

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

# CHALLENGE

## À LA UNE

- > Nouveau Directeur du CHA
- > Réorganisation du Pôle Médecine
- > Expertise de la Réanimation
- > Zoom sur l'Unité Kangourou
- > Passion Apnée



HISTOIRE

## Une leçon clinique à la Salpêtrière



➤ JEAN-NOËL JACQUES, DIRECTEUR DU CHA

# Une nouvelle direction pour le Centre Hospitalier d'Avignon



## > Institution

- Interview de Jean-Noël JACQUES... p2-3
- Interview Dr BROGLIA ..... p4

## > Événement

- Médailles du Travail 2016 ..... p5

## > Organisation

- Réorganisation du SMIIAP ..... p6-7

## > Soins

- Mobilisation précoce du patient en Réanimation ..... p8-9

## > Zoom

- Unité Kangourou ..... p10-11

## > Histoire

- Une leçon clinique à la Salpêtrière ..... p12-13

## > Ouverture

- Apnée sportive ..... p14-15

## > Événement

- Forum Santé 2016 ..... p16
- Une fresque en pédiatrie ..... p16

## > DIRECTEUR DE PUBLICATION

- Jean-Noël JACQUES, Directeur du CHA

## > RÉDACTEURS EN CHEF

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

## > COMITÉ ÉDITORIAL

- Alexandra AGNEL, Qualificatrice, 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, Dr J.L. Scesa, André Brouillet, Stratis, X.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, Jean-Noël JACQUES est le nouveau Directeur du CHA. Challenge s'est entretenu avec lui sur les orientations futures de la Direction.

### Challenge: Vous êtes Directeur du CH d'Avignon depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Pourquoi avez-vous fait le choix de venir à Avignon ?

*Jean-Noël JACQUES : C'est une très bonne question ! Tout d'abord, c'est un choix de cœur. J'aime cette région. Ensuite, c'est un choix professionnel. Il est vrai qu'au moment où j'ai candidaté sur le poste de Directeur du Centre Hospitalier d'Avignon, j'avais d'autres opportunités. J'ai véritablement choisi le CHA car c'est un très bel établissement. En fait, il s'agit d'un des plus gros établissements non CHU de France. Sa taille lui confère un positionnement stratégique, son rôle est double : établissement de proximité pour un large bassin de population et de recours pour le département de Vaucluse. Sa place de référent l'oblige à garantir en permanence une offre de soins pertinente et innovante. Et puis, j'ai fait le choix également de rester sur la fonction de chef d'établissement que j'exerce depuis 20 ans et souhaite exercer encore.*

### Quelle analyse faites-vous des forces et faiblesses de l'établissement ?

*Les faiblesses de l'établissement... je n'en connais pas beaucoup ! Cela dit, je me dois d'être clair sur sa situation financière quelque peu dégradée. L'accumulation de déficits pénalise la structure dans sa capacité à investir et à mobiliser des emprunts pour réaliser ses ambitions.*

*Mais surtout, le CHA a des forces ! Et la plus grande réside en la qualité de ses professionnels de santé. Ensuite, l'ensemble des diagnostics posés révèlent un établissement bien positionné sur son territoire. Il est l'établissement de référence et naturellement l'établissement support pour les futures coopérations. Reconnu par les professionnels de santé, les établissements extérieurs et les autorités de tutelle, il est aussi plébiscité par les patients qui expriment majoritairement leur satisfaction dans les questionnaires de sortie entre autres.*

### Quelles sont vos ambitions ?

*Mon ambition est de donner au CHA le visage de l'Hôpital de demain : plateau technique performant, conditions d'accueil adaptées aux attentes, et organisa-*



tions optimales des pôles et des structures le composant. Construire l'Hôpital de demain, et plus particulièrement le nôtre, repose aussi sur des enjeux essentiels : l'offre médicale et le territoire. Concrètement, pour ce dernier point, il s'agit de décloisonner et faire coopérer les acteurs de santé au profit d'une coordination des soins à travers le travail de réseau alliant proximité et spécialisation.

### Comment voyez-vous l'avenir du CHA ?

Je n'ai aucune crainte. Comme je l'ai dit, la place de l'établissement sur le territoire de Vaucluse, et sur une partie du Gard et le nord des Bouches-du-Rhône, est incontestable et incontestée. C'est sa force. Toutefois, il est capital de rester attentif au fait que cet atout va nous demander de nous mobiliser toujours fortement. Telle est la condition indispensable pour que nos établissements, quels qu'ils soient et quelles que soient leurs difficultés, puissent réussir. Nous n'échapperons pas à cette règle. L'avenir du CHA, son développement, dépend avant tout de notre mobilisation. Dès lors, j'imagine clairement que le Centre Hospitalier d'Avignon poursuivra sa structuration afin de répondre aux attentes des usagers et de leurs familles et développe une offre de soins adaptée avec des prises en charge de haut niveau, le tout en anticipant la médecine de demain. Je ne parle pas de créer un CHU, mais un CH de pointe !

### Quels sont les projets à venir ?

Déjà, leur rythme et leur déploiement sont dépendants de la capacité de l'établissement à dégager des marges de manœuvre internes au niveau financier afin de garantir leur réalisation. Ils sont inévitablement ceux qui confortent l'établissement et sa place sur une trajectoire de performance et d'attractivité en adaptant la structure aux besoins de la population. Dans ce contexte, il s'agit de poursuivre la dynamique engagée avec l'aboutissement des programmes relevant du projet d'établissement en cours. Je fais référence en particulier aux projets de travaux qui doivent être poursuivis avec la mise aux normes, la sécurisation, la rénovation et la restructuration des bâtiments. Sont actuellement à l'étude la restructuration des tours et de plateaux techniques importants pour le recrutement de l'hôpital. Au-delà des projets architecturaux, il importe surtout que notre futur projet d'établissement soit fondé sur la vision que chaque spécialité a de son évolution et de ses prises en charge de demain.

### Comment définissez-vous votre stratégie pour diriger cet établissement ?

Mon objectif est de faire travailler l'établissement de manière cohérente, harmonieuse et collégiale. Je crois en ce dicton africain, qu'un médecin a d'ailleurs récemment repris en CME (il se reconnaîtra !) : « Seul on va vite, ensemble on va plus loin ». Aucun directeur, seul, ne peut connaître les besoins de la structure et les évolutions nécessaires aux prises en charge médicales par discipline ou activité. À cet égard, je souhaite instaurer un management participatif. Je l'ai déjà dit : je suis un homme de contrat et pour moi la parole donnée est un acte fort. J'entends prendre des engagements avec les responsables concernés et j'attends en retour les réalisations complètes des objectifs contractualisés. Naturellement, je souhaite intégrer, dans la définition des axes et la prise de décision, l'avis de la communauté hospitalière médicale et non médicale. Je tiens aussi à faire participer les usagers et leurs représentants. Sur ce point, je veux m'inscrire dans la logique de la stratégie nationale de santé et la loi de modernisation. Cette dernière acte, en effet, l'émergence de la commission des usagers en lieu et place de la CRUQPC, à la suite du rapport de Claire COMPAGNON sur la démocratie sanitaire.

### De quelle manière allez-vous travailler avec le Directoire ?

Nous commençons à nous connaître après quelques séances riches en échanges et parfois allant droit au but en réinterrogeant des orientations ou pratiques en vigueur (je pense à l'intéressement dans le cadre de la contractualisation). Bien sûr, les avis sont pris en considération, et sont d'ailleurs, dans le cas présent, suivis d'effet. Ainsi, en accord avec le Dr BROGLIA, j'ai renouvelé la composition du Directoire afin qu'il soit composé d'un maximum de médecins au nombre de 5 sur 7 membres titulaires. Cette décision s'inscrit dans ma volonté de donner toute sa dimension à la vision médicale dans les éléments servant à la prise de décision.

### Vous êtes également Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal de Cavaillon-Lauris. Selon vous, la direction commune entre les 2 établissements est-elle un atout ou une concurrence ?

Sans équivoque, c'est un atout. Je considère que c'est une chance pour les 2 établissements, pour l'Hôpital public d'une façon globale. C'est une stratégie novatrice qui préfigure la mise en œuvre du futur Groupement Hospitalier de Territoire. C'est même un défi pour moi car l'approche du métier est complètement différente de par les tailles respectives. Un intérêt majeur réside bien sûr dans la capacité à agir en transversal dans ces 2 structures.

« SEUL ON VA VITE,  
ENSEMBLE ON VA  
PLUS LOIN »

### Votre nomination intervient dans un contexte national tendu. Comment vous positionnez-vous sur la loi de santé ?

Je suis un fonctionnaire et non un parlementaire. La loi, je suis là pour l'appliquer et non pour la remettre en question. Nombreux sont ceux qui s'entêtent à réécrire, chaque soir, les textes applicables. Ce n'est pas mon cas. Je n'en ai ni la capacité, ni le temps. Pour l'heure, cette loi est bien accueillie par les hospitaliers. En effet, la révision du service public incombe à nouveau pleinement aux acteurs publics, et confère aux hôpitaux un rôle porteur dans les missions à mener.

### La loi de santé prévoit la mise en place de Groupement Hospitalier de Territoire. La territorialisation de la santé vous paraît-elle une bonne chose ? Comment la médecine peut-elle s'organiser pour y répondre ?

La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire est un point fort de la loi de santé. Nous sommes d'ailleurs en attente des dernières orientations régionales, en particulier le périmètre de notre territoire (tout ou partie du Vaucluse). Je considère que le travail en réseau qui sera défini dans le futur projet médical partagé est une chance pour l'Hôpital public et ses patients. Ces groupements sont là pour organiser et consolider le parcours des patients au sein de nos établissements publics dans une logique de stratégie de groupe.

### Pour conclure, que diriez-vous des perspectives d'avenir de l'Hôpital Public ?

Je crois en l'Hôpital public depuis toujours. Je l'ai systématiquement défendu. Je me suis engagé dans sa promotion même si j'avoue reconnaître la place du secteur privé ou des structures à but non lucratif. À mon sens, cette « compétition » a du bon. Elle est un aiguillon pour nos projets. Elle nous permet, Hôpital public, de rester toujours devant. Telle doit être la place du secteur public d'ailleurs ! Enfin, un proverbe Franc-comtois : quand le secteur public va, tout va !

Propos recueillis par Marielle PETIT DE GRANVILLE,  
Responsable de la Communication

➤ DR JEAN-MARC BROGLIA, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT



## Le projet médical, socle du projet d'établissement

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2015, le Docteur Jean-Marc BROGLIA a été réélu à la Présidence de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Entretien sur les orientations de la CME.

**Challenge :** Vous avez effectué un premier mandat de président de la CME de 2012 à 2015. Quel regard portez-vous sur ces 4 années ?

Dr Jean-Marc BROGLIA :

Ces 4 années ont été riches en enseignements. Elles m'ont permis de progresser et de mieux maîtriser la fonction. J'avoue avoir été parfois emporté par la tâche. Et grâce au tandem formé avec le Dr David VERHELST, mon vice-président, nous avons pu ensemble tenir le cap de cette mandature. Je retiens de ces années la satisfaction d'avoir œuvré, avec l'ensemble des médecins et soignants, et l'équipe de Direction, à faire avancer notre établissement dans son projet médical.

**Vous avez été réélu à la présidence de la CME. Comment appréhendez-vous votre second mandat ?**

On pourrait le qualifier de mandat de la maturité ! (rire) C'est plutôt celui de la responsabilité au vu de l'échéance qui a conduit notre établissement à un changement de direction générale. Il nous paraît utile de donner une stabilité managériale au CHA. Nous avons conçu cette présidence avec le Dr VERHELST comme une co-présidence, nous avons à cœur d'être jugé sur nos résultats et il nous reste encore de l'énergie pour endosser la charge. Nos pairs nous ont renouvelé leur confiance. La tâche n'en est que plus grande.

**Quels sont les axes qui vont marquer votre présidence ?**

Le dynamisme des équipes me tient à cœur. Je tiens à ce que les équipes médicales s'approprient les projets qui vont faire perdurer et construire notre hôpital demain. La tâche qui nous attend est délicate, le métier de médecin est devenu plus dur, parfois usant, et dans un monde contraint notamment financièrement. Je suis convaincu que notre force réside dans l'expression des qualités humaines des soignants qui composent notre CHA, et dans l'engagement de chacun au projet collectif. Cette ressource, au CHA, nous en disposons. Il faut continuer à la fédérer, et poursuivre sa mise en action pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

**La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a élargi les missions du président de la CME. Pouvez-vous nous faire part de la réflexion que vous portez sur votre fonction ?**

La loi HPST a confié au président de la CME des missions supplémentaires régaliennes. Celles-ci rétablissent des déséquilibres qui, toutefois je crois, n'ont jamais existé au CHA. Les différentes instances ont toujours su conserver un équilibre pragmatique des pouvoirs. Nous avons conservé cet état d'esprit. Il ne doit pas y avoir confrontation mais collaboration. Le président de la CME a pour responsabilité de faire prospérer la qualité de la prise en charge médicale et le sujet est vaste !

**Quel management allez-vous adopter pour animer et faire vivre la CME ?**

Nous venons de modifier la composition du bureau de la CME pour qu'il soit plus représentatif, plus large et ouvert. Nous avons instauré un mode de travail thématique pour lui permettre de s'exprimer. Ce fonctionnement favorise la communication entre

les praticiens de l'établissement et permet de transmettre des éléments au Directoire qui est l'organe décisionnaire de l'établissement. Le temps médical est précieux, il convient à la fois de donner aux praticiens le temps de l'analyse et de la concertation, et de respecter le temps de travail de soin médical, tout cela sans épuiser chacun. C'est parfois un exercice difficile.

Je n'interviens pas en opposition. J'ai toujours considéré ma position comme une collaboration à la constitution d'un projet d'établissement dont le socle est le projet médical. Ma mission est d'autant plus délicate qu'il existe aujourd'hui une volonté de constituer un projet médical de territoire qu'il conviendra de mesurer en fonction de notre capacité de mise en œuvre, sans être excessif et sans se replier sur nous-même.

**Le Directoire est l'instance de gouvernance des hôpitaux. Vous en êtes le vice-président aux côtés de M. Jean-Noël JACQUES, qui le préside. Comment participez-vous à la stratégie de l'établissement ?**

Nous avons, je crois, avec M. JACQUES, la même façon de fonctionner. Un bon management est le reflet d'une compréhension de notre environnement, d'une bonne analyse des dossiers, d'une concertation et d'une mise en action efficace des décisions. Nous nous employons à mettre en commun nos compétences au service de l'établissement chacun dans son domaine. Pour ma part, en tant que médecin nucléaire, ma culture est plus technique, axée sur les plateaux supports. Ceci dit, je suis fortement épaulé par mon vice-président et les médecins du Directoire qui nous éclairent de leurs expertises.

**De quelle manière faites-vous le lien avec la Communauté Hospitalière de Territoire ?**

La Communauté Hospitalière de Territoire a été une avancée. Sa constitution a ancré notre statut d'hôpital de référence. La collaboration avec les équipes médicales des centres hospitaliers du territoire a permis d'analyser les coopérations possibles. Concrètement, des organisations ont vu le jour, je pense notamment à la filière urgence, à la neurologie, à l'anatomopathologie, qui ont eu des impacts bénéfiques pour le CHA et les hôpitaux du territoire. Il nous reste encore des champs d'action possibles. Lier la marche du CHA au territoire, c'est concevoir un projet médical qui intègre cette valence territoriale en concrétisant des projets médicaux partagés avec les autres établissements et les autres équipes médicales du territoire. Au-delà du formalisme de CHT aujourd'hui et de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) demain, ma volonté est de partager et rassembler l'ensemble des équipes médicales des établissements autour d'un projet qui puisse améliorer le maillage médical et sa qualité avec comme axe central le parcours du patient. C'est un véritable enjeu pour le futur de la santé, il n'est pas sans difficulté, mais il est foncièrement la clef d'une qualité de l'offre de soins pour tous. Cet engagement est le marqueur du vrai visage de la médecine hospitalière.

Propos recueillis par Marielle PETIT DE GRANVILLE,  
Responsable de la Communication





▶ MÉDAILLES DU TRAVAIL

# Félicitations à la cuvée 2016!

▶ MÉDAILLES D'OR : 35 ANS

Catherine ANDRIEUX	Cadre de santé	Gastro-entérologie
Guy AUZIERE	Aide-soignant	Pool Brancardiers
Pascale BONNE	Cadre de Santé	Chir. ortho. et trauma.
Martine BOULLET	Auxiliaire de puériculture	Néonatalogie
Colette CORNUD	Aide-soignante	Bloc opératoire
Frédérique DAUBERTE	Adjoint des cadres	DRH
Martine DUMETZ	Cadre de santé	ERFPP du GIPES
François FILIPPOZZI MAILLET	Infirmière	SSR Mistral
Martine FISCHER	Infirmière	Hémato. clinique et onco.méd. Sec. protégé
Marilyse FORTUNA	Aide-soignante	Amicale
Patrick GACHET	Technicien hospitalier	DAMIS
Danièle GAMONDES	Aide-soignante	Urgences adultes
Hélène GONTAL	Adjoint des cadres	DIM
Daniel LECUYER	Maitre ouvrier principal	DAMIS
Catherine PAVESI	Aide-soignante	Stérilisation
Christiane PEREZ	Aide-soignante	USLD Farfantello
Claude PLAGNOL	Maitre ouvrier principal	Cuisine Internat
Jean-Louis VIDAL	Maitre ouvrier	Transports

Rendez-vous incontournable de l'année, de nombreux agents de l'établissement ont été récompensés par la médaille d'honneur départementale et communale. Voici les lauréats 2016.

▶ MÉDAILLES D'ARGENT : 20 ANS

Catherine ARNAUD	Infirmière	Urgences adultes
Franck ARNAUD	Aide-soignant	Radiologie
Véronique ARNAUD	Aide-soignante	Néphrologie
Valérie AVRIL	Manip. électroradiologie	Radiologie
Fatima AZZOUI	Ouvrière pro. qualifiée	Restaurant du personnel
Carlos BARRIOS	Tech. sup. hospitalier	DAMIS
Christelle BESSE	Cadre de santé	Hématologie clinique et oncologie médicale
Sophie BETTON	Adjoint des cadres	Cellule des marchés
Daniel BIANCO	Aide-soignant	Urgences pédiatriques
Catherine BILLOD	Puéricultrice	Néonatalogie
Vincent BONNEAU	Aide-soignant	Cardiologie soins intensifs
Sabine BONUTTI	Assistante médico-admin.	Gastro-entérologie
Kathy BOO	Aide-soignante	Néphrologie
Elisabeth BOUCHET	Adjointe administrative	Affaires financières
Florence BUISSON	Diététicienne	Diététique
Jean-Karl CALOIERO	Agent de service hosp.	Retraite
Laurence CAPEL	Aide-soignante	Réanimation
Isabelle DE ALMEIDA	Cadre de santé	Chir. gén. et digestive
Sandrine DIETRICH	Auxiliaire de puériculture	Néonatalogie
Jean-Louis EVESQUE	Tech. sup. hospitalier	Retraite
Valérie FAVELLA	Infirmière anesthésiste	Bloc central
Martine FRICAUX	Aide-soignante	Hématologie clinique et oncologie médicale

▶ MÉDAILLES DE VERMEIL : 30 ANS

Martine ALBERTINI	Cadre de santé	Hémodialyse
Louis BALLONGUE	Aide-soignant	Pool Brancardiers
Bernadette BARBANCON	Aide-soignante	Hémodialyse
Fabiola BOUTE	Aide-soignante	Stérilisation
Roselyne CONSTANTIN	Maitre ouvrier	Blanchisserie
Christine COULON	Aide-soignante	Angiologie
Corinne COURTES	Assistante médico-admin.	Pharmacie
Martine DONAT	Technicienne de laboratoire	Laboratoires
Christiane DUCRY	Auxiliaire de puériculture	Urgences pédiatriques
Patricia GALLET	Aide-soignante	Urgences adultes
Paule GAUGRY	Adjointe administrative	SGAP
Christine GRANGER	Auxiliaire de puériculture	Bloc obstétrical
Patricia GUYONNET	Agent de service hospitalier	USLD Farfantello
Chantal LINDOR	Aide-soignante	Stérilisation
Christine MARQUIS	Assistante médico-admin.	Consultations de gynéco.
Daniel MARTINEZ	Agent de maîtrise principal	DAMIS
Gisèle MATHIEU	Aux. médicale de régulation	SAMU-SMUR
Philippe OLIVE	Technicien de laboratoire	Laboratoires
Noëlle ORSONI	Sage-femme	Gynécologie Obstétrique
Solange PALIES	Infirmière de bloc opératoire	Bloc opératoire
Colette PAULEAU	Infirmière	Cadiologie soins intensifs
Edith PETIT	Infirmière	EEG
Marie-Andrée PICOT	Aide-soignante	Consultations d'ORL
Frédérique REY	Infirmière	Pédiatrie
Clairette ROSTOLL	Technicienne de laboratoire	Laboratoires
Jean SAVOY	Aide-soignant	Bloc opératoire
Chantal SEIGNOUR	Assistante médico-admin.	Médecine du travail
Dominique TAMISIER	Adjointe administrative	DRH
Florence TESTOT-FERRY	Puéricultrice	Gynécologie Obstétrique
Marie-Jeanne VERDIE	Infirmière	Cardiologie
Evelyne VEYRIER	Assistante médico-admin.	Consultations de gynéco.
Patrick VIVAS	Adjoint administratif	Standard
Bernadette VOLPS	Maitre ouvrier principal	SSR Fontaine

Magali GAMON	Infirmière	Gastro-entérologie
Véronique GARDIOL	Technicienne de laboratoire	SLIN
Sabine GILLIBERT	Préparatrice en pharmacie	Pharmacie
Nathalie GIRAUD	Aide-soignante	Urgences adultes
Caroline GOGNET	Infirmière	Gastro-entérologie
Magali GUILLAUMONT	Technicienne de laboratoire	Laboratoires
Patricia IVES	Préparatrice en pharmacie	Pharmacie
Frédéric JEAN-GAFFET	Aide-soignant	Bloc opératoire
Frédéric KAIRO	Aide-soignant	Urgences adultes
Nathalie LAGARDE	Infirmière	Chirurgie ambulatoire
Valérie LANNQU	Assistante médico-admin.	DIM
Dominique LE NY	Assistante médico-admin.	Radiologie
Rachel LEQUOY	Cadre de santé	Bloc opératoire
Michael LEROUX	Infirmier anesthésiste	Bloc opératoire
Mireille LOVERA	Infirmière	USLD Farfantello
Véronique LYON	Assistante médico-admin.	Rhumatologie
Claudie LAURGEAU-MARINZET	Auxiliaire de puériculture	Pédiatrie
Jacqueline MARSEAU	Agent de service hosp.	Pathologie
Véronique MERLIN	Infirmière	Chirurgie ambulatoire
Dominique MOUCOUKOFF	Assistante médico-admin.	Consult. de médecine
Gérard PIERETTI	Maitre ouvrier	Restaurant du personnel
Séverine RAUCY	Infirmière anesthésiste	Bloc opératoire
Marylène REY	Infirmière	Pneumologie
Virginie RIBERT	Aide-soignante	Chir. vasc. et thoracique
Nathalie ROUSSIER	Technicienne de laboratoire	Laboratoires
Claudine SALA	Cadre de santé	ERFPP du GIPES
Bénédicte SEILER	Puéricultrice	Urgences pédiatriques
Nicole SOULIER	Cadre de santé	Dialyse péritonéale
Annie VIGOUROUX	Auxiliaire de puériculture	Gynécologie Obstétrique
Martine VILLARD	Adjointe administrative	Radiologie





## ► SMIAP

# Mieux organiser les soins

La fin de l'année 2015 a été marquée par une réorganisation importante du pôle Médecine, et notamment du SMA, maintenant dénommé Service de Médecine Interne, Infectiologie, Aiguë et Polyvalente : SMIIAP, avec 2 sous unités : Unité de Médecine Aiguë Polyvalente UMAP (A6 Nord), et Unité de Médecine Interne et Infectiologie, UMII (A6 Sud).

► Revenons en arrière. Le SMA a été créé sous l'impulsion du Dr Simone LAMY, interniste, comme un service de Médecine post urgence pour prendre en charge des patients polypathologiques, permettant au service des Urgences de trouver rapidement une place pour ces patients et de les réorienter dans un deuxième temps vers les services de spécialités pour une prise en charge plus spécifique si nécessaire.

Il est à noter que ce projet était pour l'époque innovant. Le CHA était alors l'un des tous premiers centres hospitaliers de grande envergure à se doter d'un service de médecine d'aval d'urgences exclusif. Ce procédé a, par la suite, été généralisé sur les centres hospitaliers français. À la suite du Dr LAMY, le Dr Marthe GROS a pris la responsabilité de ce service et a pu le faire évoluer de 28 à 56 lits, en regroupant dans un même lieu, au 6<sup>e</sup> étage de la tour A, les patients médicaux « hébergés » dans les services de chirurgie, et devenant ainsi l'un des plus grands services de médecine du CHA. Cette expansion a permis une nette amélioration de l'efficacité de la prise en charge des patients et pour l'ensemble des personnels médicaux, évitant de nombreux déplacements chronophages, et paramédicaux permettant à chacun d'exercer au mieux ses compétences. Dès lors, le nombre de malades accueillis au sein du SMA n'a cessé de croître passant de 2 159 malades par an en 2011 à près de 2 600 en 2015, et ce avec une activité soutenue et constante tant sur la semaine que le week-end.

### Du SMA au SMIAP

C'est dans ce cadre que l'idée d'une réorganisation du pôle Médecine est née, sous l'impulsion du Dr Pierre GOBERT, alors Chef de pôle de Médecine. Elle avait pour objectif premier de

séparer les flux des patients dont l'hospitalisation était programmée et des patients hospitalisés via les Urgences.

En effet, les différents services de spécialités du pôle recevaient pour des bilans ou des traitements des patients « programmés » en hospitalisation de jour et de semaine, aussi bien que des malades « aigus » en hospitalisation conventionnelle. L'idée consistait donc à créer des structures d'hôpital de semaine et de jour communes aux différentes spécialités, indépendantes et séparées des unités conventionnelles. Ce projet permettait ainsi d'harmoniser la répartition des soignants avec la charge de travail. L'autre objectif était de placer les médecins internistes et infectiologues au cœur de la prise en charge des malades hospitalisés via les urgences.

En effet, depuis maintenant une dizaine d'années, ce type d'unité mêlant médecine interne, infectieuse et polyvalente, en prise directe avec les malades venant des urgences, a fait la preuve de son efficacité. Les recommandations des sociétés savantes, faisant suite à des études objectivant leur efficacité en termes de qualité et de coût, préconisent la création de ce type de service. C'est ainsi que le service du SMA s'est enrichi des internistes et infectiologues qui sont les Dr Sophie BAYLE, Stéphanie BRANGER et Christine CHRISTIDES.

Cette évolution est importante. Tout comme les praticiens en médecine générale, les médecins internistes, situés en aval des urgences, sont à même de répondre au caractère souvent polypathologique des malades dont la pathologie ne relève pas uniquement de la spécialité d'organe. On peut ainsi dans le service, privilégier la prise en charge globale du patient et la mise en cohérence des différents acteurs de son suivi, si la complexité de la situation l'exige.





# pour améliorer le travail

## L'hospitalisation de chaque patient dans la structure la mieux adaptée à son état clinique



Nous restons donc dans le domaine indispensable du « patient global », pour une prise en charge transversale des patients souffrant de polyopathologies (plusieurs maladies à la fois), de pathologies complexes ou rares, de pathologies générales (la même maladie cause des symptômes diffus ou présents dans différents organes). L'objectif est d'assurer la synthèse du dossier médical et de prioriser les prises en charge.

C'est donc avec ces objectifs que le SMA a laissé place au SMIIAP (56 lits), doté de ces 2 unités : UMAP et UMII (28 lits par unité), service dont le rôle est la prise en charge de malades relevant de l'urgence médicale et nécessitant une hospitalisation.

### Le patient au cœur de l'organisation

Parallèlement, la Dermatologie et la Rhumatologie ont été regroupées au sud du 3<sup>e</sup> étage de la zone A, qui accueille également un hôpital de semaine, doté de 8 lits et ouvert à l'ensemble des services du pôle Médecine. Par ailleurs, un service de Médecine ambulatoire, doté de 12 places, a vu le jour à côté du Plateau des Consultations Externes de Médecine du 1<sup>er</sup> étage. Ceci permet aux services de Rhumatologie, Dermatologie, Neurologie et Pneumologie de se consacrer maintenant exclusivement à la prise en charge des malades relevant de l'urgence médicale et nécessitant une hospitalisation dans leurs spécialités.

Il faut souligner l'implication de tous les personnels médicaux et paramédicaux dans ce chantier qui a changé les habitudes de tout le monde, et dont la finalité est de permettre l'hospitalisation de chaque patient dans la structure la mieux adaptée à son état clinique.

**Dr Vincent PESTRE**  
Chef de service SMIIAP  
**Dr Patricia TOURNIAIRE**  
Chef du pôle Médecine

# La mobilisation précoce

La mobilisation précoce des patients de réanimation est un engagement de l'équipe paramédicale et médicale du service de Réanimation du CH Avignon. Voici la synthèse des travaux réalisés par les équipes du CHA.



➤Après ses premiers balbutiements au début du 20<sup>e</sup> siècle en Angleterre (Nightingale, 1860) et aux États-Unis (Dr Dandy, Boston, 1926), la Réanimation moderne est apparue au milieu du siècle dernier, notamment en France (Hôpital Claude Bernard, 1954), au Danemark (Dr Engstromm, Hôpital de Copenhague, 1952) et aux USA (Dr Safar, Hôpital de Boston, 1960). Elle fut d'abord créée comme service spécialisé à l'instigation de pneumologues et néphrologues, afin de prendre en charge les détresses respiratoires engendrées par la poliomyélite, ainsi que les insuffisances rénales aiguës des chocs septiques. Elle est ensuite devenue une spécialité à part entière, caractérisée par une forte technicité et une recherche permanente d'évolution.

## La Réanimation au CHA

Le Centre Hospitalier d'Avignon s'est doté en 1986 d'un service de Réanimation polyvalente, sous l'égide du Dr Philippe OLIVIER. L'unité a été créée afin de répondre aux besoins de prise en charge des détresses vitales du bassin de population du Vaucluse, et comprenait 8 lits. 30 ans plus tard, elle draine une population venant du Vaucluse, du nord des Bouches-du-Rhône, du Gard, du sud de la Drôme et possède 16 lits de réanimation et 4 de soins continus.

Afin de prendre en charge des patients atteints de défaillances multi-viscérales, les réanimateurs ont longtemps considéré qu'une sédation et une analgésie profonde étaient une part incontournable de la prise en charge, associées à un alitement strict et une mobilisation minimale des malades. Les objectifs poursuivis étaient une compliance respiratoire totale, ainsi qu'une mise au repos maximale de l'organisme. Ces notions se sont imposées

comme des dogmes, instituant de fait l'idée qu'il était dangereux de mobiliser les malades de réanimation, à cause de leur équipement important et de la ventilation mécanique.

Toutefois, certaines équipes, notamment nord-américaines, nord-européennes et suisses se sont penchées sur les conséquences et complications du séjour en réanimation. Plusieurs études d'envergures ont alors démontré l'apparition de nouvelles entités nosologiques, telles que les neuropathies acquises en réanimation,

le délirium de réanimation, le syndrome post réanimation (« post intensive care unit syndrom »). Par ailleurs, il a été démontré qu'une mobilisation précoce associée à une sédation minimale permettait de diminuer la durée de ventilation mécanique, de séjour en réanimation et à l'hôpital, mais aussi d'augmenter la qualité de vie en améliorant l'autonomie fonctionnelle des patients. Des recommandations dans ce

sens ont été émises par les principales sociétés savantes de réanimation, afin de promouvoir ces nouvelles pratiques et de permettre leur implantation dans l'ensemble des services de réanimation.

## De nouvelles pratiques

Depuis 2011, l'équipe du service de Réanimation polyvalente du CHA a travaillé pour inclure ces nouvelles recommandations dans les pratiques courantes et améliorer la qualité de la prise en charge des malades. Le fondement de cette évolution a été la décision médicale d'autonomiser les infirmier(e)s quant à l'adaptation de la sédation des patients. Cette autonomie s'est développée par l'usage d'une échelle d'évaluation clinique du degré de sédation et d'analgésie, et l'adaptation de la dose d'hypnotique et d'analgésique selon un protocole et un objectif prescrit. Ceci a permis

**Le fruit d'un travail collectif de l'équipe de Réanimation**



# des patients de réanimation



d'obtenir un réveil plus précoce, et le retour plus rapide à l'autonomie respiratoire.

L'évolution s'est poursuivie avec l'introduction d'un protocole de mobilisation passive/active aidée, réalisé en 2013 par un groupe de travail pluridisciplinaire (kinésithérapeute, réanimateur, aide-soignant et infirmier). Il consiste en la répétition tri quotidienne de 3 mouvements simples du bras et de la jambe, et a fait l'objet d'un support vidéo disponible sur Kaliweb. Ces mobilisations ont pour objectifs de préserver l'amplitude articulaire, de prévenir le retrait tendineux et d'entretenir la contractilité musculaire des patients. Ce protocole doit théoriquement être appliqué quotidiennement pour tout patient de réanimation, qu'ils soient ventilés ou non. Toutefois, son utilisation systématique reste difficile en pratique, par la difficulté de l'intégrer à la charge de travail et à l'organisation des soins.

## Une expertise reconnue

Le pas suivant que nous voulions franchir était de lever au fauteuil des patients intubés. L'équipe médicale du CHA a souhaité implanter cette technique. Un groupe de travail paramédical s'est constitué à cette fin. D'abord, un audit de pratique par téléphone a été réalisé (64 services interrogés en France), permettant de découvrir la faible proportion des équipes françaises levant les malades intubés. Après avoir choisi la méthode qui semblait la plus simple et la plus sûre, le transfert passif avec une planche type « Roller », une étude de faisabilité a été conduite afin de prouver de façon objective que cette mobilisation particulière pouvait être réalisée en toute sécurité. Un support vidéo numérique retraçant l'ensemble des étapes de cette manipulation disponible sur Kaliweb accompagnait la formation de l'équipe. Une évaluation a été effectuée sous la forme d'une EPP ; évaluant le temps

nécessaire à la mobilisation ainsi que les incidents survenus. Toute l'équipe soignante du service s'est impliquée, concourant à la réussite de l'étude.

La conclusion a été positive puisque le nombre d'incidents a été faible, sans conséquence clinique, et que l'impact sur la charge de travail est resté modéré, avec un ressenti positif de l'équipe. La Réanimation du CHA ayant été en 2015 organisatrice du congrès annuel du Collège des Réanimations d'hôpitaux Extra Universitaires de France (CREUF), une équipe a eu la chance de pouvoir présenter un atelier sur cette technique qui a rencontré un vif succès. De plus, deux soignants ont eu la possibilité de se rendre à Paris pour présenter ce travail dans le cadre du congrès de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF). Cela fut l'occasion de valoriser le travail collectif de l'équipe de Réanimation, sans qui la réalisation d'une étude de cette envergure n'aurait pu voir le jour.

## Vers un protocole global de mobilisation

D'un commun accord avec l'équipe médicale, l'évolution se poursuit vers la réalisation d'un protocole global de mobilisation comprenant les mobilisations passives, le lever au fauteuil, auxquels viendront s'ajouter l'utilisation de pédaliers, de balles de préhension ainsi que des séances de déambulation aidées pour des patients présentant de grandes difficultés de réhabilitation. Sensibilisés aux problématiques d'efficience des établissements de santé, une nouvelle étude va tenter de valider la faisabilité d'introduire ce protocole sans coût supplémentaire afin de le proposer à d'autres unités de soins qui pourraient en bénéficier. Dans ce cadre, et avec le soutien de toute la structure du CHA (direction de la qualité, direction des soins, direction des achats), ce projet d'étude sera soumis au Plan Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP), plan d'investissement lancé par le Ministère de la Santé afin de pousser les établissements à promouvoir les études paramédicales. Si nous avons la chance d'être retenus, ce sera une nouvelle occasion pour notre service et notre établissement de démontrer leur savoir-faire et leur volonté d'améliorer sans cesse la prise en charge des patients.

**Pierre-Alexandre LAMIZET et Audrey RAYSSAC,**  
Infirmiers en Réanimation polyvalente  
**Candice VENTURELLI et Sylvie BILLIER,**  
Cadres de santé en Réanimation polyvalente



► PÔLE FEMME, MÈRE ET ENFANT

# La méthode Kangourou pour

Soigner les nouveau-nés auprès de leur mère en maternité, tel est l'objectif de l'Unité Kangourou (UK) créée au CHA en avril 2014.



► Afin de mieux appréhender ce qu'est une UK, un peu d'histoire s'impose...

En 1978, à Bogota en Colombie, des pédiatres doivent faire face à un déficit en matériel et en personnel soignant pour prendre en charge les nouveau-nés de très faible poids et/ou prématurés. Compte-tenu des 30 000 accouchements par an enregistrés dans la zone la plus pauvre de Bogota, il faut souvent mettre deux et même trois enfants par incubateur et les infections sont monnaie courante. Le taux de mortalité est très élevé et les durées d'hospitalisation très longues. S'inspirant des marsupiaux chez qui la mère joue le rôle de couveuse pour son petit jusqu'à ce qu'il soit mature et autonome, ils créent la méthode Kangourou. Les pédiatres sont convaincus qu'une fois l'état de santé de l'enfant stabilisé, s'il est placé sur la peau de sa mère 24h/24 avec un allaitement maternel à la demande et facilité par ce portage, l'enfant rentrera plus rapidement chez lui, confié aux soins de ses parents. Le programme incluait le suivi médical et psychologique des enfants et des familles même après le retour à domicile. La méthode ayant fait ses preuves, en 1994 est inaugurée en Colombie la Fondation Kangourou et 44 équipes de plus de 25 pays sont venues se former pour y apprendre la méthode et l'adapter à leur culture d'origine. Dans les pays industrialisés, le but premier est alors de faciliter

la création et le maintien du lien entre l'enfant et ses parents. Le transfert dans une unité de Néonatalogie pouvant avec ces structures être évité. La première équipe française ayant mis en place une telle structure est celle de l'Hôpital Antoine Béchère à Clamart en mai 1987. Depuis, plusieurs établissements ont ouvert leur UK. Appelées aussi Unité Mère-Enfant, une unité de Néonatalogie se crée alors au sein même de la Maternité.

## L'importance de la préservation du lien

Depuis longtemps, les travaux sur la relation précoce ont démontré le rôle essentiel des premiers contacts entre l'enfant et ses parents. Le pédiatre et psychanalyste Donald W. Winnicott (1896-1971) énonce le concept de préoccupation maternelle primaire. Il explique les processus qui interviennent au début de la vie du nourrisson et souligne l'unité qui lie le bébé à sa mère. La mère a des compétences innées et développe une intuition concernant les besoins et les désirs de son enfant. L'essentiel des pensées maternelles va au confort du nouveau-né. Au cours de cette période, elle est littéralement en résonance avec les besoins du bébé. Elle éprouve une irrésistible nécessité de les satisfaire. Le nourrisson et sa mère forment une dyade. Une naissance prématurée, un enfant de faible poids ou présentant une pathologie, entraînent chez la mère un très fort sentiment de



# les bébés fragiles

culpabilité. Elle éprouve le sentiment d'être une « mauvaise mère », de ne pas avoir su protéger son bébé. Elle a peur de ne pas savoir s'en occuper, « il est si petit, il est si fragile... ». Dès lors, il est nécessaire de favoriser une découverte réciproque, de privilégier les rapprochements, de lui donner confiance dans ses capacités de mère. C'est alors que l'Unité Kangourou prend tout son sens.

## L'Unité Kangourou au CHA

L'unité a vu le jour dans sa forme définitive en avril 2014 avec l'ouverture officielle de deux lits. Dès 2015, l'ARS a accepté l'ouverture de trois lits supplémentaires face au nombre grandissant d'enfants accueillis. Pour l'année 2015, 290 couples maman-bébé ont pu profiter de la structure.

L'UK se situe dans le secteur 1 des suites de couches du service de Gynécologie-Obstétrique (4<sup>e</sup> étage de la zone D). Elle accueille des nouveau-nés qui, du fait de leur prématurité, d'un petit poids de naissance ou d'une pathologie peu sévère, ont besoin de surveillance et de soins spécialisés qui nécessitaient auparavant une hospitalisation en Néonatalogie. Cette hospitalisation doit se faire en accord avec la maman qui s'engage à rester en chambre avec son enfant pendant toute la durée du séjour de celui-ci.

Les « lits Kangourou » sont des lits de Néonatalogie. Lors de l'ouverture, l'unité a été équipée de cardio-moniteurs reliés à une centrale de surveillance, d'incubateurs, de berceaux chauffants, de pousse-seringues... Le personnel a été renforcé et une d'infirmière puéricultrice dédiée à ce secteur est venue renforcer l'équipe. Une UK au sein d'un service d'Obstétrique permet à la fois le suivi de l'enfant et de sa mère. Ce sont les soignants qui se déplacent vers eux et non les parents qui vont voir leur enfant dans une autre entité. La mère bénéficie donc d'un suivi du post-partum approprié avec une surveillance tant physique que psychologique. Les soins sont assurés 24h/24 par une sage-femme, une infirmière puéricultrice et une auxiliaire mère-enfant (AP/AS). Les médecins pédiatres et gynécologues obstétriciens sont présents ainsi qu'une psychologue, une psychomotricienne, une assistante-sociale et un kinésithérapeute si besoin. La surveillance et les soins du nouveau-né sont réalisés dans la chambre de la maman, après avoir été expliqués. Ils sont effectués en présence des parents avec leur participation s'ils le souhaitent. Une attention particulière est portée à l'écoute et au respect du bébé et de sa mère. Celle-ci, entourée, soutenue par les soignants, s'occupe de son bébé sans crainte et prend confiance en elle. Le « peau à peau » est proposé favorisant ainsi l'harmonisation affective maman-bébé par toutes les interactions que cela permet : corporelle, visuelle, olfactive... Cette proximité stimule la lactation, permet les tétées à la demande et favorise donc l'allaitement maternel. La mère prend également conscience des capacités de son enfant ce qui la rassure. L'enfant, quant à lui, trouve ses repères, différencie aisément sa mère des soignants et peut ainsi tisser avec elle les liens indispensables à son développement physique et psychique.

Ces chambres sont destinées à la dyade maman-bébé, mais il arrive fréquemment que le papa (ou le conjoint) reste pendant toute la durée de l'hospitalisation recréant ainsi la cellule familiale. Si ce n'est pas le cas, cela est tout de même facilitant pour le conjoint qui aura sa femme et son enfant dans la même chambre. Il pourra par ailleurs venir, accompagné de la fratrie à qui le nouveau-né pourra être présenté.

**Marie-Hélène DELANLSSAYS**  
Cadre puéricultrice, Maternité secteur 1



## ► L'ACTIVITÉ DE L'UNITÉ KANGOUROU EN 2015

> 290 enfants admis sur l'UK en 2015

Modalités d'hospitalisation :

> la prématurité : 51%

> le retard de croissance intra-utérin : 29%

> l'antibiothérapie intraveineuse : 9%

> autres 11 % : surveillance néonatale d'un traitement maternel, syndrome de sevrage, grippe maternelle et/ou néonatale, surveillance cardiaque (trouble du rythme, cardiopathie)...

Lorsque les enfants sont trop petits, immatures, ou instables, ils sont hospitalisés dans un premier temps en Néonatalogie et transférés secondairement en UK. Cela correspond à 97 enfants, soit 33 %. Les 193 autres, soit 67 % ont été hospitalisés d'emblée en UK. Peu d'enfants (4 %) ont dû être hospitalisés secondairement en Néonatalogie pour aggravation de leur état clinique ou sortie prématurée de la mère.

## ► TÉMOIGNAGES DE PARENTS

### QUELQUES JOURS AVANT LA SORTIE

Afin d'améliorer nos pratiques, nous allons procéder à un audit à destination des patientes accueillies au sein de l'UK. Pour tester et réajuster si besoin notre outil, nous avons à ce jour réalisé deux entretiens. Lors des discussions avec les parents, deux situations anxigènes liées aux soins techniques nous ont été rapportées :

> Les 2 à 3 premiers jours : stress lié aux alarmes sonores du moniteur indiquant des bradycardies/désaturations nécessitant l'intervention de l'infirmière puéricultrice pour stimuler le bébé.

> La vision de la pose de la sonde naso-gastrique en chambre.

L'anxiété engendrée par ces situations semble cependant être contenue par la présence et le soutien du personnel formé à l'accompagnement de la triade parents-bébé. Voici ce que relatent les parents lors des entretiens :

**Comment avez-vous vécu votre installation en chambre kangourou ?**

*Maman 1 : Très bien, car je me suis dit « S'il est hospitalisé en Unité Kangourou et pas en Néonatalogie, c'est que le bébé est costaud ».*

**Lors de votre accouchement, comment avez-vous vécu l'annonce de votre hébergement en Unité Kangourou ?**

*Maman 1 : Une joie (dit-elle avec un grand sourire).*

*Maman 2 : J'ai pleuré de joie de savoir que mes jumeaux allaient en Unité Kangourou.*

**Quels bénéfices retirez-vous de la présence de vos enfants auprès de vous ?**

*Maman 1 : Cela m'a permis de m'adapter à eux, de faire leur connaissance dès le premier biberon, le premier bain, d'être comme à la maison, de me sentir maternée entre 4 murs.*

*Maman 2 : Sans ce confort, je n'aurais jamais pu allaiter comme ça !*

*Le bienfait du contact permanent est réel, c'est un bonheur de les avoir à côté de moi et de pouvoir effectuer les soins moi-même. Et la présence soignante m'a permis de dédramatiser et m'a vraiment rassurée.*

**Quel est votre ressenti sur le déroulement de votre séjour ?**

*Maman 1 : Que du positif !*

*Maman 2 : J'ai été bien entourée et écoutée grâce à une grande disponibilité des soignants.*

Comme nous le montre ces différents vécus, le bilan est extrêmement positif. L'équipe soignante, fortement engagée, est consciente de l'enjeu de cette période si particulière. L'accompagnement à la découverte des compétences des parents et du bébé est primordial et permettra un retour à domicile serein.

# Une leçon clinique



Quel bonheur de marcher dans Paris, le nez en l'air, à l'affût d'un lieu historique à découvrir. Mes pas m'ont récemment mené rue de l'École de Médecine où, curieux de visiter le bâtiment classé monument historique qui abritait autrefois le Collège et l'Académie royale de chirurgie, j'entrepris de m'engager dans l'escalier imposant qui mène au musée de l'Histoire de la Médecine. Sur le palier du 3<sup>e</sup> étage, je tombai nez à nez avec un immense tableau qui nous livre, à une époque où la photographie n'avait pas encore envahi l'espace narratif et visuel, une scène étonnante de réalisme de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Ce tableau d'André Brouillet (1857-1914), réalisé en 1887 et qui s'intitule « Une leçon clinique à la Salpêtrière », est un témoignage quasi-photographique d'un épisode médical et historique fameux. Il nous offre par ailleurs un certain nombre de portraits célèbres dont les noms ont donné naissance à une sacré brochette d'éponymes que nous allons détailler.

➤ **Jean Martin Charcot** est le personnage central du tableau. Il s'agit d'une séance d'hypnose où ce dernier présente à un auditoire fourni sa célèbre patiente, Blanche Wittmann, en pleine crise d'hystérie. Âgée de 28 ans au moment de cette scène, Blanche était facilement mise en catalepsie et Charcot en profitait pour reproduire par ce biais ses manifestations hystériques. Pendant plusieurs années, elle devint pour Charcot un objet d'étude ainsi qu'une de celles qui le faisaient briller devant un auditoire ravi de médecins, d'écrivains et artistes, lors de ses fameuses séances cliniques du mardi. Elle joua un rôle majeur dans l'élaboration des conceptions de Charcot sur l'hystérie.

Les observations rapportées de la grande attaque d'hystérie chez Blanche (ou Augustine, une autre de ses célèbres patientes), font état de grandes crises avec perte de connaissance, puis mou-

vements désordonnés et contorsion ou attitudes passionnelles simulant parfois l'acte sexuel, avant un retour à la conscience progressif. Ces crises étaient déclenchées par le sommeil provoqué (qui ne s'appelle pas encore hypnotisme) grâce à un hypnoscope ou un aimant, et parfois influencées par la stimulation de zones « hystérogènes », dont la compression ovarienne... Les manifestations étaient parfois beaucoup plus polymorphes, faites de paralysies, de troubles de la parole ou de la sensibilité.

## Charcot, un des précurseurs de la psychanalyse

La première chaire de Neurologie au monde est créée en 1882 à l'Hôpital de la Salpêtrière pour le Professeur Charcot, figure mythique de la Neurologie. Il naît en 1825 à Paris et est reçu à l'agrégation de médecine en 1860. Il est le premier à introduire une démarche scientifique dans l'étude des maladies du système



# à la Salpêtrière

nerveux et va contribuer pendant près de 10 ans, entre 1860 et 1870, à leur description anatomo-clinique. À partir de 1870, suite à des remaniements architecturaux au sein de l'hôpital qui lui attribuent des patients « aliénés », il va s'atteler au problème de l'hystérie qu'il s'efforcera d'élever au rang de maladie, d'entité nosologique. Léon Daudet, écrivain de l'époque, disait de lui : « Charcot entrant dans la salle de cours, saluait le monde d'un regard circulaire, tendait 2 doigts à son chef de clinique, un doigt à son interne et c'était tout. Je n'ai pas connu d'homme plus autoritaire, ni qui fit peser sur son entourage un despotisme plus ombrageux ».

Sur ce tableau, c'est **Joseph Babinski** qui soutient Blanche. Il était depuis 1885 le chef de clinique de Charcot. C'est lui qui exposa pour la 1<sup>ère</sup> fois en 1896 le « fameux » réflexe cutané plantaire dans certaines affections neurologiques. Babinski apparaît, sans doute, comme un des plus grands neuro-sémiologistes de l'époque en montrant l'importance de manœuvres permettant de distinguer les paralysies organiques de celles qui relèvent de l'hystérie ou de la simulation.

**1 Pierre Marie**, qui semble fasciné par le discours de Charcot, fût professeur agrégé et successeur de Dejerine à la Chaire de Neurologie à la Salpêtrière à l'âge de... 65 ans. Il avait publié en 1886 une forme particulière d'atrophie musculaire progressive débutant par les membres inférieurs dénommée encore aujourd'hui maladie de Charcot-Marie-Tooth (ce dernier était anglais). Il avait été choisi comme secrétaire particulier du « Maître » et prenait les observations des patients qui venaient consulter Charcot dans son somptueux hôtel particulier du Boulevard Saint-Germain.

**2 Georges Gilles de la Tourette**, captivé par le Maître, fût le successeur de Babinski comme chef de clinique de Charcot, puis agrégé à la Salpêtrière. En 1885, il décrit une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice (tics) accompagnée d'écholalie et de coprolalie (tic vocal qui consiste à dire de façon involontaire des mots grossiers ou vulgaires), appelée aujourd'hui maladie de Gilles de la Tourette. À partir de 1894, il présente à son tour des troubles psychiatriques et en 1902, il est interné dans une clinique psychiatrique à Lausanne, où il meurt en 1904.

**3 Henri Parinaud**, considéré comme l'un des fondateurs de l'Ophtalmologie française, fût un des collaborateurs de Charcot. Ses travaux sur la paralysie des muscles oculo-moteurs ont laissé leur trace avec la définition du syndrome de Parinaud. À sa mort en 1905, son ami Joseph Babinski devint le tuteur de ses trois fillettes.

**4 Désiré Magloire Bourneville**, élève de Charcot, publia dès 1872 les Leçons de Charcot sur les maladies du système nerveux. Il fut un rédacteur médical fécond et fonda en 1880 les Archives de Neurologie. Ses travaux sur l'épilepsie et « l'idiotie » lui firent décrire la sclérose tubéreuse en 1881.

**5 Paul Arène**, poète et écrivain provençal originaire de Sisteron, figure sur ce tableau en tant que représentant de la littérature. Il était notamment lié à Charcot par l'amour qu'il porta à sa fille Jeanne (lire le magnifique poème "Sur un éventail" dédié à celle-ci).

**6 Jean-Baptiste Charcot**, avait 20 ans sur ce tableau. Fils de Charcot, il collaborait à la rédaction des leçons du mardi de son père qui lui avait imposé de faire des études médicales. En 1902, 15 ans après cette scène, celui qui deviendra le « Commandant Charcot » fait sa 1<sup>ère</sup> croisière en Antarctique sur le « Pourquoi pas » et rejoint son père sur les sentiers de la gloire. Mort en mer, il est enterré à Paris le 12 octobre 1936 après des funérailles nationales.

## Le concept d'hystérie

Que reste-t-il en 2016 de ce concept d'Hystérie, né sous Hippocrate, et qui a longtemps marqué les consciences ? Ce médecin grec est à l'origine du terme, dérivé du grec *Hysteria* qui signifie utérus. Il est étymologiquement impropre puisque les manifestations concernaient aussi bien les hommes que les femmes. L'utérus, à cette époque, était alors vu comme « *un petit animal habitant le corps de la femme qui par ses déplacements provoquait les troubles hystériques* » !

Quel sens donner à la scène de Brouillet, digne pour certain du « grand guignol » ? Que faut-il penser aujourd'hui des observations de Charcot ? La question de la « vérité » est posée dès sa mort par Babinski. Son plus fidèle élève est ici un témoin à charge et dit : « *Ses leçons attiraient les gens du monde, des acteurs, des littéraires, des magistrats, des journalistes, des hommes politiques et quelques médecins. L'exposition des sujets en état de léthargie, de catalepsie, de somnambulisme, de sujets présentant des crises violentes, ressemblait trop à de la mise en scène théâtrale.* » La question est de savoir ce qui se faisait en conscience ou non. Pouvait-il y avoir une simulation inconsciente ? Étrange, sur le mur, au fond de la salle, se déroule sur le tableau accroché au mur la même scène, comme une invitation, une suggestion !

Aujourd'hui, on ne parle quasiment plus de ces manifestations hystériques bruyantes, et on peut se poser légitimement la question du lien entre cette quasi-disparition et le moindre intérêt des médecins pour cette maladie. Qui de la poule ou de l'œuf... ? Cela pose aussi évidemment la question de l'évolution des rapports sociaux et de la « mort » de l'hystérie. On peut évoquer l'émancipation de la femme comme principale responsable de cette disparition. Peut-on considérer comme le suggère certains qu'à l'époque de Charcot et de Freud, les crises d'hystérie étaient pour les femmes enfermées dans un carcan psychique et social, un moyen d'exprimer avec le corps ce qu'elles n'avaient pas les moyens de verbaliser ? Les femmes sexuellement et socialement plus émancipées aujourd'hui, auraient-elles la possibilité de verbaliser leurs maux et donc plus le besoin de simuler ou de théâtraliser pour se faire entendre ?

Que de questions sans réponses. Charcot fût sans doute un grand scientifique, un génie sans égal dans l'histoire de la Neurologie, mais que dire de cette dérive exhibitionniste à la fin de sa vie ? On peut dire que Charcot est un des précurseurs de la psychanalyse car c'est suite à un séjour dans son service en 1885 que Freud, grand admirateur du médecin français, publiera les Etudes sur l'hystérie : une représentation de ce tableau était d'ailleurs accrochée dans son cabinet à Vienne. Ce n'est donc plus seulement sur Charcot que l'on s'interroge, mais sur Freud et la psychanalyse...

**Dr Philippe MASSON**  
Chef de service, Néonatalogie

# Un sport à couper le souffle

Dans le cadre des sports sous-marins, la plongée en apnée ou plongée libre désigne la plongée avec interruption de la ventilation contrairement à la plongée sous-marine ou plongée hyperbare où le pratiquant respire de l'air sous pression stocké dans des bouteilles. Challenge a rencontré le Docteur Jean-Luc SCESA, Chirurgien digestif, pour vous faire découvrir et partager sa passion.

Serge MARTY, Responsable du service Transport - Entraînement en poids constant au large de Port Cros - 2013

## LES RÉSULTATS, LES RECORDS, LES APNÉISTES CÉLÈBRES FRANÇAIS

Depuis 2008, la progression est fulgurante chez les apnéistes français. Cette année, les Français ont d'ailleurs particulièrement brillé aux championnats du monde organisés à Mulhouse.

- > Alexis DUVIVIER a parcouru 294 m de distance horizontale en apnée dynamique avec palmes le 11 août 2015.
- > Arthur GUERIN BOERI a été Champion du Monde en 2013 et 2015, avec le record du monde d'apnée dynamique sans palmes CMAS de 200 m.
- > Sophie JACQUIN a réalisé en 2011 le record du monde d'apnée statique CMAS, et a été en 2013 Championne de France d'apnée au classement général et Vice-Championne du Monde CMAS d'apnée statique.

- > Guillaume NERY est descendu à -127 m en apnée en poids constant. Il est également l'auteur des films « Free fall », « Narcose » et « Ocean gravity » aux côtés de son épouse Julie GAUTHIER.
- > Morgan BOURC'HIS est spécialiste du poids constant sans palmes et a été Champion du Monde de la discipline en 2013.
- > Remy DUBERN a été Champion du Monde 2015 en poids constant sans palmes et est monté sur la 3<sup>e</sup> marche du podium en poids constant en bi-palmes.
- > Patrick POGGI a été Champion de France 2015 d'apnée en poids constant avec une profondeur atteinte de 87 m !





**Dr Jean-Luc SCESA, Chirurgien digestif**

### Challenge: Pouvez-vous nous présenter cette discipline ?

Dr Jean-Luc SCESA : En apnée, il existe plusieurs approches et plusieurs disciplines : l'apnée indoor pratiquée en piscine qui existe depuis plus de 15 ans, et l'apnée outdoor qui se pratique en mer (ou lac). Ensuite, il y a plusieurs épreuves :

- > l'épreuve d'apnée statique qui est moins « spectaculaire » dans l'esprit des néophytes mais la plus connue quand même car nous nous sommes tous lancés, un jour entre amis, le défi de savoir « qui tenait le plus longtemps sous l'eau » ;
- > l'épreuve d'apnée dynamique avec des palmes (ou monopalmes) qui est la plus sportive car elle demande de parcourir une distance en apnée ;
- > l'épreuve d'apnée dynamique sans palme qui se pratique à la force des bras et des jambes sans accessoire de propulsion, il s'agit là de la discipline la plus pure de l'apnée ;
- > de nouvelles épreuves se sont créées plus récemment, se sont des épreuves de nage en apnée type 16x50 m (épreuve de vitesse et endurance) et le 100 m sprint en apnée. L'apnée outdoor, est la plus connue depuis le film *Le Grand Bleu*.

Elle se réalise en :

- > poids constant avec ou sans palme ;
- > immersion libre, dans ce cas l'apnéiste descend le long d'un câble à la force des bras et on remonte aussi à la force des bras ;
- > le poids variable et le « no limit » lorsqu'on descend avec un poids (une gueuse) comme nous l'avons vu dans *Le Grand Bleu* qui est une pratique plus extrême et dont les risques d'accidents sont plus fréquents.

### Comment avez-vous eu l'idée de faire de l'apnée loisir puis sportive ?

Je suis né au bord de la mer Méditerranée, et naturellement, j'ai été attiré par tous les sports aquatiques. Mes études m'ont amené en Auvergne, « très très » loin de la mer, j'ai donc décidé de m'inscrire dans un club d'apnée à Clermont Ferrand, afin de m'entretenir pour pouvoir continuer de plonger en mer lorsque le loisir me le permettait. Ensuite, mon esprit sportif et compétiteur

m'a amené à m'investir dans la formation pour devenir initiateur, puis moniteur Fédéral 2<sup>e</sup> degré, et enfin Instructeur National, et je me suis retrouvé ainsi à encadrer des sportifs.

### Comment avez-vous été choisi pour être médecin de l'équipe de France d'apnée et quel était votre rôle au sein de cette équipe ?

J'ai commencé la compétition en 1998, au début de la création de la Commission Nationale d'Apnée (dépendante de la FFESSM). Nous étions toujours le même groupe d'amis autour de ces premières compétitions. Puis, en 2009, le poste de médecin de l'équipe de France était vacant, alors il m'a été proposé naturellement et bien évidemment je l'ai accepté. C'était les balbutiements de l'équipe de France, mon rôle alors était d'abord de vérifier l'aptitude des athlètes pour la compétition (tests d'efforts, mesure de la capacité respiratoire) mais aussi de contrôler leur auto-médication et éviter le dopage. J'ai occupé cette fonction de 2009 à 2012 et depuis mon rôle au sein de l'apnée française est essentiellement orienté vers la formation des apnéistes sportifs et débutants.

### Quel est votre plus beau souvenir de plongée en apnée ?

J'ai vécu plusieurs expériences exceptionnelles notamment lors des championnats du monde en 2011 à Tenerife où la Marseillaise a retenti grâce au record de Sophie JACQUIN (première recordwoman du Monde CMAS en apnée statique avec 6min38sec en 2011 à Tenerife).

Ma première plongée en mer à - 50 mètres de profondeur sur la Côte d'Azur reste également un grand souvenir.

Il faut savoir qu'au niveau des sensations, l'apnée est un moment de solitude au fond de l'eau qui nous remplit d'ivresse, de bonheur. La narcose que l'on peut ressentir dès 50 mètres, souvent racontée par les grands apnéistes comme Guillaume NERY, est un grand moment de plénitude difficile à décrire. Il faut comprendre aussi qu'à partir de 40 m de profondeur, nous sommes en chute libre. Nous arrêtons alors de palmer et là commence l'exceptionnel. Pour accéder à ces sensations, il est nécessaire d'être bien préparé et humble lors des plongées en pleine mer car c'est bien elle qui est la plus forte.

### Quel est intérêt pour sa propre santé de se lancer dans l'apnée ? Y a-t-il un âge idéal pour commencer ?

L'apnée est un sport qui peut être pratiqué à tout âge à partir du moment où il est exercé dans le cadre d'une association structurée. La durée de l'apnée dépend de la capacité de chaque pratiquant à économiser l'oxygène contenu dans l'organisme et les poumons, en dehors des capacités génétiques et de l'état de forme du sujet. Le corps humain présente des caractéristiques d'adaptation au milieu marin. Ainsi, certains réflexes, que l'on retrouve chez les mammifères marins,

peuvent être développés grâce à l'entraînement.

Le premier avantage de l'apnée, c'est qu'il s'agit d'un sport qui se pratique en apesanteur et qui ne présente donc aucune contrainte pour les articulations. L'apnée ne permet pas d'augmenter la capacité musculaire, en revanche elle est très intéressante pour augmenter sa capacité respiratoire et la façon de se ventiler. En pratique de loisir, et encore plus en pratique sportive, l'apnée va vous aider à améliorer votre relâchement et votre décontraction de la même façon que pourrait le faire la sophrologie ou le yoga. D'abord, il faut accepter la pression des profondeurs grâce à un relâchement par visualisation jusqu'à l'auto hypnose pour parvenir à cette performance. Rares sont les accidents et s'ils existent (œdème pulmonaire ou le squeeze), ils ne peuvent se produire que lorsque cette activité est faite en solitaire et non encadrée par des clubs sportifs.

Avec un peu d'entraînement, chacun pourrait atteindre 4 min. d'apnée statique et 100 m de distance de nage. La compétition est ouverte dès l'âge de 16 ans en loisir et dès 7 ans en club.

### Quel est votre record personnel ?

Mon record personnel en apnée statique est de 4min30sec. En terme de comparaison, les meilleurs français font entre 6 min 30 et 8 min.

Mes autres records sont - 50 m en profondeur et 160 m en distance parcourue en apnée.

Je tiens à signaler que nous avons un autre champion d'Apnée dans l'établissement : Serge MARTY, Responsable du service du Transport, qui a établi une performance de distance en apnée de 165 m lors de la coupe de France de 2014 à Besançon.

### Quelle sera votre prochaine plongée en apnée ?

Je vais retourner en Italie, à côté de Venise, où la plus grande fosse d'Europe appelée Exa40 a été construite (42 m de profondeur), pour y plonger dans une eau à 33°C.

Propos recueillis par Franck HERY  
Responsable UCPC



**Dr SCESA - Juin 2009 - Cannet (06)**

ECOUTER

ECHANGER

SENSIBILISER



**CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON**

**JEUDI 12 MAI 2016**

**9H ▶ 16H**

Programme complet sur

[ch-avignon.fr](http://ch-avignon.fr)



L'hôpital public,  
on a toutes  
les raisons  
pour le choisir

## ► PÉDIATRIE

### Une fresque financée par les pompiers bikers

► Le 12 décembre 2015, pour la 4<sup>e</sup> année consécutive, les pompiers bikers de l'Association « Wind & Fire MC » ont distribué des jouets aux enfants hospitalisés dans les services de Pédiatrie du CHA. De Monaco à Barbantane, de Draguignan à Eyragues, en passant par le Gard, la Drôme et Lyon, leur collecte a également permis de financer la réalisation d'un tag dans l'espace réservé aux adolescents. Deux jeunes graffeurs avignonnais, Marc et Dino, ont réalisé le tag gracieusement, et les pompiers ont fourni les bombes de peinture.

