

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

CHALLENGE

N°52 - Février 2012



> PLAN BLANC

Scénario catastrophe au CHA

- > ORGANISATION
MOBILITÉ AU CHA
- > SOINS
ENQUÊTE ARRÊT CARDIAQUE
- > ZOOM
UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS
- > ÉVÉNEMENT
MÉDAILLES D'HONNEUR 2012
- > HISTOIRE
NAPOLÉON ET LA MÉDECINE

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Un tandem aux commandes



Outre leurs activités de Chef du pôle Imagerie et Chef de service de la Médecine Nucléaire, et Praticien Hospitalier en Néphrologie, le Dr Jean-Marc BROGLIA et le Dr David VERHELST sont également Président et Vice-Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier d'Avignon depuis octobre 2011. Le Dr BROGLIA succède au Dr Philippe OLIVIER, Président de la CME depuis 8 ans. Le Dr VERHELST succède au Dr Jean-Lou HIRSCH, Vice-Président depuis 8 ans également. Challenge les a rencontrés pour en savoir davantage sur leurs nouvelles missions.

>> Challenge : En quoi consistent vos nouvelles fonctions ?

Dr Jean-Marc BROGLIA et Dr David VERHELST : « Le Président de CME, bien que ses missions en aient été partiellement redéfinies par la loi HPST en même temps que celle de la CME, reste une pierre angulaire de l'organisation médicale. Le rôle du Vice-Président s'inscrit dans la complémentarité d'idées et d'actions du Président, nécessaire tant la tâche est importante et complexe. Ce travail en tandem, nous l'avons déjà expérimenté en tant que membres du Directoire dès sa création. Nos missions sont de soutenir la cohérence du projet médical, d'accompagner les orientations stratégiques importantes pour le CHA, et aussi d'écouter et de s'inspirer des remarques de nos collègues. Nous sommes élus pour 4 années par nos pairs. »

Pour quelles raisons vous êtes-vous présentés aux élections ?

Dr Jean-Marc BROGLIA : « Depuis 1999, simple PH à mi-temps, après m'être impliqué dans mon service de médecine nucléaire puis dans le pôle d'imagerie que je dirige depuis 2010, j'ai rejoint la nouvelle instance du Directoire. Cela m'a passionné et m'a permis de participer à la résolution des problématiques plus ou moins complexes avec plus ou moins de succès. Je crois avoir eu l'appétence, l'envie et l'énergie de servir encore. La charge est bien plus grande, les compétences nécessaires sont également plus grandes, mais l'envie est là, et c'est surtout dans l'optique d'une mission partagée par une véritable « équipe de présidents » que s'est inscrite ma candidature. »

Dr David VERHELST : « Je suis arrivé au CHA il y a bientôt 5 ans, attiré par la région bien entendu, mais surtout par la structure hospitalière qui proposait de m'accueillir : un grand hôpital, au centre d'un territoire de santé important, un plateau technique attractif et une envie de « bien faire » au profit des patients. Membre du Directoire depuis sa création, je me suis investi en privilégiant toujours le soin et le soignant, ainsi que

l'équité entre les équipes. Ma candidature était également fortement liée à celle du Dr Broglia, l'idée étant d'avoir un vrai tandem « médico-technique ».

Quels sont, selon vous, les plus et les moins de l'hôpital d'Avignon ?

« Il faut croire à nos potentiels et c'est peut-être le plus difficile en ces temps de « vache maigre ». Comment innover quand la finance ne nous est pas favorable ? Comment maintenir le dynamisme dans ces conditions difficiles ? Tous les jours nous entendons nos collègues médicaux et paramédicaux, proches du soin, se poser des questions légitimes sur l'avenir. C'est peut-être là le « moins » le plus sérieux de notre structure, cette inconnue sur l'avenir. Mais ce « moins » est largement compensé par ses nombreux atouts. Les forces du CHA résident dans sa taille et dans son caractère de recours de territoire départemental et bien au-delà. Elles résident aussi dans les équipes qui le constituent et qui répondent à l'ensemble des domaines des missions du service public : soins, dépendance, éducation sanitaire et prévention. Ses professionnels de santé sont à la pointe de leur art et leur désir de qualité est grand. Ses moyens sont grands. Ils sont des atouts. L'inventaire est complet : urgences, SMUR, maternité, pédiatrie, néonatalogie, avec aussi un plateau technique étoffé, des services de spécialités couvrant la quasi totalité des champs de la médecine et de la chirurgie, des services de gériatrie, rééducation, long séjour, etc. »

Quels sont vos projets pour le CHA ?

« Le CHA a déjà accompli de nombreux projets. C'est une structure dynamique qui a pu investir ces dernières années pour faire naître ce bâtiment « sud » dans lequel se trouvent des services caractérisés par une haute technicité, une grande attractivité et une reconnaissance territoriale non contestée. Il reste bien entendu des projets, certains qui étaient inscrits au projet d'établissement et qui n'ont pas encore vu le jour,

- Institution pages 2/3
Président et vice-Président CME
- Organisation pages 4/5
Risques NRBC
- Organisation pages 6/7
Enquête mobilité
- Soins pages 8/9
> Enquête arrêt cardiaque
> Congrès cardiologie
- Zoom page 10
Unité de soins palliatifs
- Événement page 11
Médailles d'honneur
- Histoire pages 12/13
Napoléon et la médecine
- Ouverture pages 14/15
> Préparation sports d'hiver
> Meeting aérien
- Brèves page 16



DIRECTEUR DE PUBLICATION

> Francis DECOUCUT

RÉDACTEURS EN CHEF

- > Cécile POLITO, Directrice Communication, poste 3960
- > Marielle PETIT DE GRANVILLE, Chargée de Communication, poste 3981

COMITÉ ÉDITORIAL

- > Alexandra AGNEL, Qualificatrice, 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
- > Eric DULAK, Directeur des soins, poste 3519
- > Franck HERY, Restauration, poste 3505
- > Thérèse ISENBRANDT-HAMY, Cadre Sup. de Santé, poste 3586
- > Philippe MASSON, Chef de service, Néonatalogie, poste 3665
- > Magali RIGAL, Directrice adjointe, poste 3904

SECRETARIAT DE RÉDACTION

04 32 75 39 02

CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

CRÉDIT PHOTOS

CH Avignon, Stratis, x

de la CME

et d'autres sur lesquels il nous faudra réfléchir. C'est tout l'objet du prochain projet médical d'établissement que nous devons écrire tous ensemble, en tenant compte du schéma régional d'organisation des soins. »

Comment va s'organiser la politique qualité et gestion des risques au CHA ?

Drs B. et V. : « Le rôle essentiel d'un médecin est de donner le meilleur du soin sans nuire à ses patients. La qualité et l'efficacité des soins sont donc des objectifs essentiels à la pratique médicale. Recentrer nos pratiques sur la qualité et la gestion des risques nous semble donc naturel. La communauté médicale y est toute acquise. Organiser et professionnaliser ces approches qualitatives autour du soin, à partir de celui-ci, voilà l'enjeu. La méthode est simple : évaluer sa propre activité, la comparer et confronter celle-ci aux autres. Et puis, il faut rendre rapidement efficaces pour tous, transposables à tous, les résultats de toutes ces actions, voilà le but. Il ne faut pas se perdre, dans le formalisme stérile. Il faut que chaque effort d'amélioration profite au soin. La qualité, la prévention et la gestion des risques sont en fait des concepts simples. Bien travailler, prodiguer au patient un bon soin est le gage de la qualité. Le faire au « bon coût » est le gage de le pratiquer à tous les patients, au présent et dans l'avenir.

La politique qualité a donc été repensée dans son mode de fonctionnement. Une nouvelle organisation, qui part des services avec le soutien de la cellule qualité, a été proposée et présentée par M. Eric DULAK lors de la dernière CME. Le premier chantier doit tourner autour du médicament : circuit du médicament, déclaration d'événements indésirables, pertinence de prescription, médicaments et personnes âgées... C'est un sujet sensible pointé du doigt lors de la dernière visite de certification. »

Que pensez-vous de la gouvernance hospitalière depuis la loi HPST ?

« La loi HPST a redéfini la gouvernance de l'hôpital public. Elle a réduit dans ses prérogatives de cogestion la CME, a recentré le corpus médical vers les soins. Beaucoup s'en sont émus, y voyant un désaveu de tout le travail accompli par le corps médical dans la gestion de l'hôpital public. Les résultats accomplis n'étaient pas si mauvais. Mais les temps vont être durs, alors l'Etat français réforme et crée une loi. C'est l'idée réductrice d'un seul maître à bord, omnipotent et omniscient, qui nous paraît peu réaliste, un peu simpliste. Diriger, ou plutôt mener un hôpital est plus complexe. Cette loi n'avait pas pour cible notre CHA. Depuis que nous y exerçons, nous n'avons connu qu'un esprit de concertation, de co-décision fort ainsi que des projets communs portés par tous les acteurs, qu'ils soient médecins, soignants et directeurs en charge de la gestion. Cet esprit de la loi, cette règle non écrite s'impose à ceux qui ont l'ambition de diriger et de réussir à offrir le meilleur à l'hôpital public. Nous verrons ce que deviendra la loi, d'autres viendront sûrement, mais plus que tout, nous devons, toujours ensemble, continuer à piloter le grand bateau du CHA. Plus concrètement, au plan régional, la loi HPST

nous demande d'organiser l'offre de soins sur le territoire et c'est une bonne chose. Rechercher les complémentarités de filière de soins est utile au plan du patient. C'est dans ce sens que la communauté hospitalière de territoire se met en place progressivement sur le Vaucluse. Au plan de la gestion de l'établissement, elle semble laisser peu de place à la communauté médicale d'établissement dont le rôle tourne principalement autour de la gestion des risques et de la qualité. Les textes sont ce qu'ils sont... aujourd'hui... et la gestion d'une structure hospitalière comme la nôtre ne doit pas se limiter à l'application de textes sans quoi, le capitaine du navire serait bien vite un capitaine de pédalo.

C'est une volonté de notre directeur d'avoir un Directoire composé du plus grand nombre possible de médecins. Il est question de la cohérence du projet d'établissement qui ne peut se faire sans les soignants. Comme tout, les textes peuvent changer, nous ne devons pas nous limiter à ces textes pour avancer en complémentarité d'action, sans corporatisme idéologique mais en pensant l'outil dans sa globalité. »

Comment la médecine peut-elle s'organiser pour répondre à la territorialisation de la santé ?

« La loi HPST nous demande de penser l'organisation de la santé sur un mode territorial. Le cloisonnement des différentes structures du territoire doit tomber. Il nous faut partager les données « patients » pour apporter le meilleur soin, il nous faut rechercher des complémentarités dans diverses disciplines dans l'intérêt des patients. C'est l'objet de discussion en cours dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire. Nous avons l'intime conviction que le développement du CHA prendra ses forces et toute sa signification dans sa capacité à étendre l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et bien sûr avec l'ensemble des structures hospitalières publiques avec lesquelles nous avons déjà des partenariats. Nous devons structurer les relations déjà liées entre les praticiens de chaque établissement et les structurer grâce aux nouvelles technologies. Le maillage de l'offre de soin sur le territoire est la clef d'une offre de qualité. Structurer ce maillage, cette offre avec un dimensionnement adapté aux vrais besoins, nous permettra de lutter contre les maux que sont la concentration et la désertification de l'offre de soins. »

Que diriez-vous des perspectives de l'Hôpital Public ?

« Notre société dans son ensemble doit se préparer à une conjoncture difficile. Le secteur de la santé n'en est pas le moins préparé des domaines d'activité. Que dire de l'agriculture, de l'industrie exsangue ? Les acteurs de la santé sont certainement plus réactifs que d'autres dans leurs domaines.

Le besoin de s'adapter pour faire face au quotidien à la souffrance est dans nos gènes. L'Hôpital Public à de tout temps été le grand acteur de la santé en France. Il nous semble mieux préparé aux changements que d'autres. Notre secteur médico-social est un des garants fort de la cohésion de notre société. Alors oui,

les perspectives paraissent sombres et elles imposeront sûrement des changements et des défis que nous relèverons. Nos concitoyens, nos patients, reconnaissent l'importance de nos actions et il est essentiel pour notre modèle de société, de soutenir l'Hôpital Public dans ses missions. Quelle que soit la structure, publique ou privée, c'est la cohérence du projet d'établissement qui fait l'attractivité d'une structure : quelle diversité d'activité ? Quelle politique de qualité ? Quel soutien aux projets ? Comme d'autres, nous pouvons et avons rencontré des difficultés de recrutement sur différents secteurs, il nous faut trouver des solutions pour rester attractifs car une structure sans soignant s'éteint.

L'Hôpital Public a aussi des missions de service public qui pèsent au plan financier sur notre structure puisque leur financement est en dessous des coûts générés. Nous devons continuer à rendre ces services à la population tout en poursuivant les démonstrations du sous-financement de ces actions auprès de nos autorités de tutelle. »

Pensez-vous que l'Hôpital Public est en danger et craignez-vous d'arriver à un système à 2 vitesses : ceux qui auront les moyens de se faire soigner et les autres ?

« Le grand danger serait l'immobilisme et la crispation sur des acquis et des modes d'activités qui ne sont plus d'actualité. D'autre part, l'enveloppe financière allouée aux soins de santé est un paramètre qui est défini au plan national, nous ne pouvons que nous en contenter. C'est un élément qui pourrait faire naître une médecine à deux vitesses. Cependant, il n'est pas annoncé de réduction de cette enveloppe à ce jour. Le risque le plus important pourrait venir de nos pratiques. Tous les acteurs de santé, attachés à notre système actuel, doivent au quotidien se poser la question du « juste soin au juste coût », et peser chaque jour la pertinence de telle ou telle prescription ou examen complémentaire. Se faisant, et en toute liberté, l'accès au soin restera possible pour tous. Si nous conservons la dynamique du progrès dans l'offre de soin que l'Hôpital Public a toujours su proposer, ce dernier restera la première offre de soins en volume et en qualité pour la population. Sans cela, l'offre de soins concurrentielle du secteur lucratif captera de manière préférentielle les soins rémunérateurs, et l'hôpital public verra ses missions maintenues et ses moyens s'amenuiser. Une prise de conscience des coûts réels de la « santé publique » par nos gouvernants mais aussi par nos concitoyens est nécessaire. L'enveloppe financière nationale pour la santé doit tenir compte de nos besoins à poursuivre cette mission publique. La concurrence a du bon, elle ne doit pas nous faire peur, elle doit nous pousser à l'excellence, aux résultats, puisque celle-ci, dans notre secteur qui ne connaîtra pas de crises d'activité, n'est pas un banal produit, c'est le soin apporté à chacun d'entre nous. A ceux qui ont « les moyens » et tous les autres, ce produit nous le voulons pour tous et pour nous, toujours meilleur. »

Propos recueillis par
Marielle PETIT DE GRANVILLE
Chargée de communication

➤ SCÉNARIO CATASTROPHE

« Un groupe terroriste fait exploser en gare d'Avignon »



La cellule de formation du Centre Hospitalier d'Avignon organise deux fois par an, une formation sur les risques NRBC à l'attention du personnel hospitalier. Que signifient les termes NRBC ? Ce sont les risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques auxquels les populations peuvent être exposées à partir de substances ayant une capacité de contamination soit consécutive à un accident ou une catastrophe, soit commis volontairement par des groupes terroristes.

>> Pour illustrer ces risques, on peut citer à titre d'exemple :

- **Risque N** : Destruction d'infrastructure et mortalité immédiate de la population à proximité de l'explosion dont la source d'énergie est d'origine nucléaire. Ex : Hiroshima
- **Risque R** : Exposition de la population aux radiations issues de la dispersion de substances radioactives. Ex : Fukushima, Tchernobyl, Goiânia.
- **Risque B** : Exposition de la population à des agents infectieux transmissibles Ex : Variole ou non transmissibles ex : Anthrax
- **Risque C** : Exposition de la population à des agents chimiques vésicants ou neurotoxiques Ex : Attentat au gaz sarin dans le métro de Tokyo, Bopal en Inde, accident de transport de matières dangereuses.

La situation géographique d'Avignon place le Centre Hospitalier d'Avignon au centre d'un réseau autoroutier important et au sud d'installations nucléaires de base. Dès lors, le Centre Hospitalier d'Avignon, établissement de santé siège de SAMU, peut être confronté à prendre en charge des patients exposés à ces risques.

Plan blanc au CHA

L'accueil des victimes va mobiliser l'ensemble des catégories socio-professionnelles du CHA autour de l'application d'un document intitulé « PLAN BLANC ». Le PLAN BLANC décrit les mesures organisationnelles et fonctionnelles destinées à faire face à une

situation exceptionnelle d'afflux de victimes au CHA. L'objectif de cet article est d'éclairer les personnels sur les contraintes à venir lors du déclenchement du plan blanc. Quels que soient les risques, l'exécution du plan blanc repose sur une cellule de crise, organe décisionnaire, qui adaptera les conduites à tenir face à la nature et l'ampleur du risque. On peut citer par exemple, le rappel ou le maintien en poste du personnel médical et paramédical, l'arrêt des activités programmées, l'isolement d'un service, etc. Le choix d'un scénario catastrophe « Un groupe terroriste fait exploser une bombe radiologique dans une rame TGV en gare d'Avignon » a été proposé pour illustrer les contraintes auxquelles le CHA serait exposé.

La bombe radiologique (également appelée bombe sale) est une bombe conventionnelle, entourée de matériaux radioactifs destinés à être répandus en poussière lors de l'explosion. En raison de leur large diffusion pour des emplois scientifiques, techniques ou médicaux, les différents radio-isotopes utilisés sont relativement faciles à trouver. Ce sont notamment les : cobalt 60, strontium 90, césium 137, iridium 192, iode 131. Cette explosion a donc l'intensité thermique et mécanique d'une bombe conventionnelle, mais dissémine autour d'elle des éléments radioactifs qui auront des effets immédiats : irradiation et radio-contamination des victimes, mais également une pollution des sols, matériels. L'objectif terroriste d'une bombe radiologique n'est pas d'induire une destruction massive d'infrastructures ou un nombre élevé de

une bombe dans une rame TGV



victimes, mais de contaminer une zone géographique (ex : gare TGV), d'irradier et de radio-contaminer les personnes (victimes et équipes de secours) présentes sur zone. En effet, la mise en suspension dans l'air de poussières radioactives va induire une radio-contamination externe et interne des personnes, consécutive, respectivement, aux dépôts cutanées, et à l'ingestion et/ou l'inhalation de poussières.

La nature radiologique de l'attentat va :

- compliquer lourdement les modalités d'intervention des équipes de secours qui devront revêtir et agir munies d'une tenue NRBC,
- ralentir la prise en charge médicale suite à la nécessité d'une décontamination externe au préalable,
- finalement instaurer le chaos.

L'objectif du Centre Hospitalier d'Avignon sur ce type de scénario sera d'assurer, par ordre de priorité, la (le) :

- Décontamination radiologique des plaies et du corps avant l'hospitalisation. Cette opération devra être menée à l'extérieur de toute infrastructure de soins telle que sous une tente de décontamination ou dans un local aménagé.
- Traitement des traumatismes consécutifs à l'explosion dans un service de soins.
- Décontamination interne des victimes par l'emploi de laxatifs, aérosols, diurétiques, chélateurs.
- Transfert vers des centres spécialisés.

Scénario catastrophe

Appel du chef de gare TGV vers le Centre Téléphonique d'Appel d'Urgence situé en ZI de Fontcouverte : le Service Départemental d'Incendie et de Secours et les forces de police se rendent sur place. Le Préfet analyse la situation et demande au Directeur du CH Avignon le déclenchement du plan blanc. Les forces de police sécurisent et régulent le flux dans une zone autour de l'explosion. L'attentat est revendiqué et le communiqué stipule que l'agent explosif est une bombe sale. Les pompiers munis de tenue NRBC désincarcèrent et évacuent les victimes de la rame vers le Poste Médical Avancé (PMA). Les équipes du SAMU munies de tenues NRBC réalisent au PMA les premiers

soins d'urgence et conditionnent les victimes pour l'évacuation sur le Centre Hospitalier d'Avignon. Si les victimes sont valides, elles sont habillées avec une blouse jetable, masque, calot, et sur-chaussures. Si les victimes sont non valides, elles sont transportées sur des brancards selon la technique de la double enveloppe. Ces dispositions de transport ont pour objectif de limiter la contamination radioactive des véhicules sanitaires. Dès la diffusion de l'information par les médias, il est hautement probable que des personnes impliquées valides ou non se présentent de leur propre initiative à l'entrée de l'hôpital.

Cet afflux de personnes risque de bloquer l'accès du centre hospitalier aux véhicules de secours et aux personnels du CHA. A l'extérieur de l'établissement, les forces de police organisent les flux de circulation, au niveau des grilles d'accès, le service de gardiennage filtre les véhicules de secours, véhicules du personnel et les patients. Chaque agent doit pouvoir justifier qu'il travaille au CHA en présentant un bulletin de salaire ou une carte de self. Les victimes contaminées seront accueillies et prises en charge à l'extérieur des bâtiments du CHA par une équipe composée d'agents administratifs, de personnels paramédicaux et médicaux. Cette équipe aura pour fonction de collecter les identités des victimes, de trier les blessés selon la gravité de leurs blessures. La tente mobile de décontamination sera montée à proximité du point d'entrée dans l'enceinte du CHA. Toutes les victimes, en dehors de celles en situation d'urgence médico-chirurgicale, doivent être décontaminées. Les opérations de décontamination consistent à abandonner ses vêtements, les effets personnels seront placés dans un sac nominatif. Les victimes seront douchées, séchées, et contrôlées pour vérifier la qualité de la décontamination. Des pyjamas seront distribués pour revêtir les victimes. Ces dernières seront acheminées vers les services de soins ou à défaut vers la salle de soins plan blanc pour être traitées comme un patient non radio-contaminé.

Se former aux risques pour anticiper

L'explosion d'une bombe radiologique n'a jamais eu lieu en raison des difficultés à se procurer et surtout à transporter des matières radioactives de fortes activités sans qu'elles puissent être détectées. Certes, il existe des sources radioactives, émetteur alpha, qui peuvent être transportées sans être détectées mais dont la disponibilité semble incertaine pour des groupes terroristes ne disposant pas du soutien d'un pays nucléarisé. L'agent radiologique associé aux dommages causés par l'explosion complique grandement la prise en charge des victimes, instaure pour les équipes de secours des contraintes matérielles et organisationnelles lourdes.

De plus, les antécédents d'accidents nucléaires peuvent faire craindre des mouvements de population vers les structures de soins. Le contrôle et la décontamination jugés sanitaires ou politiquement nécessaires de la zone affectée demanderaient des moyens considérables en temps et en coût, rendraient les zones partiellement inutilisables et provoqueraient des dommages économiques certains.

Dr François BOURREL
Praticien hospitalier, Pharmacie





> ECOMOBILITÉ

Rouler demain, vers une

617 agents ont répondu à l'enquête sur les déplacements lancée à la rentrée 2011 dans le cadre de la semaine européenne de la mobilité. Ces résultats mettent en perspectives les solutions qui dessinent la mobilité durable de demain.

> Chaque jour, 1500 agents hospitaliers se rendent au CHA en voiture. A cela s'ajoutent 1300 à 1800 usagers qui s'y rendent par leurs propres moyens (hors taxi et ambulance). D'où la densité de circulation et les difficultés de stationnement sur le site. En impact négatif sur la qualité de l'air carbone, les 1500 agents hospitaliers parcourent 16 km par jour en moyenne pour venir travailler en voiture au CHA, soit 48 000 km au total ! Cela correspond à 19,75 tonnes d'émissions de CO²* rejetées chaque jour dans l'atmosphère. Pour information, ces émissions incluent la construction de la voiture, le raffinage, le transport du carburant vers la pompe à essence et la combustion du carburant dans le moteur de la voiture.

Des difficultés d'accès au CHA

Les difficultés d'accès à l'hôpital sont essentiellement liées aux infrastructures des voies. La circulation en périphérie d'Avignon est rendue difficile par l'absence d'offre alternative (et adaptée aux besoins des agents hospitaliers : horaire de travail notamment) à la voiture.

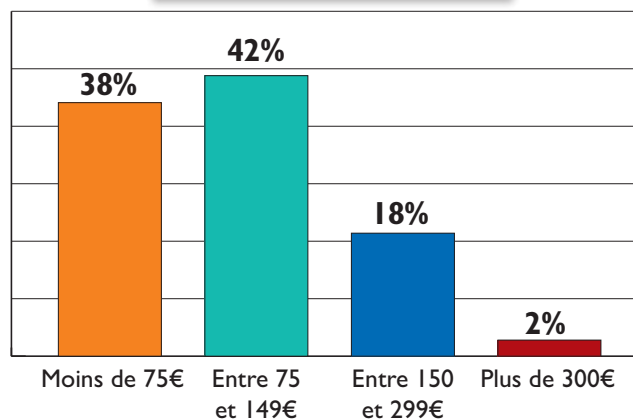
Une solution : changer votre mode de déplacements !

Actuellement, le mode de transport le plus utilisé est la voiture faute d'offres adaptées aux contraintes d'accès de l'établissement par les services chargés des transports en commun. 105 agents sont prêts à covoiturer, mais ne sont pas inscrits sur le site de covoiturage. 228 d'entre vous opéreraient pour le tramway, malheureusement le tracé de ce futur moyen de déplacements ne prend pas en compte

à ce jour le CHA. Les activités personnelles sont à l'origine du choix automatique de la voiture (enfants à déposer, horaires, courses, rendez-vous, activités de loisirs, déplacements professionnels nécessitant la voiture). En l'absence de transports en communs adaptés, le covoiturage ne peut pas tout solutionner, car il est parfois inadapté aux contraintes personnelles, notamment à celles des mamans.

Faire des économies pour se déplacer

Coût mensuel des trajets





mobilité routière durable



A l'heure de la hausse continue du coût des carburants que nous connaissons (et qui ne semble plus devoir s'arrêter), le coût actuel de l'utilisation de la voiture peut être divisé par 4 en utilisant les modes de transports alternatifs type covoiturage, TER, bus, 2 roues, vélo, marche. Par exemple, pour une distance de 15km par jour pendant 1 an :

- choisir la voiture c'est un coût de 3 105 €
- choisir le covoiturage c'est un coût de 1 552,50 € (2 personnes dans la voiture), voire 1035 € (3 personnes). A vous de faire le calcul si vous êtes 4...

En choisissant la voiture plutôt que le covoiturage, je dépense 1 552,50 € en plus par an, j'émet 972,15 kg éq. CO² en plus par an, et je consomme 379,80 litres éq. pétrole en plus par an.

Pour plus d'infos, rendez-vous sur :
<http://www.ademe.fr/eco-deplacements/calculette/>
<http://www.ademe.fr/eco-comparateur/>

Covoiturage : une solution interne existe !

Vous êtes 491 à connaître l'existence du site de covoiturage et seulement 21 à vous y être inscrits.

Les raisons majeures du manque de succès du site de covoiturage sont l'absence de trajets compatibles et la complexité du système. Les résultats de cette enquête ont aussi pour objectif d'informer les

services chargés des transports dans le département sur les difficultés d'accès au Centre Hospitalier d'Avignon dans l'espoir de trouver des solutions. Retrouvez les résultats détaillés de l'enquête sur kaliweb.

Franck HERY
Responsable qualité UCPC

Semaine Européenne de la mobilité au CHA.



> ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE

Résultats de l'enquête

Entre l'enquête de janvier 2008 et celle réalisée en janvier 2011 sur la formation à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR), 495 personnes ont été formées au sein du CHA. Comment avez-vous évolué ?

>> 592 personnes en 2008 et 506 en 2011 toutes catégories de personnel confondues (en dehors du personnel de nuit et de la pédiatrie) ont répondu à l'enquête.

Les modalités de prise en charge de l'ACR

67% ont répondu oui en 2011 contre 61% en 2008. Il reste encore des progrès à faire pour atteindre 100%.

Massage cardiaque externe (MCE) ou ventilation pour commencer la réanimation ?

En 2011, 77% savent qu'il faut commencer par le massage cardiaque externe chez l'adulte, alors qu'en 2008 vous étiez 68%. Ce résultat très positif prouve l'utilité de cette formation ! Toutefois, il est important de préciser que chez l'enfant, c'est l'inverse. Il faut commencer par la ventilation car l'arrêt est souvent d'origine respiratoire.

Le bon ratio MCE/ventilation

En 2008 seulement 43% savaient que le ratio est de 30 massages pour 2 ventilations. Vous êtes désormais 57%.

A propos de la formation

Si 60% d'entre vous savent qu'il existe des formations à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, vous êtes encore 40% à ignorer leur existence. Au CHA, vous avez deux moyens de vous former :

- La formation continue qui vous propose 3h sur la prise en charge des urgences vitales et la présentation du chariot d'urgence

ainsi que l'utilisation du défibrillateur.

- Le CESU qui vous propose deux formations AFGSU niveau 1 de 2 jours (administratifs) et niveau 2 de 3 jours (médical et paramédical) qui vous permettront d'avoir l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence.

Les 495 personnes formées entre 2008 et 2011 se disent satisfaites de la formation. Vous pouvez aussi vous former depuis votre domicile en vous rendant sur le site www.stayingalive.fr.

Grâce à la simulation réaliste en 3D, vivez une expérience unique et apprenez à sauver une personne victime d'un arrêt cardio-respiratoire. Ce « jeu » très sérieux vous prendra seulement 4 minutes !

A noter : vous êtes une majorité à exprimer votre besoin en formation initiale et formation continue, avec une prédominance pour les formations pratiques plutôt que théoriques.

Un défibrillateur semi-automatique (DSA) dans chaque service

Seulement 282 répondants savent qu'ils disposent de DSA dans leurs services, parmi lesquels 25% sont des IDE, 12% des AS et 11% des médecins. Ceux qui connaissent l'existence de ces DSA savent où ils se trouvent ; c'est-à-dire dans les chariots d'urgence de chaque service.

Des DSA sont également fixés aux murs des zones accessibles au public. A noter qu'il est possible de pratiquer un choc électrique externe sur un enfant.

Ceci dit, cette pratique reste très rare en

> Bon à savoir

- **Molécule à utiliser** : adrénaline.
- **Modalités de traitement du trouble du rythme** : 1 seul choc électrique externe (CEE) avec le DSA. Le CEE est la première action à proposer car le cœur n'est pas encore vide de sang.
- **L'alerte** : en interne, composez le 6060, numéro réservé aux urgences

vitales. Sauf pour le Village et les zones publiques, composez le 15. En externe, composez le 15, 18 ou 112.

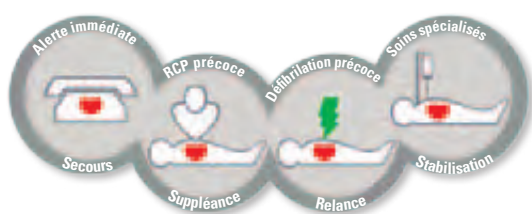
- **La réanimation cardio-respiratoire (RCP)** : pratiquez 30 massages cardiaques externes pour 2 ventilations.
- **La défibrillation** : utilisez le défibrillateur semi-automatique (DSA).

- **Les soins spécialisés ou RCPS** : il s'agit de la réanimation (pour relancer le cœur : IV d'adrénaline et techniques de protection cérébrale).

de pratique

pédiatrie. C'est pourquoi, un seul DSA a été installé dans le hall d'entrée de l'unité mère et enfant. L'appareil est le même que pour les adultes, seules les électrodes changent.

Tous concernés !



Vous connaissez tous cette chaîne de survie et vous savez tous que le témoin de l'arrêt cardiaque, quel qu'il soit, est responsable des trois premiers maillons.

Cette chaîne est complétée par la chaîne de prévention :



Education : votre formation.

Monitoring : la surveillance de votre patient, sans oublier la surveillance clinique.

Recognition : savoir identifier l'arrêt.

Call for help : Alerte de la chaîne de survie.

Response : RCP, DSA, RCPS.

Dr Fabienne BRANCHE
Praticien hospitalier

Pôle réa., urgences et activités transversales

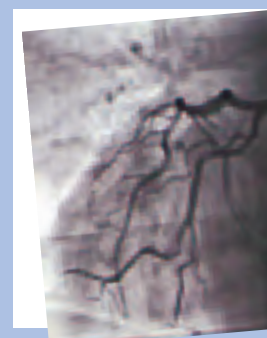
> Savez-vous reconnaître un arrêt ?

- > La parole vous écouterez, les yeux vous regarderez, la motricité vous testerez.
- > N'oubliez pas les deux cotés !
- > Voies aériennes dégagées : le thorax a-t-il bougé ?
- > Le pouls n'est pas retrouvé. L'arrêt cardiaque est confirmé.
- > Se protéger, alerter, secourir est la priorité.
- > 6060 c'est la réa.
- > Masser Ventilateur DSA.

> 13^e CONGRÈS FRANCOPHONE DE CARDIOLOGIE

Intervention exemplaire du CH Avignon

Le service de Cardiologie du CHA a été l'un des principaux acteurs du 13^e Congrès Francophone de Cardiologie Interventionnelle qui s'est déroulé du 9 au 12 octobre 2011 à Paris.



>> Il s'agit du plus important Congrès de langue française dédié aux thérapies cardiovasculaires interventionnelles et à l'athérome. Cette rencontre internationale a pour but d'apporter à tous les professionnels de santé intéressés par la cardiologie interventionnelle, une analyse critique et exhaustive des développements les plus récents et innovants dans ce domaine, depuis les concepts visionnaires jusqu'aux applications en pratique clinique.

Une vidéotransmission par satellite

Le 10 octobre 2011, deux cas d'angioplastie complexe ont été filmés et retransmis en direct après accord des patients. Ces procédures réalisées par le D^r Michel PANSIERI assisté du D^r Pierre BARNAY ont consisté :

- en la mise en place de stents coronaires après visualisation de plaques d'athérome par échographie endocoronaire ;
- en une athérectomie rotationnelle suivie de la mise en place de stents coronaires.

Un système de vidéotransmission par satellite avait été installé la veille permettant à l'ensemble des participants présents à Paris d'assister à ces interventions et d'intervenir en direct. Les deux cas se sont déroulés avec succès et sans complication. Afin de préparer ce « live », une répétition avait eu lieu le 16 septembre 2011 avec les médecins urgentistes de Carpentras et d'Orange.

Le 11 octobre 2011, le D^r Jean-Lou HIRSCH a modéré une session sur

les syndromes coronariens aigus dans laquelle ont été présentées les innovations dans le domaine. Le D^r PANSIERI a insisté dans sa présentation sur le dosage des nouvelles troponines « hypersensibles » permettant un triage plus rapide et une meilleure pertinence diagnostique aux urgences. Ce nouveau dosage a d'ailleurs été mis en place tout récemment au CHA et sans surcoût (!) par le pôle laboratoires.

Ainsi, l'Hôpital d'Avignon a été valorisé au travers de son service de Cardiologie dans ce congrès important.

Marielle PETIT DE GRANVILLE
Chargée de communication





> Clin d'oeil sur les soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs n'est pas de guérir mais d'apaiser les souffrances et de préserver la qualité de vie des patients et de leur famille en prenant en compte la souffrance physique, psychologique et sociale. Les soins palliatifs ne concernent pas seulement les derniers jours de la vie. On peut y recourir tôt dans la maladie, pour aider à mieux la vivre et anticiper les difficultés qui pourraient survenir. Ils peuvent donc être associés aux autres traitements comme la chimiothérapie, la dialyse...

> Une équipe pluridisciplinaire

Placée sous la responsabilité du chef de pôle cancérologie le Dr Gérard LEPEU, cette équipe pluridisciplinaire compte 25 personnes dont le Dr Mireille PÉRINEAU, chef de service, les Drs Bénédicte LINDECKERT et Jean-Luc VIDAL, praticiens hospitaliers, M^{me} Claudine COUTURIER, cadre de santé, 10 infirmier(e)s, 9 aides-soignant(e)s, 2 agents des services hospitaliers, 1 masseur-kinésithérapeute, 1 psychologue, et une secrétaire médicale.

> UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS

S'occuper des patients et entourer les familles

Quelques jours après son ouverture, le 5 janvier 2012, la nouvelle unité du Centre Hospitalier d'Avignon dédiée aux soins palliatifs affiche déjà complet avec un taux d'occupation des lits de 100%. C'est la première et unique unité de ce type en Vaucluse.

>> Cette unité de 10 lits assure :

- l'évaluation et le traitement des symptômes complexes ou réfractaires, pouvant nécessiter une compétence ou une technicité spécifique ou le recours à un plateau technique ;
- la gestion des situations dans lesquelles des questions complexes relevant de l'éthique se posent ;
- l'accompagnement des personnes malades et de leur entourage présentant des souffrances morales et socio-familiales complexes ;
- une triple mission de soins, de formation et de recherche.

Une culture palliative développée

Cette équipe pluridisciplinaire est composée de professionnels de santé, spécialement formés, qui ont tous choisi volontairement de travailler dans l'unité. Outre la technicité des soins, ils sont attentifs au bien-être des patients et à l'écoute de leurs proches. Un maître mot : « soins à la carte ». L'organisation de l'unité s'effectue selon le rythme et les besoins de la personne soignée. La démarche d'accompagnement est renforcée par les accompagnants bénévoles de l'association L'Autre Rive. Également formés, leur présence quotidienne est indispensable pour les malades et leurs proches. Ils savent être à l'écoute et offrent une ouverture vers l'extérieur avec des petits plaisirs : sorties, musique, livres, etc.

Un maillage territorial innovant

Aboutissement d'un des objectifs du projet médical et du schéma régional de



l'organisation des soins, l'USP permet à l'établissement de disposer de tous les outils pour offrir aux patients et à leurs familles un accompagnement adapté dans l'ensemble des services et des filières de prise en charge dans une offre graduée de soins. L'unité a également une dimension territoriale : la Conférence Sanitaire du Vaucluse ayant entériné le projet en avril 2008. Le dispositif repose sur les équipes mobiles de soins palliatifs qui assurent le maillage du territoire de santé de Vaucluse, les lits identifiés de soins palliatifs répartis dans l'ensemble du département, et le réseau de soins palliatifs APSP 84. Les professionnels de santé du territoire peuvent faire une demande d'admission en ligne directement sur le site Internet du Centre Hospitalier d'Avignon dans la rubrique « Vous êtes professionnel de santé ». Les patients sont admis en USP après accord et validation du dossier d'admission par le chef de service et son équipe. La continuité des soins est assurée par une astreinte médicale 7 jours sur 7.

Un véritable « Lieu de vie »

Située au 3^e étage du nouveau bâtiment d'extension sud, cette unité toute neuve est aménagée pour offrir un maximum de confort aux usagers : couloirs lumineux, espaces de détente, salle de bain équipée d'une baignoire Arjo®, mobilier confortable, qui favorisent bien-être et ambiance chaleureuse. Chaque chambre dispose d'une petite lampe à éclairage doux, d'un réfrigérateur et d'un tableau magnétique permettant aux patients de personnaliser leur environnement avec des photos par exemple. Et pour un confort maximal, des tablettes numériques tactiles seront prochainement à disposition des patients, financées comme d'autres éléments de l'aménagement, par la Fondation de France. Une technologie qui leur permettra de rester en lien avec le monde extérieur. Une salle de détente est aménagée spécialement pour les familles (fauteuils, table et chaises hautes, lumière tamisée, kitchenette...). Ainsi, les proches sont accueillis 24h/24, ils ont la possibilité de dormir et de se restaurer.

Dr Mireille PERINEAU
Chef de service USP



➤ MÉDAILLES DU TRAVAIL

Félicitations aux médaillés 2012

Comme chaque année, Challenge vous propose la liste des agents de l'établissement récompensés par la médaille d'honneur départementale et communale.



Photos disponibles au bureau 1.5 ou 1^{er} étage du bâtiment administratif (poste 3981)

➤ MÉDAILLES D'ARGENT : 20 ANS

ANBLARD Françoise	Secrétaire médicale	CAMSP
ARNAUD Isabelle	Infirmière	EEG
AUBERT Chantal	Masseur-kiné.	Rééducation fonctionnelle
AUFFAN Dominique	Infirmière	Long séjour La Fontaine
BARON Christine	Infirmière	Urgences adultes
BEAUMONT Robert	ASH qualifié	Equipe hospi.de nettoyage
BELLANDE Odile	Infirmière	Long séjour Farfantello
BEN SALEM Mourad	Ouvrier pro. qualifié	Transports Garage
BORLE Nicole	ASH qualifié	Endocrinologie
BOURAS Djemel	Ouvrier pro. qualifié	Cuisine Internat
BOURAS Virginie	ASH qualifié	SMUR
CAPO Marie-José	Aux. de puériculture	Chirurgie infantile
COLIN Lucien	ASH qualifié	Urgences adultes
DE OLIVEIRA ALVES Marianne	Infirmière	Laboratoires
DECUYPER Laurence	Aux. de puériculture	Urgences pédiatriques
DI NICOLA Roland	Ouvrier pro. qualifié	Equipe hospi. de nettoyage
DUBOIS Conception	Aide-soignante	Dialyse - Hémodialyse
GARCIA Sylvie	Infirmière	Cardiologie
GRASSET Patrick	Cadre sup. de santé	Pôle réa., urgences
IMBERT Line	Infirmière	Pôle médecine
JOLIVALD Véronique	Aide-soignante	Rééducation fonctionnelle
JULIEN Eric	Maître ouvrier	Sécurité
LLAGONNE Véronique	Cadre sup. de santé	Bloc central
LOBRY Joséphine	Aide-soignante	Hémodialyse
MARIE Françoise	ASH qualifié	Endocrinologie
MARTINEZ Daniel	Agent de maîtrise	Atelier peinture
MAZON Christine	Tech. de laboratoire	Laboratoires
PERRAD Noëlle	Aide-soignante	Rééducation fonctionnelle
PERSONNE Arlette	Tech. de laboratoire	Pôle médecine
PETIT Edith	Infirmière	EEG
PIFFAUT Bernard	Diététicien	Diététique
PLAGNOL Claude	Maître ouvrier	Cuisine Internat
PONS Brigitte	Secrétaire médicale	Néonatalogie
RIGAT Nicole	Cadre de santé	Chir. vasculaire & thoracique
RISSO Mireille	Puéricultrice	Chirurgie infantile
ROCH Marylène	Adjoint administratif	DIM
ROCHE-BRIL Christine	Infirmière	Hémovigilance
ROUSTOLL Clairette	Tech. de laboratoire	Laboratoires
SAVELLI Brigitte	Maître ouvrier	Cuisine Village
SURREL Michel	Maître ouvrier	Atelier peinture
VALLIER Anne-Marie	Puéricultrice	Chirurgie infantile

➤ MÉDAILLES DE VERMEIL : 30 ANS

ACHARD Anne-Marie	Adjoint des cadres	SLIN
AGUILERA Patricia	Aide-soignante	Pôle médecine
AUZIERE Guy	Aide-soignant	Radiologie
BARBRY Sylvie	Aide-soignante	Bloc central
BATAILLER Philippe	Agent chef	Cuisine URH
BAUD Thierry	Agent de maîtrise	Cuisine IFSI
BLERIOT Nicole	Aide-soignante	Standard
BLOYER Zakia	Aide-soignante	Hémodialyse
BORDET Didier	Aide-soignant	Pool brancardiers
BOURAS Fatima	Aide-soignante	Rééduc. fonctionnelle
BRUNEL Hélène	Cadre sup. de santé	Pôle médecine
BUSSE Jean-Luc	ASH qualifié	Pool brancardiers
CARDARELLY Catherine	Tech. de laboratoire	Laboratoires
CASTELLE Evelyne	Infirmière	Chirurgie infantile
CHAPPE Roger	Maître ouvrier principal	DAMIS
DEBOS Marie-Hélène	Aide-soignante	Dialyse Hémodialyse
DUMAS Marie-Laure	Adjoint administratif	DRH
GACHET Patrick	Agent de maîtrise	Atelier électroméca.
GALLIERE Marie-Hélène	Infirmière	Dialyse Hémodialyse
GHERARDI Thierry	Agent de maîtrise	Atelier plomberie
GOUBERT Annie	Aide-laboratoire	Laboratoires
JOUBE Denis	Aide-soignant	SLIN
LACHHAB Nicole	Infirmière	Prélèvement d'organes
LAUTIER Corinne	Aide-soignante	Bloc obstétrical
LAVIGNE Annie	Adjoint administratif	SGAP
LECUYER Daniel	Maître ouvrier	Atelier électroméca.
LEYDIER Chantal	Aide-soignante	Orthopédie Traumato.
LICHENSKY Olivier	Aide-soignant	Transports Garage
LICKER Nadège	Aide-soignante	Pôle spé.chirurgicales
MONTAGUT Claudette	Secrétaire médicale	Rhumato. Infectiologie
PEREZ Christiane	Aide-soignante	Long séjour Farfantello
PETIT Christian	Adjoint administratif	Urgences adultes
PROTHERY Annie	Secrétaire médicale	Laboratoires
RAYNAL Alain	Tech. sup. hospitalier	Biomédical
ROSSI Franck	Conducteur ambulancier	Affectations spéciales
SANTACREU Monique	Cadre de santé	UCSA
SEILLE Magali	Masseur-kiné.	Rééduc. fonctionnelle
VENTALON Corinne	Infirmière	UCSA
VIDAL Jean-Louis	Ouvrier pro. qualifié	Transports Garage
VITTORIETTI Dominique	Aide-soignante	Pôle médecine

➤ MÉDAILLES D'OR : 35 ANS

CUSUMANO Josiane	Adjoint administratif	SGAP
DALLENES Martine	Infirmière	Laboratoires
LEROY Michèle	Infirmière	Rééducation fonctionnelle
LLIDO Marc	Agent chef	Atelier électroméca.
MOULAN Chantal	Infirmière	Laboratoires
ROTH Nancy	Infirmière	Sterilisation centrale
VIGNES Myriam	Aux. de puériculture	Urgences pédiatriques

> MÉDECINE MODERNE

Napoléon et la médecine



Peinture de Antoine-Jean GROS :
"Bonaparte visitant les pestiférés de Jaffa".

Napoléon BONAPARTE mettra tout en œuvre, à partir de 1800, c'est-à-dire de la période du Consulat, pour réformer avec autorité la France, après la tourmente révolutionnaire, dans des domaines aussi variés que l'administration (création des préfets dans les départements et du cadastre), les finances (création de la Banque de France, du franc or ou germinal, création de la Cour des Comptes), de la justice (avec le code civil), de l'enseignement (création des lycées) et le domaine religieux avec la réconciliation des Français avec le Pape par le Concordat. CHATEAUBRIAND, qu'on ne peut soupçonner de complaisance vis-à-vis de Napoléon, affirmait « qu'il s'agissait du plus puissant souffle que l'argile humaine ait animé ». Mais qu'en est-il dans le domaine de la Médecine ?

>> C'est à Paris, au début du 19^e siècle qu'est née la « médecine moderne », affirme RH. SHRYOCK, considéré comme le meilleur historien de la médecine moderne.

La médecine à la fin du 18^e siècle

Malgré les encyclopédistes, au travail dans tous les domaines, y compris scientifiques, qui décortiquent tout avec un esprit critique, la médecine reste dans un obscurantisme profond. Les médecins qui y collaborent, mettent toujours en avant quatre humeurs : le sang, la pituite, la bile jaune et la bile noire ou humeur mélancolique et s'attachent aux manifestations de la maladie et non à ses causes. « *L'ancien régime et l'art de guérir ont en commun d'être bien fardés.* » La formation médicale est archaïque, dispensée par les facultés de médecine, avec Paris et Montpellier en fers de lance (la faculté d'Avignon agonise alors), avec un déferlement d'épreuves, de confrontations, de disputes, le tout en latin mais ignorant totalement le malade. Quant à l'hôpital du 18^e siècle, il n'existe pas ou pas encore : il ne s'agit même pas d'un hospice, un tiers ne comporte pas de lits. Tout au plus s'agit-il d'un lieu d'asile pour les miséreux et d'abandon pour les nouveaux nés. Le niveau de médicalisation est indigent : le seul espoir est un bol de bouillon. « *Les plaies les plus simples y deviennent graves, les graves deviennent mortelles, et les grandes opérations n'y réussissent presque jamais.* » (CABANIS, 1789). La campagne est sous médicalisée, souvent livrée aux charlatans alors que 85% de la population y vit.

Une véritable révolution dans le domaine médical

Une révolution va s'opérer, avec l'aide de personnalités peu connues ou oubliées de la postérité. En 1793, la convention va faire table rase du passé, comme dans d'autres domaines et supprime les académies, les sociétés savantes, puis les facultés. Chacun est alors

libre d'exercer la médecine et la chirurgie où bon lui semble ; on imagine l'anarchie. Comble de tout, les aliénés sont relâchés ! FOURCROY, chimiste et médecin, propose dès 1794, à la Convention, un plan de réorganisation de la santé, largement inspiré par VICQ D'AZYR. Il rétablit l'enseignement de la médecine, avec création d'une école de santé, puis de 3 facultés à Paris, Montpellier et Strasbourg, articulées avec les hôpitaux. Il fusionne en 1795, en un seul diplôme, les deux doctorats de médecine et chirurgie, jusque là conférés par des autorités différentes. Mais l'atmosphère conflictuelle entre médecins et chirurgiens persiste néanmoins avec maintes empoignades. L'état de guerre permanent va très vite placer le chirurgien largement en avant du médecin, prolongeant ainsi la compétition. « *La médecine, c'est la paix, la chirurgie, la guerre.* » Mais médecins et chirurgiens ont en commun un souffre douleur : l'officier de santé, formé en trois ans grâce à un sous doctorat moins onéreux. Il leur est interdit de pratiquer les « grandes interventions ». Ils assurent très souvent la présence médicale dans les campagnes. Puis, il crée après les lycées, l'université impériale en 1806, avec en particulier l'enseignement hospitalo-universitaire. Il sera fait comte. Mais on lui doit surtout la révolution dans l'art d'exercer la médecine : le médecin renonce aux théories préconçues qu'il échafaudait en écoutant un patient lui exposer ses symptômes, au profit d'une recherche de signes physiques indiscutables. « *Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire* », telle était sa devise. Le latin, véhicule de la pensée médicale jusque là, disparaît au profit du français, en 1799, pour la soutenance de thèse. Ce changement d'attitude, ce véritable bouleversement des mentalités, va aboutir à ce que l'on va appeler pendant deux siècles, le sens clinique, le coup d'œil médical. La nouvelle médecine française envahira, en quelques décennies, à partir de l'école de Paris, l'Europe, les Amériques et le Moyen Orient. CORVISART, chargé par FOURCROY, de la chaire de médecine clinique courtisan flatteur deviendra ensuite médecin

particulier de l'Empereur, chargé d'organiser le service de santé de la maison impériale. Il imposera ce coup d'œil médical avec utilisation des cinq sens et Napoléon dira de lui : « *je vis qu'il avait pénétré ma structure* ». Il traduit les travaux d'AVENBRUGGER sur l'intérêt de la percussion, avant l'avènement du stéthoscope en 1816. Il sera fait baron. BICHAT, mort en 1802, échappe aux honneurs de l'Empire, mais reste le fondateur de l'anatomopathologie, après de nombreux travaux anatomiques, qui éclaire le diagnostic au moment de l'autopsie faite d'examen complémentaires. Son nom figure au fronton du Panthéon. CHAPTAL, ministre de l'intérieur, médecin et chimiste, sénateur, demeure plus connu pour son rôle dans le développement de la chimie, déjà industrielle (culture de la betterave à sucre et procédé de vinification qui porte son nom) que dans le domaine médical. Et pourtant, il conçoit la médecine en terme de santé publique. Il ouvre une école de sages-femmes. Il prône la vaccination anti-variolique. Il permet le retour des religieuses dans les hôpitaux chassées par la révolution, et tente d'humaniser les conditions d'hospitalisation en rendant un minimum de dignité aux malades ainsi qu'une parcelle d'espoir. Il crée l'internat en 1801, véritable bâton de maréchal de l'étudiant en médecine. Il propose une politique hospitalière rationnelle :

- Séparer les maladies chroniques et incurables des maladies passagères dans les hôpitaux.
- Assainir et rendre viable la gestion financière des différents établissements. Il crée en 1801, un Conseil Général des Hôpitaux de Paris pour l'administration des hôpitaux. Celui-ci fixe les dépenses, les recettes nécessaires, le tarif du prix de journée, des dons privés ou la contribution de l'Etat. Un agent de surveillance est placé à la tête de chaque établissement, avec un salaire proportionnel à l'importance de l'établissement. Peu de nouveautés en somme depuis deux cents ans !
- Adapter les structures et la vie hospitalière aux soins des malades et à l'enseignement.

Les médecins et chirurgiens militaires

Pourtant la légende napoléonienne retiendra surtout les médecins et chirurgiens militaires. LARREY, chirurgien de la grande armée, précurseur de la chirurgie d'urgence, prône la désarticulation (sans anesthésie) sur le champ de bataille et revendique la paternité des ambulances volantes sillonnant les champs de bataille en portant vers l'arrière les blessés pour leur donner les premiers soins sur place. « *C'est l'homme le plus respectueux que j'ai rencontré ; il a laissé dans mon esprit l'idée du véritable homme de bien.* » PERCY, chirurgien en chef de la grande armée, a en charge le service de santé militaire. Il invente le « WURST » (saucisse en allemand), long caisson véhiculant huit chirurgiens à califourchon. Il propose en 1800, la neutralité des médecins militaires et l'invulnérabilité des ambulances, véritable Croix Rouge avant la lettre, refusée (il faudra attendre la bataille de Solferino sous le 2^e Empire). Il prône lui la résection blocage (ou arthrodèse) plutôt que la désarticulation. DESGENETTES, médecin chef de la grande armée est en avance sur son temps dans le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie. Ils seront tous trois faits barons. Les médecins commencent à bénéficier d'une certaine influence morale, mais d'aucune autorité dans le monde militaire. Napoléon leur refuse l'épaulette d'officier à l'Armée. Leurs revenus deviennent parfois confortables, mais ils ne sont pas encore devenus des notables dans la société civile et leur représentation politique est faible dans une société militaire avant tout dans le monde napoléonien.

L'influence de Napoléon sur la médecine

« *Et Napoléon dans tout ça ?* » comme aurait dit Jacques CHANCEL dans le grand échiquier. L'avènement de Napoléon et de la médecine clinique n'est-il qu'une simple coïncidence, une cohabitation ? Peut-on penser qu'un tel bouleversement conceptuel se soit déroulé pendant vingt ans à proximité de Napoléon sans qu'il s'en préoccupe ? Il a admis que ce qui n'était qu'un art incertain conceptuel pouvait devenir une science positive d'intérêt public et il lui

donne alors les moyens de son accélération, de son irréversibilité. « *C'est le premier homme des temps modernes* » dira encore CHATEAUBRIAND à son propos. Il en ira de même pour d'autres disciplines, la chimie et l'industrie, mais à la différence de la médecine, celles-ci ont donné des résultats immédiats, visibles par l'opinion, que Napoléon pourra légitimement s'attribuer à Sainte Hélène. Mais Napoléon n'est pas un philanthrope et ne manifeste aucun enthousiasme scientifique, voire demeure sceptique sur l'efficacité des drogues de l'époque, certes limitées à la quinquina. Il est avant tout chef de guerre et gestionnaire de la nation. A ce titre, on peut conclure à un échec du service de santé.

- L'administration, par le biais des commissaires de guerre, asservit et indispose le service de santé militaire et le corps médical en particulier, contre l'avis de tous.
- Il décrète que le ramassage des blessés gêne le mouvement des troupes et sera interdit pendant l'action à partir de 1805.
- Lors des dernières campagnes, il affecte le peu de chevaux qui restent disponibles à l'artillerie plutôt qu'aux ambulances.

Un grand sens de la communication

Enfin, Napoléon possède, dès les premières années, un grand sens de la communication. En 1804, il commande à AJ. GROS, peintre officiel, un tableau pour représenter un épisode de la campagne d'Egypte. Le tableau représente Napoléon pendant une scène frappante à Jaffa en 1799, au cours de laquelle il tente de remonter le moral des troupes, décimées par une épidémie de peste bubonique. Il rend alors une visite spectaculaire aux malades et les touche, ce qui est considéré comme héroïque, selon la légende napoléonienne. Cet épisode évoque la tradition de guérison thaumaturgique des écrouelles par les rois de France qui recevaient et touchaient les scrofuleux pour les guérir. Si la scène est véridique, la réalité semble assez loin de cette image mythique. Le 23 avril 1799, pendant le siège de Saint Jean d'Acre, BONAPARTE suggère à DESGENETTES, médecin en chef de l'expédition, d'administrer de l'opium aux malades pour les euthanasier. DESGENETTES refuse.

Peu touché personnellement

A titre personnel, mis à part la longue agonie des deux dernières années à Sainte Hélène, il jouit d'une santé excellente et aura peu affaire aux médecins et à leurs drogues auxquelles il ne croit guère. Les militaires anglais le surnomment, à Sainte Hélène, le mouvement perpétuel, surnom déjà attribué par BARRAS sous le Directoire à ce jeune général, c'est dire son besoin d'activité permanente. Il est victime de paludisme (fièvre tierce) en Corse, puis à Auxonne, lors des crues de la Saône. Il manifestera aussi toute sa vie la crainte du « mauvais air » et des « mauvais lieux » avec ses conséquences militaires. La Diphtérie (croup) qui frappe son neveu, décédé, en qui il voyait un héritier, l'affecte et il deviendra alors un paragon de l'hygiène fréquente. Il est affecté d'un eczéma rebelle, notamment au niveau de la cuisse gauche, l'obligeant à se gratter jusqu'au sang et à prendre des bains très chauds, presque brûlants, pendant des heures, à tel point que son secrétaire sera parfois obligé de renoncer à la dictée, faute de clarté suffisante, tout embrumé de vapeur. Certains ont attribué ce prurit à une gale contractée au siège de Toulon, en arrachant un refouloir aux mains d'un canonier galeux. Ce diagnostic est fort douteux, en l'absence de contagion dans son entourage proche. Il est handicapé par une dysurie, qui évolue par crises, l'obligeant à faire chambre à part aux Tuileries pour ne pas réveiller Marie-Louise, l'impératrice. Enfin, il aura des rhumes fréquents mais peu invalidants et quelques crises hémorroïdaires. En fait, il a une hygiène de vie très stricte. Le mythe de l'épilepsie est totalement faux. Quant à la maladie terminale qui l'emportera, il s'agit probablement d'un cancer de l'estomac, mais tant de publications ont été produites avec des avis contradictoires que je n'épiloguerai pas...

Dr Frank MAGNAN

Chef de service

Rhumatologie Médecine interne Maladies infectieuses

Source : Napoléon et la médecine Dr Jean-François LEMAIRE



Xavier Bichat, fondateur de l'anatomopathologie

> SPORTS D'HIVER

Tout savoir pour bien préparer votre séjour en montagne

Les sports d'hiver sont extrêmement ludiques. Cependant si certaines précautions ne sont pas prises, cela peut engendrer quelques désagréments voire accidents pouvant se révéler être graves. Challenge a rencontré pour vous le Docteur Bruno ROCAMORA, Médecin du sport, Urgentiste, qui nous livre ses conseils et recommandations.

>> Tout d'abord, les précautions découlent de quatre éléments à prendre en considération.

- Le froid générant l'hypothermie : une ascension de 100 mètres et/ou 10km de vent diminuent de 1° la température.
- L'hypoxie : la diminution de l'oxygène en altitude diminue le taux d'oxygène sanguin.
- La déshydratation favorisée par le froid sec.
- Le soleil : le fait de monter en altitude diminue la protection naturelle.

Un temps de préparation physique, adapté en fonction de son niveau et du type de sport pratiqué (ski de fond, ski de piste ou hors piste, etc), est indispensable à la pratique d'un sport d'hiver de façon à limiter l'exposition aux accidents.

En moyenne, il faut compter trois semaines de préparation pour une semaine à dix jours de sport d'hiver. La pratique de sports d'endurance comme le vélo, la natation ou la course à pied associée à des étirements et des exercices, favorise le travail sur la musculature inférieure (quadriceps).

Un régime alimentaire adapté

Il n'y a pas de régime idéal ; il faut éviter la déshydratation rapide et recharger la balance énergétique en fin de journée.

Il est impératif de ne pas « sauter » le petit déjeuner : thé ou café, produits laitiers, pain ou céréales (apport en glucides complexes) vous éviteront l'hypoglycémie de fin de matinée... et l'accident !

Dr Bruno Rocamora

Au déjeuner, un sandwich composé de charcuterie est autorisé.

Évitez les produits fumés et très poivrés qui seront mal métabolisés. Au retour des pistes, il faut consommer boissons et sucre : collation chaude, pain d'épices, pain et confiture, fruits (banane). Enfin le soir, n'hésitez pas à privilégier les spécialités des régions et à consommer des féculents (pommes de terre, riz ou pâtes) qui apportent des glucides lents.

En cours de journée, pensez à boire entre 1 et 1,5 litre en dehors des repas et consommez des barres de céréales ou énergétiques afin d'éviter les coups de fringale. Les sodas et les biscuits de type industriel (à forte charge lipidique et sucre rapide) sont à proscrire pour les enfants.

Les risques traumatiques des sports d'hiver

Les accidents de ski sont équivalents à des accidents de circulation : vitesse, technicité des équipements, fréquentation accrue des pistes, non respect des consignes de sécurité.

Malheureusement, lorsque l'accident arrive, les points les plus touchés sont les genoux (fractures chez les enfants/adolescents, entorse chez les adultes et plus particulièrement chez la femme), les épaules (luxation, fracture complexe), les mains et la colonne du pouce (lésions à type d'entorse parfois grave). Attention, au 3^e jour de

ski il y'a plus d'accidents à cause de la fatigue accumulée et de l'assurance retrouvée après 2 jours, qui font prendre plus de risques.

Quelques précautions pour toute la famille

Il est déconseillé d'emmener les enfants de moins d'un an lors d'un séjour prolongé en montagne. En effet, ils peuvent être exposés au risque d'hypoxie et aux pathologies liées à l'altitude.

Il est fortement conseillé de faire encadrer les enfants par des professionnels de la montagne. Ils doivent en permanence porter un casque, des gants et du matériel adaptés, et aussi éviter tous vêtements qui empêchent la respiration du corps et favorisant l'hypothermie de fin de journée.

Pour les adolescents qui privilégient souvent la pratique du snowboard, il est impératif qu'ils soient protégés (casque, dispositifs de protection dorsale, mains et poignets) et équipés d'un téléphone portable.

Pour les femmes enceintes, il n'y a pas de contre-indication. Il est conseillé de prendre des précautions à partir du 2^e mois de grossesse pour le ski alpin du fait des risques de collision. Les sports d'hiver tels que raquettes et ski de fond sont autorisés. À l'arrivée en station, il faut se renseigner sur les recommandations de sécurité particulières qui peuvent varier d'une station à l'autre.

Propos recueillis par Magali RIGAL
Directeur adjoint



> Les règles d'or

- > **Choisir sa station** en fonction de ses pratiques (ski de piste, ski de fond, ...).
- > **Se préparer musculairement**, cesser l'effort dès l'apparition de la fatigue.
- > **Se protéger du soleil** : lunettes, masque, crème et baume à lèvres à renouveler au cours de la journée.
- > **S'équiper avec du bon matériel** : vêtements techniques (privilégier les membranes), faire vérifier le matériel (chaussures, ski) par des professionnels en début de saison.
- > **Bien se nourrir et s'hydrater**.
- > **Respecter les consignes de sécurité**.
- > **Consulter tous les jours la météo** et les prévisions d'avalanche.
- > **Eviter le hors piste** ou être accompagné d'un professionnel et prévenir que l'on sort des pistes.
- > **Ne jamais partir seul sans prévenir** et emporter un téléphone portable (appels d'urgence 15 ou 112).
- > **Arrêter l'effort dès l'apparition de la fatigue** (en journée et dès le 3^e et 4^e jours).
- > **Etre à jour au niveau des assurances**.



> CENTENAIRE DE L'AÉROCLUB VAUCLUSIEN

Du spectacle de haut vol pour une fête populaire très réussie

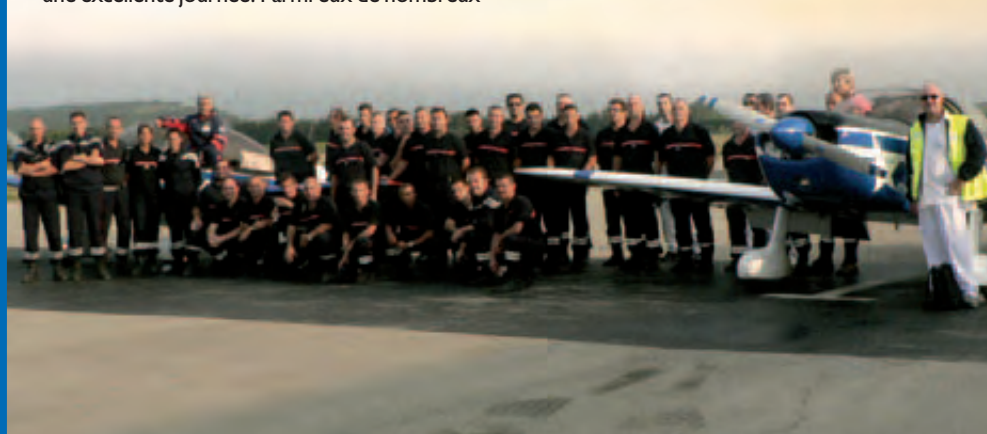


Le dimanche 25 septembre 2011 s'est déroulé sur l'aéroport de Caumont sur Durance un spectacle de haut vol pour fêter le centenaire de l'aéroclub vauclusien.

>> Malgré un ciel bas et sombre en début de journée, les démonstrations de voltige (d'appareils des plus modernes à ceux de la dernière guerre mondiale) se sont enchaînées à un rythme des plus soutenu. 15 000 personnes étaient attendues, 40 000 étaient présentes en fin de journée pour s'émerveiller devant le show de 30 minutes de la patrouille de France. Emotions, virtuosité et audace ont permis à tous les passionnés et néophytes présents de passer une excellente journée. Parmi eux de nombreux

personnels du CH Avignon. La sécurité sur site était assurée par le SDIS 84 et la Croix-Rouge Française avec la collaboration d'une équipe du SAMU 84. Malgré un grand nombre de personnes, pas d'intervention grave, ce qui a rendu cette journée encore plus appréciable. Longue vie à l'aéroclub vauclusien.

*Dr Stéphane BOURGEOIS
Chef de services Urgences Adultes*



> DÉPART

36 ans au CHA !

>> Le 12 décembre 2011, M. Jean-Jacques AUBERT fêtait son départ à la retraite, entouré des personnes qui l'ont apprécié durant son parcours professionnel. Recruté en 1975 comme agent de bureau, il est devenu adjoint des cadres en 1976, puis a été nommé chef de bureau en 1981, puis attaché d'administration en 2001. Une belle carrière de 36 ans à la direction des ressources humaines.



> SANTÉ PUBLIQUE

« Agissons contre le diabète, maintenant. »

>> Le thème 2011 résonne tel un slogan qui colle parfaitement avec le succès de la manifestation du 16 novembre 2011. Pour la 5^e année consécutive, les services d'endocrinologie et diététique organisaient la journée mondiale du diabète. Très motivées, les équipes ont eu une idée pour le moins « stratégique » : un jeu qui a récompensé 6 gagnants avec des tablettes de chocolat, des livres de cuisine, etc. Cette nouveauté a permis d'attirer le public vers les stands d'information. Pari gagné : 75 usagers et 71 agents hospitaliers y ont participé avec enthousiasme, et plus de 200 dépistages ont été réalisés.

> CADRES DE SANTÉ

Le vrai professionnalisme est notre propre récompense

>> Lors de la réunion des cadres de santé du 17 octobre 2011, en présence de M. DECOUCUT organisée à l'initiative de M^{me} Fabienne TESTENIERE, directeur-coordonnateur des soins, des thèmes importants ont été abordés. La diversité des interventions et la richesse des échanges, en particulier :

- > l'entretien annuel d'évaluation présenté par M^{me} Céline SOLLIER, cadre de santé en hémodialyse ;
- > les risques psychosociaux exposés par M^{me} Marie-Hélène DELANLSSAYS, cadre en rhumatologie ;
- > la démarche de bientraitance développée par M. Bruno PARRA, élève directeur des soins et modérateur de cette rencontre, ont permis de mener un travail de réflexion abouti sur des problématiques communes à tous.



> SEMAINE QUALITÉ ET SÉCURITÉ

« Engageons-nous pour des soins plus sûrs »

>> Chaque année depuis 10 ans, le CHA organise un moment privilégié de réflexion et d'échanges autour de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité. En 2011, la semaine qualité et sécurité s'est déroulée du 21 au 25 novembre dans le cadre de la campagne annuelle de sensibilisation sur la sécurité des soins lancée par le Ministère de la Santé sur le thème « Engageons-nous pour des soins plus sûrs ». Un grand merci à toutes les personnes qui se sont engagées dans l'organisation de cet événement et à tous les participants qui ont assisté aux différentes manifestations et aux formations sur l'identitovigilance, l'hygiène alimentaire, le risque infectieux et les gestes d'urgence. Depuis le 13 janvier 2012, le service qualité a déménagé au rez-de-chaussée de « La Ferme ».