

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

CHALLENGE

À LA UNE

- > Autogreffe de moelle osseuse
- > Centre de Médecine Ambulatoire
- > Éthique à l'hôpital
- > Partenariat avec le Sénégal
- > Noël Provençal



CHIRURGIE DIGESTIVE

Une excellence reconnue au palmarès « Le Point »





Imaginons la place du Centre Hospitalier d'Avignon dans les 20 prochaines années

SOMMAIRE

> Soins

- Autogreffe de moelle osseusep4-5
- Ouverture des urgences p5

> Zoom

- Chirurgie digestive.....p6-8

> Événement

- Nouveau Centre de Médecine
Ambulatoire p9

> Organisation

- Éthique à l'hôpitalp10-11

> Ouverture

- Partenariat avec le Sénégalp12-13

> Passion

- Noël Provençalp14-15

> Événement

- Congrès CREUF 2015 p16

> DIRECTEUR DE PUBLICATION

- Francis DECOUCUT

> RÉDACTEURS EN CHEF

- Alain BOHEME, Directeur adjoint, poste 3940
- Marielle PETIT DE GRANVILLE,
Responsable de la communication, poste 3981

> COMITÉ ÉDITORIAL

- Alexandra AGNEL, Qualificienne
poste 3459
- Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
- Claire CHRESTIA, Cadre de Santé, poste 3580
- Philippe DI SCALA, Stratis
- Franck HERY, Restauration, poste 3505
- Philippe MASSON, Chef de service,
Néonatalogie, poste 3665
- Magali LUC, Directrice adjointe, poste 3904
- Johanna LIOURE,
Attachée d'administration, poste 3948

> SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

04 32 75 39 02

> CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

> CRÉDIT PHOTOS

CH Avignon, G. Lougassi, INRS, Stratis, X.



> Au terme de onze années passées à la tête d'un établissement de santé comme le Centre Hospitalier Henri Duffaut, d'Avignon, l'usage voudrait que le directeur sortant présente un bilan de son action.

L'exercice aurait peu d'intérêt. Il me paraît préférable d'interroger l'avenir et d'essayer d'imaginer quelle sera la place du Centre Hospitalier d'Avignon dans le territoire de Vaucluse dans les vingt années à venir.

Répondre à cette question, c'est déjà avoir une vision prospective du territoire en termes de démographie, et anticiper l'évolution de l'exercice médical qu'il soit libéral ou public, dans un contexte de ressources limitées.

L'hôpital est le reflet de l'évolution de la société et répond aux objectifs sociaux qu'on lui assigne au-delà même de sa fonction technique. Son sort est donc intimement lié à l'organisation de la société, à la répartition des richesses, aux modalités de mise en œuvre de la solidarité sociale et aux progrès de la science.

L'hôpital des vingt prochaines années sera confronté à la mutation de la médecine libérale, et notamment l'abandon déjà fortement engagé de sa participation à la permanence des soins, au vieillissement de la population, et à la nécessité de proposer aux populations un maillage territorial pour une prise en charge graduée des pathologies.

Cela se traduira par la concentration des plateaux techniques de diagnostic et de traitement, le développement de la télémédecine et de l'ambulatorie, la mise en œuvre de systèmes d'information et de communication partagés au sein du territoire, et l'organisation d'équipes médicales communes à plusieurs sites, autant d'orientations dont les premiers jalons sont déjà posés dans notre territoire. C'est dans cette perspective que le Centre Hospitalier d'Avignon a contribué activement à la mise en œuvre d'une Communauté Hospitalière du Territoire de Vaucluse en 2012, regroupant 11 établissements sanitaires du département (hors Pertuis). Cette communauté, dotée depuis 2013 d'un projet médical de territoire, est la préfiguration du futur Groupement Hospitalier de Territoire, prévu par la loi de santé en cours d'élaboration par le Parlement.

Le partenariat au sein du Groupement Hospitalier de Territoire, c'est l'assurance, demain, de maintenir des activités et des prises en charge dans des établissements qui n'auraient pas eu la surface nécessaire pour y parvenir. C'est donc une composante majeure de l'aménagement du territoire.

Le partenariat au sein du Groupement Hospitalier de Territoire, c'est la mise en œuvre d'une prise en charge graduée, gage de sécurité et d'efficacité.

Le partenariat, c'est enfin la possibilité pour les structures médico-sociales associées, de bénéficier d'une médicalisation de leurs unités assurée par l'établissement sanitaire de proximité.

De manière concrète, dès aujourd'hui, une Fédération Médicale Inter-Hospitalière des Urgences du Sud Vaucluse regroupe au sein d'une même équipe coordonnée par le Docteur Stéphane BOURGEOIS, les urgentistes d'Avignon, Cavaillon, Apt et Carpentras, avec la mise en place d'un exercice médical en temps partagé entre l'établissement de référence (Avignon) et les établissements de proximité. Ces organisations ont permis de recruter des professionnels sur des postes vacants depuis plusieurs années. Elles permettent aussi la mise en œuvre de protocoles et de procédures communs, gage de qualité dans la prise en charge du patient.

Des consultations avancées en neurologie, oncologie, néphrologie, dépistage du VIH, le recrutement d'un médecin DIM partagé entre quatre hôpitaux ont permis de doter les établissements sanitaires du territoire de la ressource médicale spécialisée nécessaire à l'amélioration de la réponse donnée aux patients et d'améliorer leur efficacité en terme d'information médicale.

Dès aujourd'hui, la certification des laboratoires d'analyses médicales oblige les biologistes publics à rappro-

cher leurs structures afin de maintenir une offre publique dans les établissements qui n'ont pas le volume suffisant. Une réflexion sur la robotisation dans la dispensation du médicament, le regroupement en site unique de la stérilisation et de la reconstitution des cytostatiques font des activités pharmaceutiques un axe majeur des coopérations à développer au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire.

Enfin, le recours exponentiel aux urgences, la nécessité de regrouper les plateaux techniques (blocs opératoires, imagerie médicale) dans un contexte de déshérence de la permanence des soins libérale interroge le centre hospitalier de référence sur son organisation à venir pour faire face dans la qualité et l'efficacité à ses nouveaux enjeux.

Je reste persuadé que les hommes et les femmes de bonne volonté qui font aujourd'hui la qualité de l'hôpital public seront confortés dans leurs missions. Chaque année, la dépense de santé est au centre de nombreux débats, y compris parlementaires.

La dépense de santé est une richesse et, bien au-delà d'une économie fondée sur la redistribution sociale, le poids économique de la filière santé peut constituer un atout économique majeur pour un territoire comme celui du Vaucluse.


Pour ma part, onze années passées en Avignon, parmi vous, m'ont considérablement enrichi. J'ai pu constater tous les jours votre engagement, votre droiture et votre sens du service public, et j'ai été fier, tous les jours, de travailler à vos côtés, de voir cet établissement progresser malgré les difficultés, et de constater que vous savez toutes et tous porter haut ces valeurs de service public et de solidarité sans lesquelles il n'y aurait pas de société cohérente.

Soyez-en toutes et tous remerciés, et sachez que je garderai pour toujours le souvenir d'une belle aventure vécue avec vous.

Francis DECOUCUT
Directeur

« FIER, TOUS
LES JOURS,
DE TRAVAILLER
À VOS CÔTÉS »




 > CANCÉROLOGIE

Une reconnaissance officielle pour de moelle osseuse

Depuis le 1^{er} octobre 2015, date de la 1^{ère} autogreffe dans le service d'Oncologie médicale et d'Hématologie clinique, le Centre Hospitalier d'Avignon est officiellement identifié, par nos instances de tutelle, comme centre d'autogreffe de moelle osseuse.

> Depuis 2 ans, l'équipe médicale et paramédicale a acquis les compétences dans le domaine de la greffe de moelle osseuse et rédigé selon les critères JACIE (Joint Accreditation Committee- ISCT and EBMT) le process de l'organisation de l'autogreffe en collaboration étroite avec l'Institut Paoli Calmette et notamment l'équipe du Pr CHABANNON.

Une convention de thérapie cellulaire de même qu'une convention spécifique de transport de cellules-souches ont été signées permettant le transport et la réinjection du greffon au CH d'Avignon. Le parcours du patient autogreffé est long, environ 6 mois entre la décision d'autogreffe prise en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et la réalisation de la greffe. Une équipe de coordination a été mise en place. Elle assure la coordination du parcours du patient au sein du pôle et fait le lien avec l'Unité de Thérapie Cellulaire (UTC) de l'Institut Paoli Calmette (IPC) qui assure la collecte, la conservation et la délivrance du greffon. Un dossier spécifique à l'autogreffe nous permet d'identifier rapidement les patients dans ce parcours. Différents documents ont été élaborés selon les critères qualité JACIE pour permettre le suivi du patient et le partage des données, et assurer une prise en charge optimale. Un livret spécifique autogreffe constitué par l'équipe est remis au patient dès le début de son parcours. Les infirmières du secteur protégé, qui jusque-là prenaient uniquement en charge des patients atteints de leucémie aiguë, ont élargi leur champ de compétences à la prise en charge des patients atteints de myélome et de lymphome. L'équipe s'est totalement investie dans le projet et toutes les infirmières du secteur protégé ont bénéficié d'un stage d'immersion en secteur d'autogreffe au centre Lacassagne de Nice et à l'Institut Paoli

Le CHA, établissement de référence en cancérologie

Calmette de Marseille. Le partage d'expérience et la participation à la réalisation d'une ou plusieurs autogreffes dans un centre de référence nous a permis d'affiner nos procédures et d'aborder cette première autogreffe en toute sérénité. La réalisation de la première autogreffe a été un moment très émouvant pour le patient, mais aussi pour l'équipe.

Qu'est-ce qu'une autogreffe ?

La greffe autologue ou chimiothérapie intensive avec support de cellules-souches hématopoïétiques consiste à prélever des cellules-souches chez un patient et à lui réinjecter après un traitement de chimiothérapie à forte intensité.

Quelles sont les indications d'une autogreffe ?

Essentiellement les pathologies hématologiques malignes agressives que sont les myélomes multiples, les lymphomes malins non-hodgkiniens et la maladie d'Hodgkin.

L'autogreffe s'inscrit comme un traitement de consolidation après une chimiothérapie d'induction. En effet, elle ne pourra être réalisée chez un patient qu'à partir du moment où la maladie est contrôlée : en rémission complète ou partielle.

Quelles sont les étapes de l'autogreffe ?

- > La décision d'autogreffe est prise en RCP régionale.
- > Le traitement par chimiothérapie d'induction est débuté.
- > Après 3 à 4 cures, le patient se rend à l'IPC pour une cytophèse (prélèvement de cellules-souches hématopoïétiques) qui permet la constitution du greffon. Celui-ci est congelé et conservé à l'UTC jusqu'à la greffe.



l'autogreffe

- > À l'issue du traitement par chimiothérapie, le patient est évalué. Si la rémission est obtenue l'équipe médicale programme la greffe dans les 15 jours qui suivent.
- > Le patient est alors admis en secteur protégé.
- > Une chimiothérapie de conditionnement lui est administrée sur 3 heures, elle va induire une aplasie profonde.
- > 48 heures après le conditionnement, l'autogreffe est réalisée. Le greffon est décongelé à l'UTC, il est pris en charge par un transporteur agréé qui le remet à l'équipe du secteur protégé. Après les vérifications d'usage le greffon est immédiatement perfusé au patient.
- > Grâce à la réinjection des cellules-souches, le patient sort d'aplasie après 3 semaines et rentre à son domicile. Il doit encore maintenir une alimentation spécifique dite « protégée » pendant un mois.

Le suivi du patient ?

- > Le patient est revu par le médecin greffeur 8 jours après sa sortie.
- > Il voit son médecin référent 1 mois après la sortie puis de façon régulière.

En complétant l'offre de soins de nos patients, le Centre Hospitalier d'Avignon se positionne dans le domaine de la cancérologie comme un établissement de référence dans la région. Nous sommes le 2^e centre hospitalier général en France à réaliser les autogreffes de moelle osseuse.

Le patient et les familles apprécient de ne plus avoir à se rendre à Marseille où la distance limite les visites.

Pour l'équipe, ce projet, accompagné par un centre de référence, est la reconnaissance de la qualité des prises en charge en cancérologie sur le CH Avignon ainsi que l'expertise développée par l'équipe médicale et paramédicale.

Vérane BREYSSE,
Cadre de santé Onco-hématologie
Dr Borhane SLAMA,
Chef du service d'Onco-hématologie

> URGENCES RESTRUCTURÉES

Ouverture en janvier 2016

La fréquentation du service des Urgences adultes du Centre Hospitalier d'Avignon n'échappe pas à la tendance actuelle nationale d'augmentation de sa fréquentation.



> Avoisinant désormais les 60 000 passages par an, l'extension des locaux était une nécessité absolue pour accueillir convenablement les patients, tant dans ses capacités humaines qu'architecturales, et pour permettre aux professionnels de santé du service de travailler dans de meilleures conditions.

Après plusieurs années de travail et avec l'investissement du Dr Stéphane BOURGEOIS, Chef du Pôle Urgences, Réanimation, SAMU-SMUR et Activités transversales, les travaux ont commencé début 2015.

Près de 450m² ont été rénovés. Sans faire peau neuve complètement, un nouvel espace a donc été créé entre l'accueil actuel des urgences adultes et le CAP 72 (ancien SMA) et ouvrira ses portes le 4 janvier 2016.

Sans résoudre toutes les difficultés structurelles liées à l'activité, cet investissement offre de meilleures conditions de travail pour nos équipes médicales et soignantes, et permet une diminution notable de la promiscuité criante à laquelle nous sommes confrontés et qui atteint un niveau record ces derniers temps.

Dr Cyril CORRADO,
Responsable d'unité

LE SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE DU CHA

Equipe médicale

Dr. Carlos-Daniel BEYRNE
 Dr. Christian DUTARI
 Dr. Eric RASOLOFO
 Dr. Mathieu RINAUDO
 Dr. Jean-Luc SCESA
 Dr. Jérôme TOUCHET



► CHIRURGIE DIGESTIVE

1^{ère} au palmarès 2015

Comme chaque année, depuis 17 ans, le magazine « Le Point » publie son palmarès des hôpitaux et cliniques de France. Autant les professionnels de santé et les patients sont attentifs aux résultats de la certification de la HAS, autant ils le sont également au classement du « Point », car ces résultats viennent reconnaître la qualité et le savoir-faire de nos équipes. Plus de 1 000 établissements de santé concouraient. C'est dire combien ce classement est le fruit du haut niveau de qualification des équipes dans la prise en charge des patients, et de l'implication de l'ensemble des professionnels au service des usagers. L'équipe de chirurgie digestive s'est distinguée avec la 1^{ère} place pour la prise en charge de l'appendicite. Challenge a souhaité mettre à l'honneur cette spécialité et a rencontré le Dr Daniel BEYRNE, en représentation de l'équipe de chirurgie générale et digestive, pour en savoir davantage.

► APPENDICITE :
CE QU'IL FAUT SAVOIR

L'appendice est l'équivalent d'un ganglion appendu (d'où son nom) à la base du côlon droit. Il peut s'infecter et provoquer une appendicite. Cette affection est surtout fréquente chez les enfants et les jeunes adultes. L'opération classique, réalisée sous anesthésie générale, consiste à enlever l'appendice (appendicectomie) en réalisant une incision de 3 à 6 cm en regard de la partie malade. Elle n'est plus qu'exceptionnellement pratiquée de cette façon dans certains centres. Car depuis quelques années l'opération est aussi possible par coelioscopie, technique moderne en plein essor. Les douleurs postopératoires sont habituellement modérées, l'alimentation est reprise dès le lendemain de l'intervention, et l'hospitalisation ne dépasse pas, en l'absence de complications (infection), deux jours. Selon le degré d'infection de l'appendice, un arrêt de travail de plusieurs jours est nécessaire. Pour les écoliers, le retour à l'école est possible au bout d'une semaine, mais une dispense de sport est recommandée pendant une quinzaine de jours.

► Challenge : Pourquoi avez-vous choisi d'exercer la chirurgie digestive ?

Dr Daniel BEYRNE : « Durant la formation de chirurgien, souvent, le choix de la spécialité réside dans l'admiration que peut susciter le chirurgien qui vous forme et vous transmet sa passion. Pour ma part, c'est de cette manière que cela s'est passé. »

Comment évolue l'activité de votre service ?

Dr D. B. : « L'activité de chirurgie digestive progresse sans cesse. C'est en grande partie dû à la forte augmentation des urgences qui représentent 28 % de l'activité de notre service. Nous avons établi un réseau avec les médecins généralistes et spécialistes de ville qui nous adressent des patients vers le CHA du fait de la confiance qui s'est installée avec les confrères durant ces dernières années. »

Parmi toutes les interventions que vous pratiquez, quelle part occupe l'appendicectomie ?

Dr D. B. : « L'activité d'appendicectomie représente en moyenne 1 patient opéré chaque jour. Le reste de notre activité est constituée de chirurgie du cancer, chirurgie bariatrique, chirurgie biliaire, chirurgie des parois (hernies), et la colo-proctologie en général. »

En 2014, vous étiez classé 5^e. En 2015, vous êtes sur la plus haute marche du podium. Comment l'expliquez-vous ?

Dr D. B. : « Depuis 10 ans, la physionomie de l'équipe a changé. Elle est composée de chirurgiens et de paramédicaux qui travaillent dans une dynamique commune et une confiance partagée. Nous avons réussi d'ailleurs à nous imposer dans un secteur d'activité très concurrencé par les cliniques privées et les CHU. Ce résultat est le fruit de l'étroite collaboration avec les services de Gastro-entérologie, d'Imagerie médicale et Urgences, Réanimation du CHA. Dans ce contexte favorable, le développement de la cœlioscopie a permis l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Toutefois, il est difficile d'expliquer comment nous sommes passés de la 5^e à la 1^{ère} place pour la prise en charge de l'appendicectomie. Plusieurs facteurs concomitants peuvent en être à l'origine. Disons que cette progression est liée au nombre d'appendicectomies réalisées combiné au pourcentage de recours à la technique employée : la cœlioscopie et les résultats post-opératoires. La formalisation de protocoles a également permis d'améliorer la qualité des résultats du service. »



du magazine « Le POINT »

Comment ce résultat a-t-il été vécu par votre équipe ?

Dr D. B. : « Pas de triomphalisme, nous sommes premiers et c'est très bien. Nous avons félicité toutes les équipes médicales et paramédicales pour la qualité du travail qu'elles fournissent au quotidien. Il est important de rester humble face à ce résultat, c'est de cette façon que nous assurerons la continuité de notre succès et la qualité des soins prodigués aux patients. En chirurgie, dès que l'on pense être le meilleur, nous commettons inévitablement des erreurs. Ce résultat n'est pas une fin en soi. L'idée est de continuer à progresser. Pour cela, l'auto-évaluation et les revues de morbidité/mortalité nous guident et nous permettent de faire évoluer nos pratiques. »

Vous êtes également classé 49^e pour la chirurgie de la vésicule biliaire. Pouvez-vous nous en dire quelques mots ?

Dr D. B. : « La 49^e place pour la prise en charge de la vésicule biliaire réside aussi dans la forte activité qui s'est développée au CHA. »

Vous faites référence à la célioscopie. S'agit-il d'une nouvelle technique chirurgicale employée ?

Dr D. B. : « Nous avons recours à la célioscopie pour 70 % des patients. Sans parler de technique révolutionnaire, celle-ci améliore nettement le confort du patient et réduit la durée moyenne de son séjour. Nous avons d'ailleurs étendu cette technique à d'autres domaines d'interventions tels que les pathologies des parois, les cancers digestifs et les urgences. »

La célioscopie est-elle une réponse au virage ambulatoire prévu dans le plan triennal 2015-2017 des pouvoirs publics ?

Dr D. B. : « Même si la célioscopie présente de nombreux avantages pour le patient, il subsiste des pistes d'amélioration pour permettre le recours systématique à la chirurgie ambulatoire. Par exemple, la chirurgie de la vésicule biliaire devrait bénéficier davantage de la chirurgie ambulatoire, en dehors des patients dits compliqués car ceux-ci sont encore trop fragiles pour quitter le service le soir même de l'intervention. »

Quelles autres chirurgies pratiquez-vous ?

Dr D. B. : « Nous pratiquons la chirurgie bariatrique. En 4 ans, plus de 200 patients ont été opérés avec d'excellents résultats. À ce titre, nous sommes devenus un centre reconnu dans ce domaine, et notre réputation nous permet d'accroître cette activité. La réussite de ces interventions réside dans la sélection rigoureuse des patients. La liste d'attente est en effet très longue avant qu'un patient puisse être opéré. Cette pathologie est très complexe et requiert des techniques très pointues assurées par le Dr Christian DUTARI, et des pratiques pluridisciplinaires qui nécessitent une étroite collaboration avec le Dr Marthe GROS et M^{me} Nathalie CHAPELOT, Diététicienne, pour s'assurer que les résultats de la prise en charge perdurent. De plus, l'oncologie colorectale représente une grande part de notre activité. Nous travaillons en partenariat avec les services d'Onco-hématologie et Gastro-entérologie du CHA, ainsi qu'avec l'Institut Sainte Catherine, les centres hospitaliers d'Apt et Cavaillon, et nos confrères de ville. »

UN PEU D'HISTOIRE SUR LES OPÉRATIONS DE L'APPENDICITE

La première appendicectomie réussie serait l'œuvre de Claudius Amyand à Londres en 1735 : elle était le fruit du hasard puisque c'est en opérant une hernie qu'il avait découvert un appendice perforé. Le patient - miraculeusement - guérit... La difficulté ne résidait pas tant dans le geste technique, que dans la compréhension de la maladie : il fallait découvrir le point de départ de la maladie et imaginer que l'ablation de ce petit organe permettait de l'enrayer. Et cette compréhension du mécanisme se fit attendre. En 1886, Reginald Fitz, anatomo-pathologiste de Harvard, publia les résultats d'une étude portant sur 500 personnes décédées d'appendicite (on disait à l'époque pérytyphite ; c'est Fitz, d'ailleurs, qui créa le terme d'appendicite), et incrimina formellement l'appendice comme responsable des abcès et péritonites. Il en recommanda l'ablation rapide. Paul Georges Dieulafoy fut le premier médecin français, en mars 1896 à donner de l'appendicite une description détaillée.



Challenge : Votre métier requiert beaucoup de concentration comment faites-vous pour rester imperturbable au bloc ? Avez-vous des astuces ?

Dr D. B. : « Le stress au bloc opératoire existe toujours. Cependant, il est maîtrisé. Notre équipe est dotée d'une solide expérience qui favorise la sérénité au sein du bloc. Chaque chirurgien a sa technique. Certains écoutent de la musique, d'autres préfèrent parler. Personnellement, je n'ai pas de préparation particulière. Simplement, je préfère opérer dans le silence et le calme. Les temps changent, et au bloc aussi. Avant le bloc était « sacré », maintenant c'est moins le cas. Les va-et-viens sont source de déconcentration. Il faut donc les maîtriser. Évidemment, la responsabilité du patient est entre les mains du chirurgien et de l'anesthésiste, néanmoins la réussite de l'opération est conditionnée par le travail de toute l'équipe paramédicale. »

Challenge : Comment rassurez-vous le patient avant le passage au bloc ?

Dr D. B. : « Plus le patient est informé sur sa prise en charge, plus il sera rassuré et donc déstressé. Le chirurgien informe le patient systématiquement à chaque consultation pré-opératoire. Ensuite, les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s prennent le relais pour expliquer les différentes étapes de sa prise en charge. Une seule explication est insuffisante. Il est nécessaire de lui expliquer à plusieurs reprises le déroulement de l'opération. Les professionnels paramédicaux de chirurgie digestive sont formés au sein du service même et par le service de Gastro-entérologie afin de maîtriser les savoirs des spécialités chirurgicales et être précis dans les réponses à donner au patient. Bien que le médecin soit responsable de l'information, le patient pose plus de questions aux infirmier(e)s et aux aides-soignant(e)s du fait de leur présence permanente à ses côtés. Nous avons donc choisi de former nos équipes à la pathologie digestive. »

Challenge : Quelles sont les ambitions stratégiques du service de chirurgie digestive ?

Dr D. B. : « L'ambition du service de chirurgie digestive est de poursuivre la dynamique impulsée.

Outre la volonté d'améliorer de façon continue les pratiques, un levier important concerne le recrutement des internes. Nous avons renouvelé notre équipe en 2009. Je me suis rapproché de la faculté de médecine de Marseille pour établir des relations d'échange avec notre service et recevoir régulièrement des internes en chirurgie. Depuis, nous avons la joie de partager nos connaissances avec de jeunes internes toujours motivés qui nous permettent d'évoluer régulièrement dans nos pratiques. En 2013, nous avons pu créer un poste d'assistant, et vu l'attractivité de notre service, nous accueillons chaque année de jeunes chirurgiens ayant fini leur internat et souhaitant exercer une activité à trait à la chirurgie digestive. »

Challenge : Quels conseils donneriez-vous à une personne souhaitant devenir chirurgien ?

Dr D. B. : « Chirurgien est un « métier passion ». La chirurgie a évolué. Le métier de chirurgien doit s'enrichir d'une maîtrise en techniques mini-invasives, robotiques, et en informatique, qui ont changé la configuration traditionnelle de notre métier et qui engage de plus en plus de jeunes médecins à l'exercer. Par ailleurs, le temps de travail a également changé avec une charge administrative significative au détriment du temps passé au bloc opératoire. Nous devons optimiser ce temps pour apprendre davantage de nouvelles techniques et maintenir une formation continue. Le leadership en chirurgie doit être enseigné aux jeunes médecins, en dehors de la capacité naturelle de chacun, compte-tenu que le patient fera confiance plus facilement à une équipe bien encadrée. Il ne s'agit pas de créer des chefs mais d'enseigner le management à tous les niveaux. »



PORTUGAL L'ANTI-GÂCHER | LA CHARGE DE CYNTHIA FLEURY
Le Point

» « PALMARÈS LE POINT »

Zoom sur la méthode de calcul utilisée

» Pour établir ce classement des meilleurs hôpitaux et cliniques dans respectivement 62 et 37 disciplines médicales et chirurgicales, « Le Point » adresse d'abord un questionnaire, à 522 établissements publics ou privés à but non lucratifs participant au service public hospitalier et à 572 établissements privés à but commercial, ainsi qu'à 48 centres de la vision pratiquant exclusivement la chirurgie réfractive. L'essentiel des questions porte sur les moyens matériels et humains dont disposent ces structures et qui garantissent un niveau plus ou moins élevé de sécurité et de qualité des soins en chirurgie, cardiologie, réanimation et plusieurs autres spécialités médicales. Pour 2015, 286 hôpitaux, 336 cliniques et 14 centres de la vision ont répondu à ce questionnaire. Dans un second temps, les journalistes du « Point » s'appuient sur le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI). Obtenue après avis positif de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) auprès de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), cette base de données contient les 23,4 millions de dossiers médicaux informatisés et anonymisés des patients hospitalisés en 2012, dont 15,9 millions dans le secteur public et 7,5 millions dans le secteur privé. Elle permet d'analyser finement les actes médicaux et chirurgicaux pratiqués dans chaque établissement. Les notes attribuées résultent de la combinaison des critères suivants :

- > activité
- > notoriété
- > ambulatoire
- > technicité
- > spécialisation
- > cœliochirurgie
- > indice de gravité des cas traités
- > durée de séjour
- > évaluation de la mortalité.

Chaque équipement et/ou chaque spécialiste présent ou absent, chaque critère fait l'objet d'une pondération particulière, et une note sur 20 est attribuée à tous les hôpitaux et toutes les cliniques pratiquant l'activité classée.

D'autres équipes du Centre Hospitalier d'Avignon figurent au palmarès 2015. Leurs résultats rejaillissent sur l'image de notre établissement puisqu'elles sont citées à 10 reprises.

- > La Cardiologie est classée 35^e dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde.
- > La Chirurgie digestive est 1^{ère} dans l'activité d'appendicectomie, 39^e en proctologie, 45^e dans la prise en charge des hernies abdominales, et 49^e pour la chirurgie de la vésicule biliaire.
- > La Chirurgie vasculaire obtient la 24^e place pour la chirurgie des varices, et la 49^e pour la chirurgie des carotides.
- > L'Ophtalmologie est classée 15^e pour la chirurgie de la rétine.
- > La Pédiatrie est 31^e dans l'activité de chirurgie infantile et dans la prise en charge des urgences pédiatriques.



NOUVEAU CENTRE DE MÉDECINE AMBULATOIRE

Restructurer est gage de qualité

En septembre, Challenge annonçait l'ouverture du Centre de Médecine Ambulatoire. C'est chose faite : ce secteur a ouvert ses portes le 4 novembre 2015.

> Situé au 1^{er} étage de la zone E et ouvert du lundi au vendredi de 7h30 à 18h30, le Centre de Médecine Ambulatoire accueille les patients qui viennent pour un bilan diagnostique ou un traitement itératif nécessitant une hospitalisation d'une durée inférieure à 24 heures, et relevant des spécialités médicales suivantes : Dermatologie, Douleur, Endocrinologie, Gastro-entérologie, Gériatrie, Hématologie, Infectiologie, Médecine interne, Neurologie, Pneumologie, Rhumatologie. Jusqu'alors, ces patients étaient pris en charge dans les différents secteurs d'hospitalisation complète de médecine ou à l'Hôpital de Jour de Gériatrie (anciennement positionné au Village).

Nouvelle équipe, nouvelle organisation

L'équipe se compose de 5 infirmières, 2 aides-soignantes et 1 agent des services hospitaliers, qui travaillaient auparavant dans des secteurs ayant fait l'objet de restructurations (endocrinologie, dermatologie).

Concernant l'Hôpital de jour de Gériatrie, cette localisation permet aux patients d'être à proximité du plateau technique afin d'éviter les déplacements en ambulances au sein du CHA. En effet, ces patients peuvent présenter des troubles cognitifs et être facilement désorientés.

De plus, le Centre de Médecine Ambulatoire travaille en collaboration avec l'équipe des Consultations Douleur. Une fois les traitements administrés par les IADE des Consultations Douleur, les patients sont accueillis au Centre de Médecine Ambulatoire pour la surveillance. À l'instar de la prise en charge qualitative offerte en chirurgie ambulatoire, ce centre permet aux patients de bénéficier d'un circuit de prise en charge lisible et efficace, facilement accessible, et organisé spécifiquement pour ses besoins.

De plus, le regroupement de toutes les activités d'hospitalisation de jour sur le plateau du 1^{er} étage a pour objectif d'améliorer la maîtrise du parcours du patient externe dans l'établissement.

Une restructuration complète du Pôle Médecine

La création de cette unité s'inscrit dans le « virage ambulatoire » prévu par la loi de santé des pouvoirs publics dans le cadre du plan triennal 2015-2017 et dans les orientations stratégiques du Projet d'Établissement 2013-2017 du CHA. En outre, elle fait partie d'un projet global de restructuration du Pôle Médecine, initiée par le Dr Pierre GOBERT, ancien Chef du Pôle Médecine, et poursuit plusieurs objectifs afin d'optimiser la prise en charge des patients et mutualiser les ressources :

- > individualiser une 2^e structure d'hospitalisation programmée avec un Hôpital de Semaine de 8 lits au 3^e étage de la zone A (sud) mis en service simultanément,
 - > regrouper l'hospitalisation complète de Dermatologie (8 lits) et Rhumatologie (12 lits) au 3^e étage de la zone A (sud),
 - > regrouper la Médecine interne, l'Infectiologie et le Service Médical d'Accueil au 6^e étage de la zone A.

la maîtrise du parcours du patient externe

Cette organisation a également l'avantage de préserver la programmation de ces activités médicales, y compris en période de tension sur les lits d'hospitalisation traditionnelle. Elle donne, de plus, une marge de manœuvre complémentaire en hospitalisation complète pour répondre à la poursuite prévisible de la hausse d'activité.

Claire CHRESTIA
Cadre supérieure du Pôle Médecine

Vivons l'éthique



Le Comité Local d'Éthique

Se poser en permanence la question de l'autre dans la relation de soins est l'un des fondements de la démarche éthique. Alors qu'en est-il de l'éthique au cœur des pratiques ? Le Comité Local d'Éthique (CLE) du CHA s'est donné pour objectif en 2016 de développer la place de l'éthique au sein de l'établissement. Pour en savoir davantage, Challenge a rencontré le Dr Fabienne BRANCHE, Présidente du Comité d'éthique du CHA.



Dr Fabienne BRANCHE

➤ **Challenge : Quelle est l'ambition du Comité Local d'Éthique pour « Vivons l'éthique à l'hôpital » et pourquoi ?**

Dr Fabienne BRANCHE : « Après bientôt 10 ans d'existence, nous constatons que le Comité Local d'Éthique semble surtout actif à l'intérieur du comité : plénières, groupes de travail, conférences, formation... Pourtant, nous savons que le souci éthique de nos missions est bien sûr partagé et va au-delà des seuls membres du CLE. Les services de soins invités à nos dernières réunions plénières nous l'ont bien montré ! C'est pourquoi nous avons lancé cette

année le thème de travail « Vivons l'éthique à l'hôpital ».

Nous avons l'ambition de lancer des passerelles entre le CLE et tout le CHA afin de nous faire connaître et de mieux vous connaître, et de partager nos réflexions et d'écouter les vôtres. À l'aide de chaque expérience, longue ou courte, émanant de chaque métier dont la multiplicité dans l'hôpital fait sa richesse, nous pourrions enrichir la nôtre. L'éthique, c'est l'histoire de tous, il n'est pas question d'élitisme mais de « savoir être » au travail, et si nous avons choisi l'hôpital, c'est aussi pour cela. »

à l'hôpital



Le Droit décide, la morale commande, l'éthique recommande

Quelles actions vont être mises en place ?

Dr FB. : « Nous avons réfléchi ensemble. Certains membres du CLE sont mobilisés pour vous rencontrer lors de la journée des soignants. D'autres vont rencontrer les internes lors d'une soirée de travail. Le groupe de travail Santé & Nouvelles technologies sera présent au Forum Santé 2016. Nous envisageons un affichage dans les salles de soins pour vous rappeler que nous sommes là et que vous pouvez nous interpeller. Nous aimerions également vous rencontrer soit lors d'une invitation d'un service en plénière, comme cela a déjà été fait avec les services de Néphrologie et Hémodialyse, soit par le biais d'une saisine (questionnement sur un thème ou un cas). Cela peut paraître ambitieux. Toutefois, cela ne peut fonctionner que si vous, personnels du CHA, vous nous sollicitez... pour que l'éthique soit davantage une réalité de terrain qu'une réflexion, certes, intellectuellement intéressante mais relativement peu enrichissante car elle manque de ce qui fait notre métier : l'apport humain. Malgré nos préoccupations du quotidien, prenons donc le temps de faire un bout de chemin ensemble autour de ce qui ne rapporte rien mais qui doit être une vraie valeur : la réflexion autour du soin. »

Quel est l'objectif final d'une telle démarche ?

Dr FB. : « Le CLE aimerait, dans la mesure de ses possibilités, apporter son concours autour de certains questionnements, sans pour autant apporter les réponses,

simplement donner une méthode et y associer des personnes extérieures à votre service pouvant donner un autre « éclairage » à l'histoire.

Nous ne sommes pas une société savante, pas d'avantage un tribunal, nous ne revendiquons rien, nous voulons simplement échanger autour de ce qui est notre quotidien : la maladie et ses contraintes, la société, les progrès médicaux, l'autonomie des malades, la bienfaisance et la non-malfaisance vis-à-vis de ce même patient, l'équité des soins, etc. Enfin, le CLE peut faire le lien avec les comités d'autres établissements et avec l'Espace Ethique Méditerranéen, l'organe universitaire de notre région, qui peut proposer des formations, de la documentation, des conférences sur des thèmes bien précis : dialyse, fin de vie, pédiatrie, génétique, gériatrie, démence, etc. »

Propos recueillis par

Marie-Laure MOLINIER,

Secrétaire du Comité Local d'Éthique

Claire CRESTIA,

Cadre supérieur du pôle Médecine

Jean-Luc ARMONICO,

DIM

CONTACT

Vous souhaitez intégrer le CLE ?
Face à une situation qui vous pose problème, vous souhaitez « saisir » le CLE pour avoir son avis ?
comite_ethique@ch-avignon.fr
04 32 75 31 55



UN LOGO, POUR QUOI FAIRE ?

L'abréviation CLE nous a inspirés ! Le CLE ou la CLÉ ? Sans vouloir nous positionner comme LA solution, loin de là, nous sommes certains que prendre du recul, se poser à plusieurs les questions essentielles sur nos métiers, nos missions, la place des personnes... permet d'ouvrir les portes, celles de nos esprits et de nos actions au quotidien. En ce sens, l'éthique est aussi une clé !

LE COMITÉ LOCAL D'ÉTHIQUE EN BREF

- > 2006 : naissance au CHA
- > Une trentaine de membres parmi la direction, la CME, les personnels du CHA de tous métiers et des invités : juriste, philosophe, représentants du Conseil de l'Ordre des médecins, de l'IFSI, des usagers, des cultes...
- > 5 réunions plénières par an
- > 2 à 3 groupes de travail thématiques chaque année
- > Des saisines discutées en plénières ou en bureau pour plus de réactivité
- > Des conférences où sont invités les CLE des établissements de santé du Vaucluse
- > Sa mission : favoriser la réflexion sur le sens du soin, faire vivre l'éthique dans l'établissement !

PARTENARIAT AVEC LE SÉNÉGAL

« Enseigner, c'est apprendre deux fois »

Gros plan sur un partenariat qui s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre le service de Cardiologie interventionnelle du Centre Hospitalier d'Avignon et le service de Cardiologie de l'hôpital Fann de Dakar.

> Le Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNU), parfois connu sous le nom d'École de Fann ou École de Dakar, est un établissement de niveau 3 se situant au sommet de la pyramide sanitaire du Sénégal et spécialisé en chirurgie cardiaque pédiatrique.

Situé sur un bassin de population d'environ 7 millions d'habitants, il bénéficie d'une attractivité importante auprès de pays limitrophes. Dans le cadre d'une coopération sur les prises en charge pédiatriques, les équipes de l'hôpital Fann ont rencontré les équipes de cardiologie du CHA en mars 2013. De cette rencontre est née la volonté de développer l'activité de cardiologie interventionnelle sur le CHNU. Ce travail de collaboration s'effectuera lors de quatre missions (entre juin 2015 et début d'année 2016) avec la participation pour chacune d'entre elle, d'un cardiologue interventionnel et d'un soignant du CHA. Notre établissement recevra également à

deux reprises les équipes du service de cardiologie de Dakar. Les deux premières visites ont respectivement eu lieu en juin et septembre 2015. C'est ce retour d'expérience que nous vous présentons succinctement.

Présentation du service de Cardiologie du CHNU

Le service de Cardiologie occupe un pavillon de deux étages. Le rez-de-chaussée du service comprend une unité de consultations, une unité de soins intensifs composée de 3 lits et d'une couveuse, une salle des manipulateurs ainsi qu'une salle de cardiologie interventionnelle. Une réserve permet le rangement du stock de dispositifs médicaux et de produits utiles aux interventions pratiquées en salle interventionnelle. Un bureau est utilisé à la fois par le cadre de santé des unités de cardiologie mais aussi par les médecins pour recevoir les patients.

Deux bâtiments sont actuellement en construction : l'un dédié à la cardio-pédiatrie financée par la Chaîne de l'espoir, l'autre comprenant des lits d'hospitalisation et des salles de consultations. À l'étage, l'unité d'hospitalisation traditionnelle de cardiologie se compose d'un poste infirmier, d'une salle de 5 lits et d'une chambre à 2 lits. L'hôpital est équipé en imagerie cardiaque : écho-dobutamine, coroscanner et IRM cardiaque.



Première mission du 22 au 26 juin 2015 avec le Dr Jean-Lou HIRSCH et Edith LARDERET

Lors de ce premier séjour, les objectifs consistaient à :

- > faire un état des lieux organisationnel de l'unité où sont réalisés les actes de cardiologie interventionnelle,
- > réaliser une observation des règles d'hygiène en cours, tant sur l'entretien des locaux que sur les pratiques du personnel,
- > lister les besoins et la gestion du stock du matériel spécifique à cette activité,
- > réaliser des interventions d'angioplastie coronaire avec formation des médecins attachés à cette activité.

L'unité de cardiologie interventionnelle a commencé son activité de coronarographie en 2013 et a réalisé depuis janvier 2015 : 39 coronarographies et 8 angioplasties auxquelles on ajoute les 6 coronarographies et les 8 angioplasties effectuées pendant la semaine. À leur arrivée dans le service, le Dr Jean-Lou HIRSCH et Edith LARDERET ont été chaleureusement accueillis par le Pr Ibrahim Bara DIOP et son équipe.

La première journée de la mission débute avec le staff médical au cours duquel sont exposés tous les cas pouvant éventuellement bénéficier d'une angioplastie coronaire sur la base des dossiers médicaux et des films de coronarographie réalisés dans le service. Le programme interventionnel est validé après concertation. 11 patients ont été pris en charge pendant la semaine. Durant les 3 premiers jours, les techniques de la cardiologie interventionnelle

sont enseignées par le Dr HIRSCH aux professionnels sénégalais qui les mettent en application le dernier jour. L'expertise d'Edith LARDERET permet d'apporter des éléments de structuration des soins : organisation de la salle, traçabilité du matériel et gestion de celui-ci, procédures et techniques de nettoyage pour l'entretien des locaux, organisation du temps et rôle de chacun. Un important travail est mené afin d'améliorer le rangement et la réorganisation de la salle interventionnelle.

À la fin de son intervention, Edith LARDERET exprime le plaisir d'avoir pu effectuer cette mission, et souligne le vrai travail de collaboration instauré grâce au dynamisme et à l'enthousiasme de l'équipe. La motivation et l'engagement du Pr DIOP et de son équipe sont également reconnus par le Dr HIRSCH.



Deuxième mission du 5 au 9 octobre 2015 avec le Dr Michel PANSIERI et Pascale LEROY

La semaine débute par le staff médical et la présentation de 16 cas de patients dont 12 sont retenus. L'équipe avignonnaise doit faire face à des patients complexes avec une majorité de pluri-tronculaires et de diabétiques. Plus de la moitié des patients ont été hospitalisés pour un infarctus du myocarde. Au total, 8 indications d'angioplasties sont retenues. Chaque matin, l'équipe débriefe sur les patients opérés la veille. Ce temps, utile pour la pédagogie, l'est également pour une prise en charge du patient optimale. Le deuxième jour de la mission est marqué par la première pose d'un stent sur le tronc à FANN !

Par la suite, l'équipe sénégalaise procède aux interventions programmées sous l'œil attentif et

bienveillant du Dr PANSIERI.

Fort de cette expérience, le Dr PANSIERI se réjouit « le Pr DIOP s'est félicité de la qualité de cette semaine passée ensemble et a souhaité que notre équipe d'Avignon revienne pour de prochaines missions. En attendant, il est prévu qu'un binôme Médecin/IDE de Fann vienne passer une semaine dans le service de cardio du CH Avignon début 2016 ». Et ajoute : « cette mission a pleinement répondu à nos attentes. Nous espérons qu'elle a également répondu à celle de l'équipe du Pr DIOP, à savoir apporter notre expérience et notre aide organisationnelle dans la gestion d'un nombre conséquent d'angioplasties complexes ».



Les principaux enseignements de ces missions

Le dynamisme et la motivation des professionnels ont rendu ce travail en commun très enrichissant pour tous. Grâce à la volonté des deux équipes, un véritable dialogue s'est instauré afin de trouver des solutions aux problèmes soulevés.

Au Sénégal, le médecin doit prendre en compte l'environnement social et géographique des patients soignés (observance, capacité financière suffisante, assurance souscrite), pour mettre en place le traitement le plus approprié. Le suivi des patients venant des régions éloignées de Dakar ou pays limitrophes n'est pas simple. Un réseau de cardiologues et de médecins traitants permet cependant de prendre le relai à la sortie de l'hospitalisation.

La culture de prévention existante au sein du service est satisfaisante. L'éducation thérapeutique a vocation à se développer avec une IDE qui prendra le temps d'expliquer aux patients l'intérêt de la prise de traitement au long cours. Le développement de l'activité de cardiologie interventionnelle implique la formation prochaine des personnels de Fann aux gestes d'urgence.

L'équipe avignonnaise a sensibilisé les équipes sénégalaises aux enjeux de la radioprotection. Des mesures doivent être

prises en œuvre : adaptation des locaux, dosimétrie pour les patients.

L'approvisionnement en matériel et dispositif médical constitue un enjeu de taille pour la structure sénégalaise. Actuellement, l'établissement ne dispose pas de fonds dédiés à l'investissement médical. Les DM utilisés proviennent essentiellement de dons du Lions Club et de la Chaîne de l'espoir.

Ce financement ne saurait être pérenne. Les utilisateurs doivent pouvoir bénéficier d'un circuit simple pour la gestion et le suivi des commandes afin de pouvoir mieux anticiper sur les interventions à réaliser. Les équipes avignonnaises envisagent donc d'intervenir auprès de différents fournisseurs du marché français. Le prix des médicaments constitue également une problématique, certains traitements de base sont beaucoup plus chers au Sénégal qu'en France (c'est le cas par exemple de l'héparine).

En résumé

Cette expérience a été très enrichissante pour les équipes avignonnaises qui ont rencontré d'autres cultures professionnelles et ont été confrontées à des conditions de travail beaucoup moins confortables. Elles ont toujours eu à cœur de traiter le patient le mieux possible avec les moyens mis à leur disposition. Un temps

d'adaptation a donc été nécessaire, se traduisant notamment par une prise en charge graduée des patients du moins complexe au plus complexe tout au long des séjours. Les personnes prises en charge dans le cadre de ce partenariat, ainsi que leur famille, ont été particulièrement reconnaissantes de l'aide française apportée aux équipes locales.

Si le développement de l'activité de cardiologie interventionnelle sur le CHNU de Fann a été l'objectif initial du partenariat avec le CH d'Avignon, il n'en demeure pas moins que ces missions constituent de véritables expériences humaines pour l'ensemble des professionnels.

Jean-Lou HIRSCH, Edith LARDERET, Michel PANSIERI et Pascale LEROY ont pu partager leur expérience. Pour réaliser ces missions, ils sont sortis de leur confort de travail habituel tout en ayant à cœur de traiter le patient le mieux possible. Ils ont appris à travailler avec les moyens à leur disposition. Finalement « Enseigner, c'est apprendre deux fois » (Joseph Joubert, 1754-1824).

Aurélien BARATIER,
Elève directrice

Johanna LIOURE,
Attachée d'administration

Tout savoir sur le

À l'approche des fêtes de fin d'année, Challenge a souhaité vous éclairer sur les traditions provençales et gourmandes de Noël.



➤ Écoutez ce 24 décembre, les collines de Provence chantent. Quels sont ces enfants qui s'égaillent, faucilles ou sécateurs en mains, chantant et riant, coupant la verdure qui va décorer la table et la maison ? Verdre oui, mais pas n'importe laquelle ! La Farigoule (le thym) dont les branches bien taillées font de petits oliviers, lou verbouisset (le petit houx), lou faveloun (le laurier-tin) dont les branches autrefois étaient garnies d'oranges et de gaufres, l'euse (le lierre) pour faire des bordures ou des chemins de table et enfin lou roumanin (le romarin) aux fleurs bleues ciel.

Les banastes sont pleines, allez zou ! Il est temps de rentrer car il faut s'affairer, les douze coups de minuit approchent !

Commençons par dresser LA TABLE

Une belle nappe blanche. Une ? Non 3. Sus la triplo touai blanco (Mistral Memori), la plus grande, la moyenne, la plus petite, afin de bien les compter. Chaque nappe est destinée à un repas (une pour le gros souper, une pour le repas de Noël et une pour le lendemain de Noël). La maîtresse de maison garnit la table avec ce que l'on a de plus beau, sans oublier le centre de table : une vasque d'eau dans laquelle au moment de rompre le pain, la maîtresse de maison dépose 7 roses de Jéricho (rose de Judée), autrefois achetées lors de la foire de Beaucaire, aujourd'hui introuvable et remplacée par une rose de Noël. N'oublions pas les 3 seitoun, les 3 coupelles de blé semées à la Sainte-Barbe (le 4 décembre) et leurs 3 bougies. Allez, maintenant, il est temps de passer en cuisine...

LOU RABALUN DOU GROS SOUPA (le menu du gros souper)

Le menu du gros souper, parfois appelé (sant crebassi) que Mistral traduit par « *mardi gras, repas où l'on mange avec excès* », rappelle le bon mot de l'enfant à qui l'on demandait ce qu'était Noël et qui répondait « *c'est le jour où l'on mange le plus !* ». Gros souper, oui ! Mais Maigre. Ah ! La liste est longue en fonction des traditions familiales. Cependant, celles-ci ont toutes un point commun : des plats de saison issus de produits du terroir et des jardins. Chacun fait selon ses moyens et des réserves dont il disposait au grenier ou à la cave. Ainsi, comme le disait le Maître de Maillane, « *tour à tour paraissent sur la table les plats sacramentaux* », les escargots, pour lesquels chacun utilisait un long clou neuf, ou une longue épine d'acacia, la morue frite, le muge aux olives, la carde, les cardons, le céleri à la poivrade, suivi d'une série de gourmandises.

Le repas commence traditionnellement par une soupe, qui peut être de chou-fleur, de pois cassés, d'oignons, de lentilles, de lasagnes comme dans la Drôme, ou de cruzets comme dans les Alpes. S'en suivent les entrées : les ravioles des Alpes, les fougasses aux grattelons, l'omelette, les escargots (en chantant la sourneto enfantine : cacalaus, mourgueto, sorte ti baneto, o vau dire au manescau, que t'escrase ton oustau). Des poissons sont également servis : la morue, l'anguille, le muge, le thon ou le poulpe en daube. Les légumes d'hiver et du terroir ne sont bien sûrs pas oubliés : la carde, l'épinard,

le panais, les salsifis, le gratin de côte de blettes ou les lentilles. La salade précède le fromage ; traditionnellement une frisée, mais jamais une romaine. Trouvez pour quoi ! Les fromages frais de chèvre ou à pâte cuite tiennent également leur place dans ce repas maigre. Mais voilà le plus important... les desserts.

LES 13 DESSERTS

Événement tant attendu du gros souper et dont la tradition est largement connue au-delà de nos belles collines de Provence, les 13 desserts terminent ce repas maigre. La liste diffère selon les familles, et bien que ce soit de tradition récente (début du XX^e siècle), tout le monde est d'accord, il en faut 13 ! Mais la liste est longue, à vous de choisir les 13.

On retrouve traditionnellement :

- > La pompe, mélange de farine, d'huile d'olive et de levain, ajourée de 4 trous.
- > Les 2 nougats : le noir et le blanc (amandes et miel de pays). Le savez-vous ? Le ruban rouge autour du nougat noir symbolise le feu sur lequel il a cuit. Le ruban bleu du nougat blanc, l'eau du bain-marie où il a cuit.
- > Les mendiants (Li Pachichoï). Ils représentent les 4 ordres religieux selon la couleur de leurs habits. Les figues sèches (Li figo séco) représentent les franciscains ; les amandes (Li amelo), les dominicains ; les noix (Li nose), les augustins et les noisettes (Li avelano), les carmes. On retrouve également les raisins secs (Li passariho) et les dattes (Li dati) qui représentent l'Orient.

Noël Provençal



IDÉE RECETTES : CUISINONS LA CARDE !

Ingrédients :

- > 2 kg de cardes
- > 3 CàS de vinaigre de vin
- > 1 jus de citron
- > 1 CàS de farine + 40g
- > 60g de beurre
- > 0.5 litre de bouillon
- > 50g de râpé
- > sel poivre et muscade



- > Les fruits frais : pommes, poires, melon vert, oranges et mandarines.
- > Les fruits secs : pruneaux.
- > Les confiseries : calissons, pâte de coing.
- > Les pâtisseries : lis auriheto (les oreillettes), les tians, les panades.

On retrouve également des desserts plus modernes tels que les chocolats et autres papillotes, les marrons glacés, la bûche pâtissière dont l'histoire vous sera contée plus bas...

Placez-les sur la table et ce jour-là, les enfants se servent sans permission. Les douze coups de minuit approchent, la table est dressée, le repas est prêt. Nous mettons-nous à table ? Eh non ! Anon paso cachio-fio.

CACHIO-FIO !

Le cachio-fio se dit aussi Calendau, ce qui signifie déposer la bûche de Noël dans le foyer. Mais, encore faut-il avoir une cheminée, d'où la bûche pâtissière aujourd'hui ! La cérémonie du feu est une tradition très ancienne qui lie le passé et le présent. Le plus ancien et le plus jeune de la famille portent une grosse bûche de fruitier dans la cheminée, après lui avoir fait faire 3 fois le tour de la table. L'aïeul arrose de vin cuit en prononçant la formule rituelle qui se termine ainsi « Avec Noël, tout va bien, et si nous ne sommes pas plus, que nous ne soyons pas moins. » Ensuite le feu est allumé et il devait brûler jusqu'au jour de l'an.

À table ! Le repas a été savoureux et gai les douze coups de minuit sont proches, veillons !

LA VIHADO APRES LOU GROS SOUPA

(la veillée après le gros souper)

Que faisons-nous ? Un loto (un quaternio) ou, regroupés autour du feu, parler des temps anciens et de ceux qui nous ont précédés. Raconter des légendes d'autrefois et transmettre les traditions. Confectionner des truffes au chocolat, des dattes farcies ou des nougats des capucins (figue sèche remplie de mendiants). Mais n'oublions pas de déguster les boissons du temps de Noël : le vin cuit, les grains de raisin macérés dans l'eau-de-vie, le Carthagène (moût, eau-de-vie et sucre) ou le ratafia (eau-de-vie et jus de raisin).

Mais qu'entendons-nous ? Les cloches sonnent les douze coups de minuit, le rabaïet (dernier coup de minuit) arrive. Ne partons pas ainsi, relevons les 4 pans de la nappe afin que les mauvais esprits ne puissent venir troubler li armeto (les âmes des ancêtres) qui viennent revoir leur maison et prendre part au relief du festin.

E vivo Nouvè !

Aurélië BARATIER

élève directrice

Jean-Luc ARMONICO

DIM

MARCHÉ DU GROS SOUPER À SAINT RÉMY DE PROVENCE [Du 18 au 20 décembre 2015]

> Vous pourrez trouver tout ce qu'il faut pour préparer un vrai repas de veillée de Noël en Provence.

- > Nettoyez soigneusement la carde, coupez-la en tronçons de 15 cm en enlevant tous les filaments, les jeter à mesure dans une bassine d'eau froide vinaigrée.
- > Les faire cuire dans « un blanc » : délayez la cuiller de farine avec 4 litres d'eau froide, ajoutez sel, poivre et jus de citron. Porter à ébullition, y verser les cardes égouttées, laisser cuire à demi-couvert, petit feu, environ 1 heure. Égouttez les cardes et les rincer à l'eau froide.

Préparation de la sauce blanche

- > Faites fondre 30g de beurre dans une casserole à feu doux. Ajoutez la farine, laissez cuire quelques minutes en remuant sans cesse et sans laisser prendre couleur. Versez doucement dessus un grand bol d'eau bouillante, toujours en remuant. Salez, poivrez, laissez bouillir quelques minutes. Retirez du feu et ajouter 30g de beurre coupé en petits morceaux.
- > Disposez les cardes dans un plat à gratin beurré, recouvrez de sauce, parsemez de gruyère, faire gratiner au four assez chaud 10 à 15 minutes.

Recette issue du livre Noël Provençal, saveurs et traditions - Marion Nazet - Editionsud



► CONGRÈS CREUF 2015

Une réussite à l'échelle nationale

Le 21^e Congrès National de Réanimation et de Médecine d'Urgence des Hôpitaux Extra-Universitaires s'est déroulé à Avignon les 8 et 9 octobre 2015.

► Cette manifestation, inaugurée par M^{me} Cécile HELLE, Maire de la ville, M. Francis DECOUCUT, Directeur du CHA et le Dr Hervé OUTIN, Président du CREUF, a eu la chance de bénéficier du cadre prestigieux du Palais des Papes et de la présence du beau temps. Le choix du site ainsi que la qualité des communications ont contribué à satisfaire les nombreux participants venus de toute la France et même des départements ultra-marins. Ce congrès, à l'organisation complexe, a pu se dérouler dans de bonnes conditions grâce à un ensemble de volontés avec un noyau dur aux « manettes » : le pôle Urgences, Réanimation, SAMU-SMUR et Activités transversales de l'établissement. Sans oublier le soutien de l'institution CHA, la ville d'Avignon, le Conseil Régional, la SMCV, les sociétés savantes de réanimation et les partenaires sans qui cet événement n'aurait pu avoir lieu.

Des thématiques choisies par le comité scientifique

Ce congrès du CREUF qui a réuni des universitaires et des non universitaires autour de thématiques choisies par le comité scientifique, s'adresse aux pro-

fessionnels médicaux et paramédicaux du monde de l'urgence et de la réanimation essentiellement, et peut concerner également d'autres spécialités selon les thèmes abordés.

Cette année, les sujets collaient à l'actualité, notamment :

- > la prise en charge des patients infectés par des virus émergents (EBOLA, etc)
- > la gestion de la violence aux urgences
- > les « mythes de la réanimation » présentés par le Pr Claude MARTIN, Chef des services de Réanimation et d'Anesthésie de l'Hôpital Nord de Marseille, lors de la conférence de prestige
- > les pathologies graves de la femme enceinte
- > le traumatisé sévère.

De plus, des ateliers coordonnés par les soignants du service de Réanimation du



CHA et par le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence du Vaucluse ont eu un franc succès. Il a même parfois fallu refuser du monde tellement la demande était importante.

Enfin, pour clôturer le congrès, une session était très attendue : « l'erreur médicale et le soignant », laquelle a fait salle comble malgré sa programmation en fin de congrès et un beau soleil avignonnais.

Les premiers retours des participants sont élogieux tant sur l'organisation, que sur le programme scientifique et le cadre magnifique.

Un grand merci à tous ceux qui ont œuvré pour que ce congrès soit une réussite permettant de mettre en valeur notre CHA et en particulier le pôle Urgences, Réanimation, SAMU-SMUR et Activités transversales. L'objectif initial était de montrer la vitalité de notre centre hospitalier, mission accomplie !

Docteur Pierre COURANT,
Médecin Anesthésiste Réanimateur

► LE CONGRÈS EN CHIFFRES

- > près de 900 participants
- > 70 communications
- > 6 ateliers
- > 2 symposiums