon bureau.
- 3. Un éclairage gratuit** > Je profite de la lumière du jour au lieu d'allumer systématiquement la lumière. Je choisis la proximité d'une fenêtre pour installer mon bureau. La lumière naturelle est bien plus agréable et moins fatigante pour travailler. Attention aux ombres portées sur le plan de travail, le bureau doit être placé perpendiculairement à la fenêtre.

Maîtriser l'énergie est un geste bénéfique autant pour le porte-monnaie que pour la planète.

**J'optimise mes trajets**

- 1. Se faire conduire** > Je prends les transports en commun. En prenant le bus, j'é mets 3 fois moins de CO² qu'en voiture.
- 2. Des déplacements propres** > Quand cela est possible, je me rends au travail à pied, à vélo ou en roller, c'est aussi bon pour l'environnement que pour ma santé.
- 3. Le covoiturage** > Quand la voiture est nécessaire, il est judicieux de la partager avec mes collègues. Site de covoiturage du CHA <http://covoiturage.ch-avignon.fr/> Code : CHAvoiture.

En France, 30 % des déplacements correspondent à des trajets domicile-travail, dont les 3/4 se font en voiture, avec un taux de remplissage proche de 1.

**Je sélectionne mes fournisseurs et mes fournitures**

- 1. Les bons partenaires** > Je privilégie les fournisseurs qui s'inscrivent dans une démarche de développement durable, que ce soit pour le matériel et les fournitures ou pour les prestations de services.
- 2. Favoriser la filière du papier recyclé** > J'économise le papier. Sachant qu'un employé de bureau consomme en moyenne 80 kg de papier par an, soit un rejet de 25 kg équivalent CO². Il est logique d'inciter son entreprise à collecter le papier et à acheter du papier recyclé.
- 3. Une solution avantageuse** > J'évite le jetable. Les produits de consommation deviennent de plus en plus éphémères, entraînant de graves dégradations de notre environnement dues à l'augmentation alarmante des déchets et à la consommation d'énergie nécessaire à leur fabrication.

Les produits portant un écolabel environnemental officiel vous garantissent une bonne qualité et un impact limité sur l'environnement. La différence entre recyclable et recyclé est la même qu'entre réalisable (possibilité future) et réalisé (réalité).

Franck HERY
UCPC

protégeons, respectons...

► UNE ACTION DURABLE

Des nouvelles auto-laveuses écologiques

>> Depuis le mois d'avril 2010, vous voyez circuler dans les couloirs du centre hospitalier, de nouvelles auto-laveuses "ECO" qui présentent une technologie novatrice : elles fonctionnent à l'eau uniquement, et n'utilisent donc aucun produit détergent. Cela s'inscrit totalement dans le développement durable.

Les économies sont de 3 litres de produit détergent par jour sur 365 jours par an. Cela représente 1100 litres à l'année.

De plus, cette nouvelle génération de matériel de nettoyage est peu gourmande en eau, facile en entretien, et plus hygiénique car moins créatrice de biofilm.

Dans le futur, avec un contexte économique plus favorable, j'espère pouvoir faire doter un maximum de services de ce genre de matériels pour pouvoir vraiment s'inscrire dans la démarche vers le développement durable.

Serge MORENAS
Agent Chef
Equipe Hospitalière d'Entretien



► Un logo pour le développement durable



Le Comité de Pilotage pour le Développement Durable a son logo !
Ce symbole accompagnera désormais toutes les communications de l'établissement en matière de développement durable. Au même titre qu'une mascotte, ce symbole se veut communicatif et vient renforcer la campagne d'information et de sensibilisation.



> DOSSIER ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Du fatalisme au dynamisme...

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent la troisième cause de mortalité après les cardiopathies et les cancers. Les AVC sont également la première cause de handicap et peuvent toucher des individus de tous âges. En France, 130 000 personnes en sont victimes chaque année et près de 50 000 en décèdent. Au-delà des idées reçues et des fausses vérités, Challenge vous éclaire dans le cadre d'un dossier complet sur l'AVC.

L'AVC est une urgence médicale

Le terme d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) désigne tout événement cérébral en liaison avec une atteinte de la circulation cérébrale, artérielle ou veineuse. Il regroupe une constellation de syndromes dont les causes, les mécanismes et la prise en charge diffèrent considérablement.

>> Les AVC qui nous concernent sont les accidents liés à une atteinte des artères cérébrales.

> Soit une obstruction de l'une de ces artères conduisant à une interruption de l'apport de sang et donc d'oxygène, ce qui va entraîner une mort des neurones en aval de l'obstruction, et que l'on peut également nommer infarctus cérébral : ce sont les AVC ischémiques.

> Soit à la rupture de la paroi de l'artère entraînant une hémorragie intra-cérébrale : ce sont les AVC hémorragiques.

L'AVC est une urgence médicale. Son pronostic est sombre puisqu'il constitue la première cause de handicap chez l'adulte, la seconde cause de démence et la troisième cause de décès en France.

On dénombre 130 000 nouveaux cas d'AVC par an en France. A 1 an, 25% des survivants sont dépendants. Le risque de récurrence est de

10% à 1 an et 30% à 5 ans. La mortalité est de 20% à 1 mois et de 30% à 1 an.

Une filière spécifiquement structurée

Le devenir des patients peut être amélioré par une prise en charge organisée dans une filière spécifiquement structurée, comportant une prise en charge en urgences, dès les premiers signes cliniques, l'hospitalisation aiguë en unité spécialisée les Unités Neuro-Vasculaires (UNV), qui sont des services de soins intensifs neurologiques, puis en fonction de la récupération le transfert à domicile ou en soins de suite et de réadaptation.

La prise en charge en UNV permet à elle seule de réduire la morbi-mortalité de l'AVC de 30%. Elle permet de proposer à un certain nombre de patients un traitement par thrombolyse (traitement qui permet une lyse du caillot sanguin en cas d'AVC ischémique).

Ce traitement doit être réalisé dans les 4h30 qui suivent le début des symptômes, après confirmation du diagnostic par l'imagerie cérébrale. Seule une minorité de patients sera intéressée par ce traitement, mais doit pouvoir être envisagée chaque fois que possible. Pour ce faire, la clé de voûte est la prise en charge pré-hospitalière par le centre 15 qui permet de déterminer l'éligibilité à la thrombolyse du patient, et d'optimiser les délais d'acheminement du patient vers l'UNV la plus proche. La prise en charge des AVC repose donc sur une équipe multi-disciplinaire, intégrant le centre 15, le service d'accueil des urgences, le service de radiologie, l'UNV et le service de neurologie, le service social et les SSR de la région.

*D^r Patricia TOURNAIRE
Neurologue*

L'informatique au cœur du dispositif « Télémédecine et AVC »

Dès janvier 2009, un rapport des conseillers généraux des établissements de santé proclamait « priorité de santé publique » le déploiement de la télémédecine sur le territoire.

>> En avril 2009, Mme la Ministre de la Santé et des Sports, annonçait, avec les responsables de l'ASIP (Agence des Systèmes d'Information), le lancement d'une mission sur la stratégie de développement de la télésanté, définie comme « l'ensemble des technologies qui facilitent la surveillance, le diagnostic, l'expertise voire les soins à distance ».

En juin 2009, le CH d'Avignon lançait le projet de télémédecine dans le cadre de l'AVC et proposait de mettre en place un partenariat avec l'Unité de Neuro-vasculaire du CHU de la Timone (Pr Nicoli), une convention a même été signée, pour une meilleure prise en charge de l'AVC ischémique en urgence, au travers d'une solution informatique intégrée et packagée.

Dans un cadre global de généralisation de la télémédecine en PACA, l'ORU PACA (Observatoire Régional des Urgences en PACA), mandaté par l'ARS, a choisi le CH d'Avignon comme expérimentateur, dans l'objectif d'une généralisation dès 2011. L'ORU PACA participe au financement du dispositif.

Le diagnostic précoce de l'AVC

Le projet « Télémédecine et AVC » s'inscrit dans les projets informatiques du Schéma Directeur des Systèmes d'Information. Il a été présenté à deux reprises en commission informatique et accepté, et placé dans le plan de charge de la Direction des Systèmes d'Information.

Les logiciels installés permettent le diagnostic précoce de l'AVC dans les meilleurs délais par vidéoconférence. L'évaluation clinique du patient sera réalisée par accès, à distance de Marseille, aux images captées par une



caméra à 360° dans une chambre dédiée à l'UHCD. Le traitement par thrombolyse du patient victime d'un AVC sera décidé grâce à la visualisation, toujours par l'équipe du Pr Nicoli de l'AP HM (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille), des images d'IRM numériques du PACS (Picture Archiving and Communication System), retraitées par le logiciel en couleur, afin d'évaluer les lésions actuelles et à venir.

Un partenariat fort s'est noué entre la DSI du CH d'Avignon, les équipes médicales du CH Avignon, les correspondants informatiques de l'AP HM. Il est important de noter la cohésion des équipes et la motivation commune pour le projet dans l'intérêt du patient.

Au travers de la mise en place de la loi HPST, les années à venir verront le développement croissant de la télémédecine dans les processus de soins. Ainsi, grâce aux nouvelles technologies informatiques, le patient peut disposer de l'expertise d'un spécialiste dans un cadre juridique défini, et bénéficier de l'égalité de l'accès aux soins où qu'il soit.

L'investissement de la DSI a été constant depuis un an, et je tiens à souligner la compétence de l'équipe informatique dans ces technologies novatrices.

Hélène SOL

*Chef de Centre Informatique
Directrice des Systèmes d'Information*

> Les signes d'alerte de l'AVC

La méconnaissance des symptômes par le grand public est un facteur important de retard de prise en charge.

Des campagnes d'informations visent à sensibiliser le public aux symptômes évocateurs d'un AVC qui se caractérisent toujours par une survenue brutale d'un ou plusieurs des signes suivants :

- > un sourire asymétrique (Face)
- > un des 2 bras ne se lève pas normalement (Arm)
- > des difficultés d'élocution (Speech).

« FAST » est un moyen mnémotechnique rappelant les 3 signes évocateurs de l'AVC. Devant la présence de F, A, ou S, T (T signifiant Time), il faut impérativement appeler le 15 de toute urgence.

Les recommandations de la Société Française de Neuro-Vasculaire mentionnent également comme signes d'alerte :



- > un engourdissement ou une faiblesse de la jambe
- > une diminution ou une perte de la vision uni ou bilatérale
- > un mal de tête sévère.



> INTERVIEW

« La prise en charge des AVC est

Challenge vous propose d'en savoir plus, au travers de l'interview du Docteur Jacques-Emmanuel TROUVÉ, Médecin au SAMU 84 et Responsable du SMUR Avignon.

>> Challenge : Le traitement de l'AVC est une course contre la montre. Quel est le délai d'intervention ?

D^r Jacques TROUVÉ : « Oui effectivement, parmi les traitements les plus efficaces contre les accidents ischémiques* cérébraux, les thrombolytiques sont ceux qui, par une lyse du caillot sanguin, permettent de lever rapidement l'obstruction artérielle responsable de l'AVC afin de rétablir les fonctions neurologiques altérées. « Time is brain » : 3 à 4 millions de neurones sont détruits par minute. Autrement dit, plus la levée de l'obstruction artérielle est rapide, plus le patient aura de chances de récupérer sans séquelle. Il n'y a donc que 4 heures 30 pour administrer le thrombolytique depuis l'apparition des premiers signes neurologiques. La sélection des patients à thrombolyser se doit d'être particulièrement rigoureuse compte tenu du risque de saignement induit. Seule l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM*) est susceptible d'établir clairement la nature ischémique d'un AVC dès les premières heures, d'apprécier son étendue, d'évaluer la zone de pénombre ischémique et d'éliminer les risques de transformation hémorragique. Ceci suppose un accès facilité en urgence à ce type d'examen. »

Challenge : La prise en charge de l'AVC est un défi thérapeutique et organisationnel. Quel est le rôle des unités de soins neuro-vasculaires ?

D^r Jacques TROUVÉ : « La régulation médicale est l'élément central de la stratégie d'optimisation des délais de transport et de l'orientation des « urgences AVC ». Insérée dans la filière régionale de prise en charge des patients atteints d'AVC définie dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) est un rouage essentiel à la prise en charge des patients victimes d'un AVC. Ce type de structure permet d'effectuer un

bilan diagnostique précis et précoce en réalisant rapidement les investigations les plus appropriées, d'assurer la surveillance de l'état neurologique et des constantes vitales des patients, de prévenir la survenue de complications, de débiter rapidement les traitements médicamenteux et d'initier précocement la rééducation afin de limiter le handicap, indépendamment du bénéfice apporté par la thrombolyse. »

Challenge : Prévenir l'AVC, c'est identifier et traiter les facteurs de risque de cette maladie. Quelle est l'importance de la régulation médicale dans la prise en charge de l'AVC ?

D^r Jacques TROUVÉ : « Plusieurs évaluations ont démontré que face à un patient victime d'un AVC, la procédure la plus rapide est d'appeler le 15, centre de réception et de régulation des appels. L'examen préalable par un médecin au domicile ou l'arrivée directe d'un patient dans un service d'accueil des urgences retarde de plusieurs heures l'accès au traitement. L'efficacité de la prise en charge précoce des AVC repose sur la mise en place d'une organisation extrêmement précise et fiable des secours, en collaboration étroite avec l'UNV : une fois l'AVC suspecté, une mise en conférence téléphonique à trois entre l'appelant, le médecin régulateur et le médecin neuro-vasculaire est réalisée afin d'envisager la possibilité d'une thrombolyse* et d'un éventuel transfert vers l'UNV par le moyen le plus rapide et le plus adapté. »

Challenge : Le Centre Hospitalier d'Avignon a mis en place un système de télé-médecine. En quoi cela consiste ?

D^r Jacques TROUVÉ : « Transférer les patients en urgence est actuellement la seule alternative, mais le développement de la télé-médecine va contribuer à traiter plus rapidement un plus grand nombre de patients,



le traitement s'effectuant avant le transfert. La téléconsultation neurologique, menée conjointement par un médecin sur site ayant en charge le patient (« médecin requérant ») et un médecin neuro-vasculaire à distance (« neurologue vasculaire requis »), consiste en :
 > un examen clinique « en ligne » avec visio-consultation par caméra afin de valider les scores neurologiques
 > un partage des résultats biologiques
 > une visualisation dynamique et interactive des images acquises par IRM
 > un accès aux données cliniques du patient (dossier patient informatisé).
 Le déploiement des outils spécifiques de « Télé-



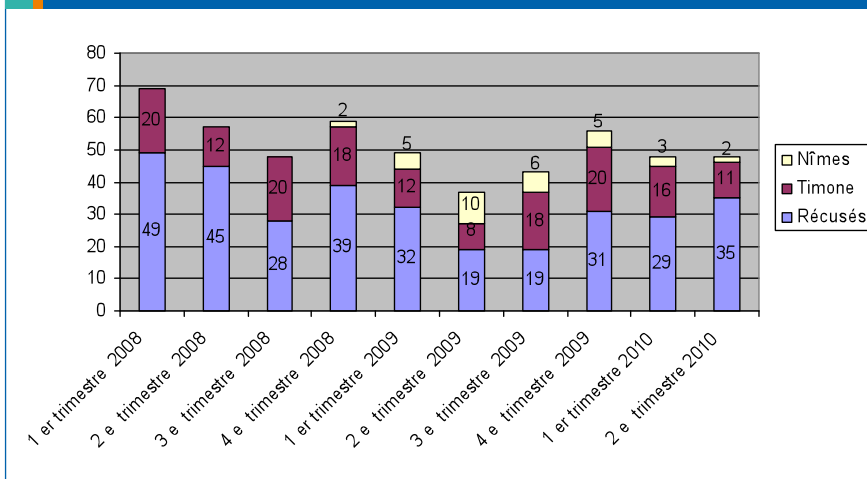
Professeur François NICOLI
 Chef de service
 de l'UNV de la Timone

> La filière neuro-vasculaire SAMU 84 - UNV de la Timone

Cette activité faisant l'objet d'une évaluation continue, il a été établi de juillet 2005 à juin 2007, que 64 patients avaient été transférés vers l'UNV du Professeur NICOLI à la Timone, 25 % ayant pu être thrombolyés. Plus récemment, de janvier 2008 à décembre 2009, 27 patients ont été transférés sur Nîmes (ouverture d'une UNV au CHU Carémeau fin 2008) et 125 vers la Timone, parmi lesquels 33 % ont été thrombolyés, et 87 % ont été admis avant 4h30.

une priorité de santé publique »

» Activité en Vaucluse 2008-2010 : Répartition des orientations des patients



hospitalisés en UNV. Le développement de la télémédecine va permettre d'accroître l'accès au traitement spécifique des patients concernés en s'inscrivant dans un réseau de prise en charge des AVC en urgence en relation avec l'UNV. L'objectif étant de pouvoir développer au travers de ce transfert de compétences, une activité d'UNV au CH Avignon permettant à terme de recevoir et traiter les patients victimes d'AVC en provenance du Vaucluse. »

Propos recueillis
par Marielle PETIT DE GRANVILLE
Chargée de communication

AVC », dont le service informatique est le maître d'œuvre, impose un cahier des charges exigeant : il doit répondre à des impératifs techniques, juridiques et déontologiques. En effet, ces logiciels informatiques, assimilés à des dispositifs médicaux, outre leur indispensable fiabilité, doivent satisfaire à l'obligation de sécurisation des données médicales échangées, au respect de la confidentialité, aux exigences de traçabilité et d'archivage.

La mise en place du « Tél-AVC » va générer une nouvelle offre de soins spécialisée et délocalisée permettant :

- > une plus grande égalité d'accès aux soins (accès à l'expertise médicale)
- > une amélioration des chances des patients (délai d'accès raccourci)
- > une amélioration de la qualité des soins et de leur sécurité
- > l'optimisation des transferts des patients.

La télémédecine contribue également à l'amélioration des connaissances, et au transfert de compétences. »

Challenge : L'AVC est l'affection neurologique la plus fréquente et une urgence médicale. Que diriez-vous en conclusion ?

D^r Jacques TROUVÉ : « Avec environ 130 000 nouveaux cas par an en France, et compte tenu du niveau de handicap, de la mortalité et du poids financier considérable pour l'assurance maladie et la société, la prise en charge des AVC est une priorité de santé publique. Il s'agit aujourd'hui d'une grande urgence médicale dont la survenue est brutale, jusqu'alors de mauvais pronostic, mais offrant aujourd'hui une possibilité de récupération par un traitement immédiat pour lequel une maîtrise des délais est indispensable. Ainsi, la prise en charge médicale des AVC est devenue plus technique, requiert des moyens et des compétences plus spécialisés et contribue au développement d'une branche nouvelle de la neurologie avec les soins neuro-vasculaires. Au 4^e trimestre 2008, seulement 20 % de l'ensemble des patients victimes d'AVC en France ont été

» Lexique

***Ischémique :** Une ischémie est la diminution de l'apport sanguin artériel à un organe. Cette diminution entraîne essentiellement une baisse de l'oxygénation des tissus de l'organe en dessous de ses besoins (hypoxie), et la perturbation, voire l'arrêt de sa fonction.

***Nécrose :** La nécrose (du grec *Nèkros*, signifiant mort) est la forme principale de mort d'une cellule, d'un tissu ou d'un organe lors d'accidents traumatiques, suite à certaines maladies ou lors de déficits métaboliques.

***IRM :** (Imagerie par Résonance Magnétique) Technique récente et sophistiquée de radiologie utilisant des champs magnétiques. La qualité des images est supérieure à celle obtenue avec les rayons X (scanner) et l'IRM est utilisée pour explorer le système nerveux, les os et la circulation sanguine.

***Thrombolyse :** La thrombolyse consiste à lyser (désagréger) par médicament les thrombus (caillots sanguins) obstruant les vaisseaux sanguins. Ce traitement reproduit de façon artificielle le phénomène physiologique de fibrinolyse et vient en complément du traitement anticoagulant.

» Les phénomènes d'ischémie cérébrale

Initialement le cerveau en ischémie voit s'installer rapidement une première zone de nécrose cérébrale. Cette zone est entourée d'une zone dite de pénombre ischémique dans laquelle les neurones parviennent à se maintenir pendant plusieurs heures en « mode de survie ». C'est cette zone de pénombre ischémique qu'il va falloir reperfuser rapidement pour éviter que la nécrose* cérébrale ne s'étende, favorisant alors la récupération du déficit neurologique.

> FLÉAU

Histoire de la Peste en Avignon



Au long de son histoire, l'Occident a connu un grand nombre d'épidémies de peste. Celles-ci ont ainsi souvent touché la Provence, et tout particulièrement Avignon et ses habitants.

>> Après plusieurs siècles de répit, la peste réapparaît en France en 1348 et le XIV^e siècle compte à lui seul 5 épidémies.

Un XIV^e siècle très difficile

L'épidémie de 1348 venue d'Asie centrale appelée "peste noire" est effroyable et plusieurs milliers de personnes périssent en Avignon. La ville s'est vidée de ses habitants, réfugiés dans les campagnes avoisinantes, et 7000 demeures sont fermées. A la recherche de responsables aux malheurs du temps, beaucoup accusent les communautés juives d'empoisonner les puits, la synagogue de Saint Rémy de Provence est incendiée et des centaines de personnes sont massacrées et conduites au bûcher. Le Pape Clément VI, ému de ces terribles excès, condamne ces actes de violence et accueille en Avignon les Juifs qui le souhaitent. Guy de Chauliac, un des plus célèbres chirurgiens du Moyen-Age est appelé par le Pape en Avignon pour lutter contre la maladie et se distingue par son dévouement lors de cet épisode. Ses soins ne parvinrent malheureusement pas à sauver Laure de Noves, muse de Pétrarque, qui succombe de la peste à Avignon le 6 avril 1348. On évalue entre 30 et 50 % de la population européenne qui disparaît lors de cette épidémie et à 40 millions le nombre de victimes pour l'Europe, l'Asie et l'Afrique. Lors de l'épidémie de 1361, en l'espace de 4 mois, 17 000 personnes périssent en Avignon. A la cour du Pape, 100 évêques et

9 cardinaux succombent et sont ensevelis dans la Chartreuse de Villeneuve. Lors de l'épidémie de 1374, la mortalité en Avignon est telle que le Pape Grégoire XI effrayé quitte la ville pour se réfugier dans des lieux encore non contaminés. En 1388, lors d'une nouvelle épidémie, le Pape Clément VII et sa cour se retirent au château de Beaucaire. Enfin en 1397, c'est le Pape Benoît XIII qui fuit le fléau et se retire au château de Sorgues.

L'épidémie de 1580 est particulièrement meurtrière puisqu'il périt la moitié de la ville d'Avignon en l'espace de 2 années. Au XVII^e siècle, lors de l'épidémie de 1630, ce sont près de 3000 malades qui rentrent à l'hôpital S^t Roch et périssent.

Retour du fléau en 1720

Après 90 années de relative tranquillité où la peste ne sévit plus que de manière sporadique, la Provence se croit à tort définitivement à l'abri du "mal contagieux". L'épidémie la mieux connue, et la dernière qu'aient connue la Provence et Avignon débute en 1720. Le 25 mai 1720, le capitaine du vaisseau "le Grand S^t Antoine" en provenance de Syrie signale en accostant à Marseille, qu'au cours de la traversée, plusieurs de ses marins sont morts de "fièvres malignes pestilentielles". C'est en fait la peste qui est à bord du bateau. Il aurait fallu mettre l'équipage en quarantaine et brûler la cargaison d'étoffes précieuses.



Mais les nobles marseillais, propriétaires de ces riches marchandises, interviennent pour que le règlement sanitaire ne s'applique pas et ils obtiennent le débarquement. Deux mois plus tard, la peste se répand, gagne les quartiers populaires de Marseille pour se propager ensuite le long du littoral jusqu'à Toulon, et franchi la Durance en atteignant Pertuis en septembre. Durant l'été 1720, il meurt entre 500 et 1000 personnes par jour à Marseille. Comme le montre le terrible réalisme des tableaux de Michel Serre réalisés lors de cet épisode (musée des Beaux-Arts de Marseille), des centaines de cadavres jonchent les rues. Des moribonds sont parfois charriés avec les morts sur les tombereaux et tombent vivants dans les fosses communes.

Un mur de la peste pour protéger Avignon

Le fléau est importé en Avignon alors que des précautions sont prises par les consuls pour protéger la ville. Un cordon sanitaire par des troupes en armes est placé tout le long de la rive droite de la Durance de Sisteron à la Chartreuse de Bompas, jusqu'au Rhône. Le vice-légat du Comtat Venaissain décide par ailleurs la construction d'un mur pour combattre l'avancée du fléau. Ce "mur de la peste" d'une hauteur de 2 m et de 27 km de long, est construit entre mars et juillet 1721 et s'étend du plateau de Sault à Cabrières. Des guérites placées tout le long permettent à près d'un milliers de gens en armes de monter la garde. Ils ont l'ordre d'abattre toute personne tentant de franchir le mur. Malgré tout, l'épidémie entre dans Avignon par l'Ouest le 17 Août 1721. Le nombre de malades est tel qu'on doit construire le long des remparts des cabanes pour les accueillir. A Noves, comme dans d'autres communes, une rue dont toutes les personnes sont infectées est murée à ses deux extrémités et par une échelle, on fait passer aux "survivants" de la nourriture et de la chaux vive pour brûler les cadavres.

Des médecins de la peste aux longs becs

L'apparence du "médecin de la peste" est terrible. Il porte une tunique de lin ou de toile cirée et un masque qui le fait ressembler à un corbeau. Le long bec renferme des épices pour couvrir l'odeur pestilentielle des mourants. Sur le masque, il porte des lunettes et il est accompagné de sa fidèle baguette avec laquelle il soulève les vêtements des pestiférés, imaginant que masqué de la sorte la terrible maladie ne peut pas l'atteindre. On peut imaginer l'effet produit sur les malades par les apparitions de ces "spectres". Le caractère tragique des récits de l'époque est accentué par l'impuissance totale des médecins devant une maladie qu'ils ne comprennent pas. Un médecin marseillais partant en visite en 1720 raconte : "Mon préservatif est un sachet que je porte sur l'estomac et où il y a toutes les racines et les exutoires en poudre : le camphre, le crapaud, la vipère, du sang humain en poudre. Avec tous ces préservatifs, j'entre dans l'infirmerie, vêtu d'une robe de toile cirée qui va jusqu' au talon, un bonnet du même tissu et une éponge trempée dans du vinaigre, attachée au nez, ayant soin de ne jamais respirer de la bouche. J'ai dans la bouche un morceau de racine d'angélique. Un infirmier qui me précède tient d'une main un réchaud avec du feu et de l'autre un pot plein de vinaigre. J'ai soin de mettre dans le réchaud des parfums que je porte à mon bras dans un sachet. Avant de tâter le pouls au malade ou les bubons, je trempe la main dans le vinaigre et je la retrempe à nouveau quand je l'ai touché." Les parfums étaient largement utilisés dans les maisons comme désinfectants et on y mélangeait toutes sortes d'herbes et composés. Enfin, dans un document intitulé "la lutte contre la peste en Provence au XVII^e et XVIII^e siècle", le Docteur Azalais conseille entre autres choses d'avaler de l'ail (c'est la région qui doit le justifier !) et de faire boire aux enfants tous les matins un demi verre de leur urine ! Malgré tout, l'isolement des malades, l'interdiction des lieux contaminés, le contrôle des communications font partie des mesures de précaution afin de limiter l'extension du fléau.

Sur un plan strictement "médical", le traitement consiste à ouvrir les bubons et faire des purges et des saignées aux malades, ce qui permettait certainement d'abrèger les souffrances des patients ! L'épidémie s'éteint en août 1722. Elle laisse derrière elle en Avignon et dans les localités avoisinantes plus de 6000 morts et près de 90 000 morts dans toute la Provence.



Le rat, principal vecteur de transmission

La cause de la peste est demeurée inconnue jusqu'en 1894. Le Docteur Yersin, élève de Pasteur, découvre cette bactérie un an avant la mort de son illustre professeur. *Yersinia pestis* est principalement véhiculé par le rat qui la transmet à l'homme par l'intermédiaire des puces infectées. Le bubon qui fait suite à l'inoculation par la puce est une adénopathie (ou un amas de ganglions) satellite du territoire de drainage de la piqûre. Dans cette forme "bubonique", le décès survenait en quelques jours après généralisation de l'infection tandis qu'une guérison spontanée pouvait parfois survenir. C'est certainement cette forme de peste qui a sévi en majorité lors de l'épidémie de 1720. A côté de cette forme bubo-septicémique, existe une forme pulmonaire de la maladie, qui ne requiert plus de vecteur, mais se transmet directement entre humains par les expectorations et qui était le plus souvent mortelle très rapidement.



Faut-il craindre d'autres épidémies ?

En 2010, la peste n'a pas disparu et il reste des foyers sporadiques dans le monde, à Madagascar par exemple. Par ailleurs, nous ne sommes pas à l'abri d'épidémies infectieuses, voire de pandémies du type de la "peste noire". L'épidémie de SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère) en 2003, les premières contaminations humaines par le virus de la grippe aviaire et les ravages "médiatiques" de la grippe A prouvent bien que nous sommes exposés ! Ces maladies ont aussi montré que les autorités sanitaires savent de mieux en mieux gérer ces crises. Les conditions sanitaires sont très bonnes dans les pays "riches". Mais n'oublions pas les énormes difficultés auxquelles sont confrontés les trois quarts de l'humanité. Ici, il est aisé de se faire vacciner ; là-bas, le manque d'eau potable, la malnutrition et les maladies infantiles tuent encore.

Dr Philippe MASSON
Chef de service Néonatalogie

> PRÉVENTION

Avec l'hiver, la bronchiolite arrive...

La bronchiolite est une inflammation des dernières petites bronches (bronchioles) qui se rencontre principalement chez le tout petit (moins de 2 ans), essentiellement en période hivernale (d'octobre à février, voire jusqu'en avril). Le virus responsable est le VRS (Virus Respiratoire Syncytial).

>> La contamination se fait d'un individu à l'autre. Le virus est présent dans les sécrétions naso-pharyngées et donc dans le contact direct. Il est très résistant (autour de 6 heures), ce qui fait qu'il peut être transmis par tout objet avec lequel l'enfant contaminant a pu être en contact (jouet, literie, linge de toilette, etc.). Tout commence par une rhinopharyngite qui généralement guérit toute seule. Chez certains enfants, celle-ci évolue vers une infection des bronchioles rapidement obstruées par une sécrétion importante de mucus. Cela se traduit par une gêne respiratoire sifflante avec parfois de la fièvre. La toux peut persister plusieurs jours, voire plusieurs semaines, c'est long !

En période d'épidémie :

- > **Lavez-vous systématiquement les mains** à l'eau et au savon avant de vous occuper de votre enfant.
- > **N'embrassez pas votre enfant sur son visage lorsque vous êtes enrhumé.**

Une précaution à généraliser à toutes les personnes de votre entourage.

- > **N'échangez pas les tétines et biberons des différents enfants.**
- > **Évitez autant que possible la fréquentation des lieux publics** (transports en commun, grands magasins...) où vous pouvez être en contact avec des personnes enrhumées.
- > **Évitez de fumer chez vous** pour respecter les bronches de votre enfant.
- > **Des injections d'anticorps anti-VRS** (Synagis®) sont proposés aux enfants à risque (anciens grands prématurés ou prématurés avec une fragilité pulmonaire).

Si votre enfant attrape la bronchiolite

- > **Nettoyez son nez régulièrement** avec du sérum physiologique ou un spray nasal à l'eau de mer, surtout avant les repas et le coucher.

> **Surélevez la tête du lit** en plaçant un oreiller sous le matelas.

> **Fractionnez ses repas** pour éviter l'essoufflement et les vomissements

> **Ne donnez ni sirop antitussif, ni mucolytique** car ils risquent de majorer l'encombrement. Souvent des séances de kinésithérapie sont utiles pour évacuer les sécrétions. Le kiné utilise une technique d'accélération du flux expiratoire avec une toux provoquée. Les séances peuvent être impressionnantes mais très efficaces pour l'enfant.

> **Les antibiotiques ne sont utiles qu'en cas de surinfection.**

> **Surveillez sa température** et n'hésitez pas à consulter votre médecin si vous voyez qu'il est très gêné pour respirer ou qu'il boit moins de la moitié de ses biberons.

D^r Charlotte PONS
Praticien Hospitalier, Pédiatrie

> Recette pour un bon lavage de nez

- > Positionner l'enfant sur le côté droit
- > Maintenir le visage de l'enfant avec la main gauche en positionnant les 4 doigts sous le menton et le pouce sur la tempe
- > Instiller la narine supérieure avec la pipette de sérum physiologique entière en plusieurs pressions sans oublier de renforcer le maintien sous le menton afin d'obtenir la fermeture de la bouche si possible
- > Effectuer le même déroulement du côté opposé
- > Terminer par un gros câlin

Les infirmières du service de pédiatrie

> La kiné respiratoire, qu'est ce que c'est ?

La kinésithérapie respiratoire est un élément important dans la prise en charge du nourrisson ayant une bronchiolite. Elle consiste dans le désencombrement des voies respiratoires et permet ainsi à l'enfant de mieux respirer. La technique à base de pressions exercées sur le thorax de l'enfant sur le temps expiratoire fait remonter les sécrétions qui sont ensuite évacuées grâce à la toux. Il est bien entendu indispensable d'effectuer préalablement un lavage de nez. Le plus souvent, il suffit de quelques séances de kinésithérapie (5 à 10) pour obtenir une amélioration nette alors que la bronchiolite peut durer plusieurs semaines.

*Ghislaine GOMMIER
Kinésithérapeute*



> NOURRISSONS

Les bons gestes contre la gastro-entérite à Rotavirus

La gastro-entérite est une inflammation digestive due le plus souvent au Rotavirus lors d'épidémies qui peuvent se superposer au VRS. Elle touche principalement les enfants de moins de 5 ans. Le risque essentiel est la déshydratation qui peut être très rapide, surtout chez les moins de 2 ans. La contamination se fait par voie oro-fécale.

>> Les symptômes sont de la diarrhée qui peut être sanglante, des vomissements et parfois de la fièvre. La diarrhée peut durer une bonne semaine et il faut donc être patient...

En période d'épidémie :

- > **Lavez-vous systématiquement les mains** à l'eau et au savon avant de vous occuper de votre enfant.
- > **N'échangez pas les tétines et biberons des différents enfants.**
- > **Un vaccin oral anti-Rotavirus** est disponible dès l'âge de 6 semaines et est très efficace sur certaines souches de Rotavirus.

Si votre enfant attrape la gastro-entérite

- > **Arrêtez l'alimentation** et proposez lui un soluté de réhydratation à volonté (pas de dose maximale). Fractionnez en petites quantités (30 ml toutes les 10 minutes) en cas de vomissements.
- > **Au bout de 4 à 6 heures, débutez un régime anti-diarrhéique.** Si votre enfant est allaité, continuez l'allaitement. Si votre enfant est nourri au lait artificiel, un lait de régime peut être prescrit par votre médecin selon l'âge de votre enfant et la sévérité de la diarrhée. Si votre enfant a une alimentation diversifiée, proposez des repas à base de : viande, poisson, jambon, œuf, pâtes, riz, semoule, carottes, compotes de coing, pommes, bananes...
- > **Les antibiotiques sont inutiles.** Les médicaments ralentisseurs du transit, antisécrétoires, pansements intestinaux, antiseptiques intestinaux sont peu efficaces et parfois dangereux. Le seul traitement nécessaire est la réhydratation.
- > **Surveillez sa température et n'hésitez pas à consulter votre médecin** si vous voyez qu'il continue à vomir, même le soluté de réhydratation, si les selles sont très nombreuses, s'il devient très fatigué ou somnolent.

*D^r Charlotte PONS
Praticien Hospitalier, Pédiatrie*

> GRIPPE SAISONNIÈRE

La campagne nationale de vaccination est lancée

Comme chaque année, la fin des beaux jours présage de l'arrivée de la grippe saisonnière et avec elle, de la campagne nationale de vaccination. L'épisode du H1N1 a marqué les esprits. Un an plus tard, les spécialistes de santé publique ne cachent pas leur préoccupation. Il est probable que la campagne contre la grippe saisonnière sera difficile. Les polémiques de l'année dernière pourraient avoir un impact sur les autres vaccinations. C'est pourquoi Challenge a rencontré le Dr Stéphanie BRANGER, Infectiologue, pour en savoir davantage sur la grippe saisonnière.

>> Challenge : Que pensez-vous du risque grippal pour l'hiver 2010-2011 ?

Dr Stéphanie BRANGER : «La sensibilisation de la population et des soignants au risque grippal hivernal l'année dernière va peut-être modifier les comportements, mais globalement, le risque grippal est largement sous-estimé chaque année et, malheureusement pour nos patients fragiles, parfois même négligé (isolements insuffisants ou inexistantes, mesures barrières négligées, lavage des mains insuffisant, transmission nosocomiale de la grippe par le personnel soignant non vacciné, etc.). L'hiver 2010-2011 circuleront plusieurs souches virales, dont le virus pandémique H1N1 de 2009-2010, qui garde des caractéristiques bien

particulières et/ou inédites (contagiosité élevée, facteurs de risque de gravité étendus aux sujets jeunes sans co-morbidité et aux femmes enceintes, taux d'attaque élevé, etc.)»

Challenge : Le vaccin saisonnier couvrira-t'il le H1N1 ?

Dr Stéphanie BRANGER : «Oui, le vaccin de cette année couvre 3 souches grippales dont la souche H1N1 variant pandémique 2009. Il s'agit d'un vaccin inactivé sans adjuvant.»

Challenge : Faut-il se faire vacciner si je l'ai été l'an dernier ?

Dr Stéphanie BRANGER : «Oui, c'est indispensable pour être bien protégé, car 2 souches supplémentaires sont contenues dans ce vaccin. Le vaccin anti-grippal 2010 protège contre le virus H1N1 2009 pandémique, une souche saisonnière A H3N2 et une souche B. Il faut savoir que tous les ans, le vaccin est réactualisé pour protéger contre les virus ayant majoritairement circulé l'année précédente, il est donc logique qu'il contienne la souche H1N1 2009 qui continue à circuler.»

Challenge : Faut-il se faire vacciner si je n'ai pas de facteur de risque ?

Dr Stéphanie BRANGER : «Non, mais la liste des facteurs de risque s'allonge du fait des caractéristiques du variant 2009 pandémique

et est régulièrement actualisé. Nous pouvons être concerné par la vaccination pour protéger autrui. Les membres du personnel soignant sont des sujets à risque : ils sont particulièrement exposés et transmettent le virus aux patients hospitalisés, souvent fragiles (comme les nouveaux-nés, les personnes âgées, les patients immunodéprimés, etc) sans même parfois s'en rendre compte puisque qu'une personne grippée est contagieuse avant même d'être symptomatique. On peut être de plus porteur asymptomatique du virus de la grippe ! Dans plusieurs études le personnel soignant non vacciné s'avère être la source principale de contamination. La vaccination est aussi un moyen de protéger autrui. Hélas, elle est trop souvent perçue comme un risque individuel élevé pour un bénéfice individuel faible alors qu'elle représente en réalité un risque individuel minime pour un bénéfice collectif important. La vaccination est bien connue et les effets secondaires sont maîtrisés depuis longtemps. La grippe nosocomiale a pour conséquence une morbidité et mortalité très importantes chez les patients fragilisés. Elle entraîne des fermetures d'unités faute de personnel (grippé et donc en arrêt maladie) pouvant assumer les soins avec un surcoût de fonctionnement non négligeable (faire face à l'absentéisme du personnel malade, remplacement, désorganisation, etc.). Il est donc indispensable que nous nous mobilisions chaque année pour protéger nos patients en nous vaccinant et protéger nos proches en évitant de leur ramener la grippe à la maison.»

> Indications 2010 de la vaccination anti-grippale par le Haut Conseil de Santé Publique

- Personnes vivants en collectivité, personnel soignant, personnel médico-social ou centre de vie collectif
- Personnes présentant les pathologies suivantes : immunodépression, syndrome néphrotique, diabète, HIV, maladies cardiaques, pulmonaires (asthme, mucoviscidose, BPCO, etc), drépanocytose, thalassémique, pathologies neuro- musculaires
- > 65 ans, enfant > 6 mois avec facteur de risque, femme enceinte
- Enfant et adolescent sous aspirine
- Entourage des enfants de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque ou entourage des personnes ne pouvant être vaccinées
- Personnel naviguant et de l'industrie des voyages



Propos recueillis
par Dr Sylvia MALES,
Infectiologue



> SÉNÉGAL

Nouvelle coopération internationale pour le CHA

Le Centre Hospitalier d'Avignon est déjà engagé dans des actions de coopération internationale avec le Centre Hospitalier de Sikasso au Mali dans le cadre du réseau ESTHER, également avec une délégation des facultés de médecine et de la fondation Hôpital Français de Saint-Domingue, mais aussi avec Santé France Laos qui est une association humanitaire d'entraide médicale. Aujourd'hui, une nouvelle destination s'inscrit dans cette longue tradition : le Centre Hospitalier National Universitaire de Fann à Dakar au Sénégal.

>> En octobre 2009, M. Saliou DIALLO, Directeur du CHUN de Fann, formé à l'ENSP à Rennes, est venu pendant une semaine au Centre Hospitalier d'Avignon, où il a pu notamment échanger sur le thème du management avec l'équipe de direction. C'est ainsi qu'est né un projet de développement d'une coopération entre les deux établissements. En avril 2010, une délégation médico-administrative d'Avignon s'est rendue, à l'invitation du CHUN de Fann, à Dakar pour établir les bases d'une convention. Les deux invités avignonnais, le Dr Philippe OLIVIER, Président de la Commission Médicale d'Établissement, et M^{me} Jacqueline VIDAL, Directrice adjointe, ont pu ainsi partager les préoccupations et les attentes des professionnels sénégalais.

Le CHUN de Fann est un hôpital pavillonnaire, ce qui en complexifie la gestion, notamment au plan logistique, compte tenu des diverses spécialités qui y sont pratiquées (Cardiologie, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Maladies infectieuses, Neurochirurgie, Neurologie, ORL, Pneumologie, Psychiatrie adultes et enfants, Réanimation).

Des installations médico-techniques ont été inaugurées : le plateau technique comprenant la radiologie, l'IRM, le scanner, le laboratoire, le service d'urgence.

L'activité du CHUN de Fann en 2008 se traduit par :

- > 71 000 consultations
- > 4 900 hospitalisations donnant lieu à 58 000 journées d'hospitalisation
- > 103 000 examens de laboratoire

> 34 000 actes de radiologie.

Une unité de télé-médecine a été inaugurée en partenariat avec l'Inde.

Une convention de partenariat

La convention de partenariat a pour objectifs le perfectionnement des compétences des professionnels de santé et une meilleure connaissance de l'organisation hospitalière au travers de stages et de missions d'expertises. Un plan d'action annuel sera mis en place :

- > les autorités françaises et sénégalaises apportent leur soutien à cette convention. L'ambassade de France au Sénégal et son conseiller régional M. le D^r BELLEFLEUR, s'engagent par le financement de déplacements :
- > M^{me} Marcelle FASSI, cadre de santé au CESU, a été accueillie à Dakar en octobre 2010 afin d'évaluer les besoins en formation ; pendant ces 12 jours les rencontres avec les chefs de service, les personnels et les équipes d'encadrement ont permis de connaître les objectifs précis d'un service de formation en pleine restructuration
- > l'accompagnement consiste déjà à accueillir des infirmiers sénégalais ; d'autres professionnels viendront au CHA en début 2011.



Jacqueline VIDAL
Directrice adjointe

>FORUM SANTÉ

L'UCSA à la rencontre des détenus

Le vendredi 10 septembre, l'équipe infirmière de l'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) et celle du secteur psychiatrique sont allées au sein de la détention proposer aux détenus une rencontre pour parler de leur santé.

>> C'est autour d'une collation que les questions sur le diabète, l'hypertension artérielle, les risques de transmission des hépatites et du VIH, l'alimentation, la prise de poids, les addictions, le sevrage tabagique, les benzodiazépines et le sommeil ont pu être abordées. Ces sujets étaient illustrés par un affichage créé par l'équipe, diverses documentations fournies par le CoDES ; les soignants proposaient également la mesure de la pression artérielle, le calcul de l'Indice de Masse Corporelle, la mesure du taux de CO expiré... Les intervenants habituels

de l'AVAPT (Association Vauclusienne de la Prévention de la Toxicomanie) et de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) étaient également présents. Une centaine de participants se sont succédés autour des panneaux et des ateliers infirmiers dans une ambiance sereine. Cette action a été réitérée quelques jours plus tard à destination des détenus mineurs avec le même succès.

Monique SANTACREU
Cadre de santé UCSA



>MEDIGAMES 2010

LE CHA dignement représenté !

Créés en 1978 par une société privée, les Jeux Mondiaux de la Médecine et de la Santé ont eu lieu cette année du 3 au 10 juillet à Porec en Croatie. C'est l'occasion pour Challenge d'attirer votre attention sur Marie-Pierre JUNGAS, Infirmière de nuit en Endocrinologie Sud, qui a participé aux épreuves d'Athlétisme de cette 31^e édition.

>> Déjà Championne de France 2009 de la Fédération Française d'Athlétisme à l'épreuve relais 4 x 100 m catégorie vétérans, Marie-Pierre JUNGAS a remporté la médaille d'or aux épreuves 200 m et 400 m, la médaille d'argent au 100 m, et la médaille de bronze au relais 4 x 100 m. Les Jeux Mondiaux de la Médecine et de la Santé sont l'occasion unique de concourir face à vos confrères du monde entier. 23 disciplines vous sont ainsi proposées pour que vous puissiez exprimer votre talent et aller chercher la médaille d'or !

Athlétisme, Badminton, Basket-Ball, Beach-Volley, Cyclisme, Echecs, Escrime, Football à 11 Classic & Senior (+35 ans), Football à 6, Force Athlétique, Golf, Judo, Natation, Squash, Tennis, Tennis de Table, Tir olympique, Tir au pigeon, Triathlon, Volley-Ball, VTT. C'est ainsi avec plaisir que nous vous convions aux 32^{es} Jeux Mondiaux de la Médecine et de la Santé qui se dérouleront du 02 au 09 juillet 2011 à Las Palmas dans les Îles Canaries (Espagne) ! Plus d'informations sur www.medigames.com



>BARBARA HENDRICKS

De retour dans le Vaucluse après dix années d'absence

>> Jeudi 21 octobre 2010, l'Opéra-Théâtre d'Avignon et des Pays de Vaucluse organisait un Gala à but humanitaire, donné au profit des enfants hospitalisés au Centre Hospitalier d'Avignon, avec l'aimable participation de la Soprano Barbara HENDRICKS. Les amateurs de grande musique se sont vus proposer le Voyage d'Hiver de Franz SCHUBERT. Fidèle à la cause humanitaire, Barbara HENDRICKS nous a fait la joie de visiter les services de Pédiatrie la veille du concert. A la question : pourquoi cet attachement au Vaucluse ? Barbara HENDRICKS répond : « [...] Je crois beaucoup à l'amitié et à la fidélité. Je n'oublierai jamais le soutien et l'amitié que m'apportent Raymond DUFFAUT et le public depuis 30 ans. Lorsqu'il m'a demandé de venir, j'ai tout de suite accepté. » (Source : Vaucluse Matin 12/10/10) Cette opération a permis de récolter 10 740 € qui aideront au financement d'actions en faveur de ces jeunes patients, telles que le spectacle de Noël, la décoration murale, du matériel audiovisuel, du mobilier, des jeux, etc.

