

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

# CHALLENGE

N°51 - Octobre 2011



➤ CENTRE DE TRAITEMENT DE L'ALERTE UNIQUE

## Une complémentarité exemplaire entre hospitaliers et pompiers



- ORGANISATION  
ECO-MOBILITÉ DES HOSPITALIERS
- SOINS  
URGENCES PÉDIATRIQUES
- SERVICE  
ACCREDITATION DES LABOS
- OUVERTURE  
MÉDECIN DE L'ÉQUIPE DE FRANCE  
VACANCES HOSPITALIÈRES  
SIMPLICITÉ VOLONTAIRE

## Octobre 2011 ou l'été indien

>> Les arbres virent aux couleurs chatoyantes de l'automne malgré la chaleur ambiante prolongée. J'y suis toujours sensible mais particulièrement cette année à quelques mois de ma fin de carrière, un brin mélancolique !

Ce numéro est en grande partie consacré aux urgences à travers le CTA et la pédiatrie, domaines qui avec la réanimation remplissent ma vie depuis 40 ans.

Je partage totalement l'analyse de mon collègue pédiatre quand à l'évolution des urgences et comme lui je le regrette profondément car le sens de notre engagement dans ce domaine a été de faire de la médecine d'urgence pour de vraies urgences pas toujours vitales mais pour de vrais malades. Le grand malade aujourd'hui est notre société et pour se soigner elle a trouvé un recours : les urgences hospitalières ou le SAMU.

Que de malades imaginaires les fréquentent ! Combien d'irresponsables dérangent le 15 ou le 18 (le CTA) pour des maux qui ne regardent qu'eux ! Au détriment, il faut le dire, car ce sont les plus exigeants, les plus contestataires, les plus agressifs, des vrais malades, blessés ou parturientes.

Ce sont aussi les sportifs du dimanche, les bricoleurs de génie, les aventuriers en goguette, les conducteurs alcooliques, les assureurs exigeants, les services de police avides de certificats, la justice grande consommatrice de témoins et témoignages et attestations divers et variés, tout ce beau monde converge vers les urgences seule entité ouverte H24, 365 jours par an. La vie s'y déroule sous nos yeux avec ses souffrances, ses douleurs, ses violences, ses fins de vie, ses drames conjugaux, ses égarements psychologiques... la liste est interminable et ne serait jamais exhaustive.

Mais tout ceci n'est que babiole quand on assiste à l'entreprise de démolition du service public en faveur de l'activité privée lucrative. Folie du libéralisme débridé et de technocrates énarques enlisés dans des concepts manichéens loin, très loin du soin.

Aujourd'hui, j'ai tout simplement envie de pousser un cri pour la défense du service public. Comme j'aime à le répéter, cette défense passe par nous, agents du service public. Car c'est en défendant notre outil de travail par le travail, par le respect de cet outil, par la promotion de notre maison, par la rigueur, par l'engagement, que nous défendrons notre crédibilité. Nous devons donner l'image d'une institution laborieuse, sérieuse au service des malades, posture qui nous donnera toujours le droit légitime d'exiger plus et mieux. Il m'insupporte d'entendre parfois des agents quels qu'ils soient critiquer leur outil de travail plutôt que d'œuvrer à son amélioration.

Cet univers est régi par des lois physiques précises, du quark aux galaxies, mais l'activité humaine, elle, est imparfaite mais perfectible. Nous avons l'assurance d'avoir un travail, qui plus est au service de l'autre, et nous sommes sans le savoir dans le don à l'autre car le don est aussi une façon de recevoir. On ne peut pas impunément être dans le soin et ne pas s'y investir faute de quoi la carrière sera un échec et chaque matin sera douloureux.

Il y a une révolution à faire qui est de revoir toute l'organisation des établissements de santé en supprimant la dichotomie privé/public peut être par des formules intermédiaires type ESPIC ? Sanctuariser l'argent de la santé plutôt que de le livrer à des groupes financiers avides de spéculation. Ne peut-on tenter une approche collective des dépenses de santé plutôt que de favoriser tel ou tel microcosme ? Aujourd'hui, nous manquons cruellement de lisibilité, alors comment tenir la barre lorsqu'on ne connaît ni le cap, ni la destination ?

C'est d'abord le management des hommes, qui fait la qualité, l'efficacité et pourquoi pas la rentabilité d'un établissement, et non pas les finances qui fonderont une équipe. A trop nous faire plier sous le joug de mesures vexatoires, les meilleurs s'en iront, en privé bien sûr, où ils coûteront plus cher, les médiocres resteront en public et le bateau naviguera entre deux eaux puis coulera ! Je ne crois pas à ce scénario.

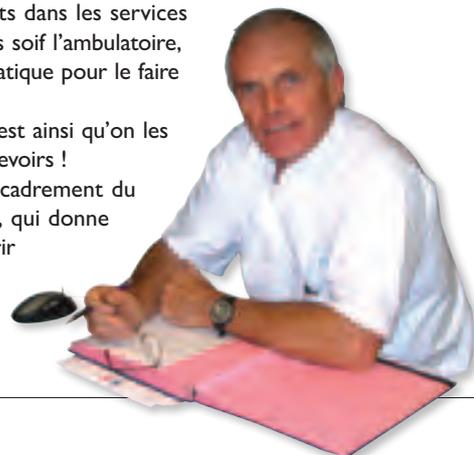
Dans la tourmente actuelle, soyons positifs et gageons que dans mille ans l'hôpital sera toujours debout. Notre force, c'est ce sentiment d'appartenance à notre hôpital, qui nous pousse à le défendre bec et ongles contre les agresseurs extérieurs ou intérieurs et les critiques injustes. Cela ne nous dispense pas d'évolution dans les organisations, dans les concepts, le CTA en est un exemple et je suis fier d'y avoir contribué envers et contre tous les dogmes. Il faudra donc réfléchir et évoluer vers des fonctionnements différents dans les services d'hospitalisation, réduire les lits, développer jusqu'à plus soif l'ambulatoire, repenser l'organisation médicale, accepter l'outil informatique pour le faire évoluer en mieux, optimiser l'accueil.

Responsabilisons aussi les usagers de la santé puisque c'est ainsi qu'on les nomme, et si on leur donne des droits ils ont aussi des devoirs !

Un grand regret cependant, l'échec de la politique d'encadrement du tabagisme à l'hôpital lieu de soin et non pas d'addiction, qui donne une image désastreuse de ce lieu qui devrait soigner, guérir mais aussi prévenir.

**Dr. Philippe OLIVIER**

Ancien Président de la Commission Médicale d'Etablissement



- Editorial ..... page 2
- Organisation ..... page 3  
Optimiser vos déplacements
- Institution ..... pages 4/7  
Dossier CTAU 84
- Soins ..... pages 8/9  
Urgences pédiatriques
- Service ..... pages 10/11  
Accréditation des labos
- Ouverture ..... pages 12/15  
> Médecin de l'Equipe de France  
> Simplicité Volontaire  
> Vacances hospitalières
- Brèves ..... page 16



### DIRECTEUR DE PUBLICATION

> Francis DECOCOUT

### RÉDACTEURS EN CHEF

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

### COMITÉ ÉDITORIAL

- > Alexandra AGNEL, Qualificatrice, poste 3459
- > Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
- > Stéphane BOURGEOIS, Chef de service, Urgences adultes, poste 3179
- > Marie-Laurence BRETAGNOLLE, Admissions, poste 9020
- > Yannick CERUTTI, Photographe
- > Claire CHRESTIA, Cadre de Santé, poste 3580
- > Philippe DI SCALA, Stratis
- > Eric DULAK, Directeur des soins, poste 3519
- > Franck HERY, Restauration, poste 3505
- > Thérèse ISENBRANDT-HAMY, Cadre Sup. de Santé, poste 3586
- > Philippe MASSON, Chef de service, Néonatalogie, poste 3665
- > Magali RIGAL, Directrice adjointe, poste 3904

### SECRETARIAT DE RÉDACTION

04 32 75 39 02

### CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

### CRÉDIT PHOTOS

CH Avignon, Stratis, Fabrice Bryand

## &gt; ECOMOBILITÉ

# Optimiser vos déplacements, ça vous intéresse ?



Accroissement des frais de transports pour les salariés comme pour les entreprises, bouchons, pollution, voilà un nouveau sujet auquel tout le monde doit s'attaquer en début de siècle à l'aune du Grenelle de l'environnement.

>> Chaque jour, vous êtes amenés à vous déplacer pour de multiples raisons : aller travailler, déposer les enfants à l'école, les accompagner aux activités, faire les courses ou des démarches administratives. Cette organisation vous oblige souvent à utiliser votre voiture malgré les contraintes d'embouteillage ou de stationnement difficile. Vous ressentez du stress, de la fatigue, sans parler du coût du déplacement, du risque routier et de la perte de temps... Pourtant, il est possible de limiter ces inconvénients, pourquoi ne pas choisir une autre manière de vous déplacer ? Les réponses à cette question sont multiples, et chacune d'entre elles est rationnelle. Alors que faire ? C'est à cette question que le Copil Développement durable vous propose de répondre collectivement, pour vous aider à mieux vous déplacer. Le Centre Hospitalier d'Avignon poursuit sa démarche d'amélioration des conditions d'accessibilité et de transport entre votre domicile et votre lieu de travail. L'établissement s'investit concrètement dans une démarche de partenariat avec les services chargés des transports sur le département et la région pour mettre en place un Plan de Déplacements Administration (PDA).

## Pourquoi un Plan de Déplacements Administration ?

Grâce à une convention entre l'Ademe et la Région, la Chambre de Commerce et d'Industrie de Vaucluse innove en lançant des pré-diagnostic de déplacements sur les cinq grands pôles posant les critiques du périmètre du plan de protection : Avignon Nord, Carpensud, Agroparc, Courtine, Cristole-Castelette. Cette démarche vise à dresser un état des lieux des zones et mobiliser les chefs d'entreprises pour trouver des alternatives concrètes à la voiture individuelle. **En premier lieu, la réglementation rend obligatoire la mise en place d'un PDA pour les entreprises de plus de 250 salariés.** La zone de Courtine compte 371 établissements, 4 580 salariés auxquels s'ajoutent les 3 200 agents du CHA, soit 7 780 salariés ; plus les 3 millions de voyageurs qui fréquentent la gare TGV chaque année, sans oublier les camions qui arrivent et partent

des usines, magasins et entrepôts ! Les Plans de Déplacements Inter Entreprises (PDIE) permettent de connaître et exprimer le besoin des entreprises auprès des organismes en charge des transports sur le territoire. La mise en place d'un PDIE sur la zone de Courtine est donc une nécessité. Un groupe de pilotage appelé Mobilité84 a été créé pour mener ce travail à bien. Ensuite, il s'avère que la contribution CHA à la taxe transport va doubler (1.80 % de la masse salariale) notamment en raison de la construction du tramway.

## Semaine européenne de la mobilité : 19 au 23 septembre 2011

En tant qu'acteur, le CHA va être amené à s'engager concrètement, à prendre part à la réflexion, à l'action, et au suivi de cette démarche. C'est pourquoi, à la rentrée une enquête anonyme vous donnera l'occasion d'exprimer vos attentes, vos contraintes et vos idées en matière de déplacements. Les résultats seront utiles pour l'identification des solutions adaptées au maximum d'agents hospitaliers et usagers et pour construire collectivement l'avenir de l'accessibilité à notre établissement. Chaque année, l'objectif de cet événement est d'inciter le plus grand nombre de personnes à adopter une démarche éco-citoyenne pérenne en privilégiant les déplacements doux et alternatifs à la voiture particulière : transports publics, covoiturage, autopartage, vélo...

Franck HERY

Responsable qualité, Restauration

d'infos?  
www.mobilite84.com



## > Pensez au covoiturage

Seul dans votre voiture, et si nombreux sur la route. Rien ne vous étonne ? Une solution : <http://covoiturage.ch-avignon.fr/>  
Code : CHAvoiture

## > Le saviez-vous ?

1 trajet quotidien moyen de 20 km + 1 voiture personnelle = 2 500 € que vous pourriez utiliser autrement !  
Pour info, le prix du km en TER = 0,05 €  
cf. simulateur sur [www.ter-sncf.com](http://www.ter-sncf.com)

## &gt; DOSSIER CTAU 84

# Hospitaliers et pompiers,

La chaîne des secours ne peut fonctionner sans son premier maillon, le témoin qui protège et qui alerte : le Centre de Traitement de l'Alerte Unique du Vaucluse (CTAU 84). Suite à l'article paru dans l'édition 32 de novembre 2004 au moment de la mise en place du CTAU, Challenge a souhaité revenir sur cette opération et vous livrer les détails de son fonctionnement en allant à la rencontre des professionnels du SAMU 84 et du SDIS 84.

Dossier et propos recueillis par Marielle PETIT DE GRANVILLE  
Chargée de Communication



## « Une plateforme départementale de réception commune SDIS/SAMU »

Lieutenant-Colonel Laurent COURTIAL,  
Chef du Groupement des Opérations et des Systèmes d'Information  
et de Communication, SDIS 84

### >> Challenge : Quelles sont les missions du Service Départemental d'Incendie et de Secours de Vaucluse (SDIS 84) ?

**Lieutenant-Colonel Laurent COURTIAL** : « Le SDIS 84 est chargé de la prévention, la protection et la lutte contre les incendies. Il concourt, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence. Dans le cadre de ses compétences, il exerce les missions suivantes :

- > la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile
- > la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours
- > la protection des personnes, des biens et de l'environnement
- > les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation. »

### Challenge : Quelle est l'origine et quelles sont les évolutions du CTAU ?

**L. C.** : « Le SDIS de Vaucluse a été l'un des premiers à passer commande, en 1984, d'un système de traitement de l'alerte mais avec une prise d'appel des 18 dans 10 Centres de

Traitement de l'Alerte. Après avoir traité environ 600 000 interventions, le système « ULIS » est arrivé en fin de course. Dès 1996, la mise en service du 112 et la nécessité de construire un état-major pour le SDIS ont conduit à une étude sur son remplacement. Toutefois, il a fallu attendre 1999 pour que toutes les conditions soient réunies pour ce projet commun avec l'hôpital. Après une étude de faisabilité sous la houlette du Préfet, la signature d'un protocole de régulation médicale, la participation du Centre Hospitalier d'Avignon au concours d'architectes pour la construction du bâtiment et à l'appel d'offres pour le choix du système informatique, ce grand projet pouvait alors débuter. Le système « Artémis » est mis en place en 2003 pour le SDIS, et l'accueil du SAMU sur la plateforme débute quelques mois plus tard en 2004. La version de base du logiciel est enrichie de fonctions spécifiques notamment les outils nécessaires à la régulation médicale assurée conjointement par les médecins du SAMU, du SDIS et libéraux. La tendance actuelle au niveau national est à la généralisation des plateformes départementales de réception communes sapeurs-pompiers/SAMU. Au-delà, des expérimentations sont menées pour créer des plateformes de réception communes entre les services publics

de sécurité et de secours. Un projet d'accueillir une cellule du Conseil Général Service Route a d'ailleurs été envisagé au CTAU. Mon prédécesseur, le Lieutenant-Colonel RINGOTTE qui a porté ce projet avec le Docteur Philippe OLIVIER, avait d'ailleurs prévu d'accueillir sur cette plateforme les centres opérationnels de la police nationale et de la gendarmerie. D'autre part, le SDIS a changé de réseau radio en 2010, migrant vers un réseau numérique partagé avec la Police Nationale. Le SAMU et les SMUR seront équipés d'ici fin 2011 et partageront donc ce réseau « ANTARES » commun à tous les services participant aux missions de Sécurité Civile. Cette nouvelle technologie nous permet d'ores et déjà de visualiser, sur les cartes informatisées des écrans du CTAU et du CODIS, le déplacement des moyens en intervention. A terme, la transmission de bilans secouristes et médicaux pourront être réalisés à partir de terminaux embarqués (tablettes graphiques), via ANTARES directement sur l'écran du médecin régulateur. La transmission de données biomédicales sera également possible. »



### > Le SDIS 84 en chiffres

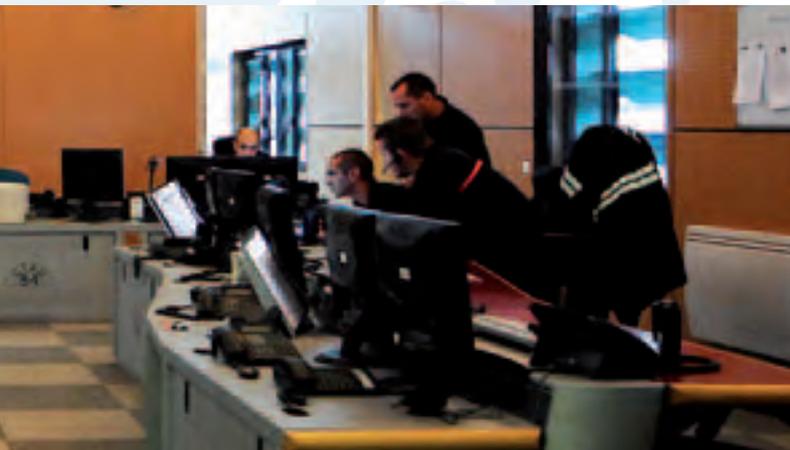
- > 1 Direction Départementale située en Avignon, siège de la plateforme CTAU/CODIS
- > 53 centres d'incendie et de secours répartis sur 3 groupements territoriaux
- > 2375 agents (1 728 sapeurs-pompiers volontaires, 511 sapeurs-pompiers professionnels, 136 personnels administratifs et techniques spécialisés)

- > 1 service de santé et de secours médical (médecins, infirmiers, pharmaciens, vétérinaires)
- > 500 véhicules de secours dont 60 VSAV (ambulances)

### 52 000 interventions en 2010 dont :

- > 34 800 secours à personne (66 %) dont plus de 20 000 secours à domicile
- > 3 900 accidents de la circulation
- > 6 000 incendies
- > 6 500 opérations diverses
- > 1 200 autres opérations dont interventions spécialisées naturelles et technologiques

# main dans la main



## « L'intérêt premier doit rester celui de la victime »

Docteur Stéphane BOURGEOIS,  
Chef des services Urgences adultes  
et SAMU 84, CHA



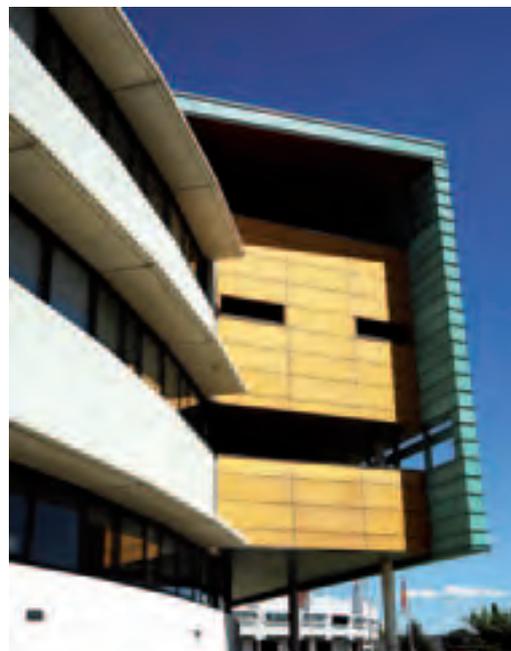
>> **Challenge : Quel est l'intérêt de regrouper le SAMU et le SDIS sur un même site ?**

**Docteur Stéphane BOURGEOIS :** « Les missions du SDIS et du SAMU sont différentes bien que complémentaires : le SDIS envoie des moyens secouristes, le SAMU a pour mission une analyse médicale des situations avec la possibilité de missionner des moyens médicalisés (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation) en cas d'urgence. Le CTAU 84 permet une analyse concertée des situations et une gestion adaptée de l'envoi des moyens. Il permet également une analyse rapide des situations d'urgence départementales, au quotidien ou lors d'évènements exceptionnels. La connaissance immédiate par les deux services des actions de l'autre permet une meilleure adaptation et rapidité dans l'envoi des moyens sur le terrain. »

Le référentiel national commun sur le secours à personne et l'aide médicale urgente paru en 2008 rappelle que l'intérêt premier doit rester celui de la victime. C'est tout l'enjeu de ce rapprochement du SAMU et du SDIS sur une même plateforme de réception et de régulation des appels 15-18-112 et de coordination opérationnelle. »

**Challenge : Comment s'organise la régulation médicale au sein de la plateforme ?**

**S. B. :** « La régulation médicale est assurée par 2 médecins régulateurs, l'un rattaché au SAMU et l'autre au SDIS. Leur collaboration et leur proximité permettent de réduire le temps d'attente et de faciliter la communication. La permanence des soins est également renforcée la nuit et le week-end par un médecin régulateur généraliste centre 15. Ce dernier participe activement et volontairement au bon fonctionnement de ce service public et y apporte son expérience libérale. »



**Challenge : Quel est l'impact sur le fonctionnement des urgences adultes ?**

**S. B. :** « Cette organisation accentue la fluidité de l'information pré-hospitalière en sachant que le CTAU a la connaissance du médecin référent des urgences qu'il peut appeler directement afin de préparer au mieux la prise en charge hospitalière du patient. »

La prise en charge du patient est nettement meilleure depuis la mise en place de ce dispositif. La communication et la transmission de l'information entre pré-hospitalier et hospitalier est favorisée. La coordination des secours entre le SAMU et le SDIS est meilleure.

La connaissance mutuelle et les échanges directs entre médecins régulateurs hospitaliers et pompiers permettent une rapidité d'intervention plus accrue.

La proximité des professionnels permet une lisibilité permanente. »

## > Activité 2010 : SAMU 84-SMUR-Urgences

- > 46 782 passages aux Urgences adultes
- > 3 113 entrées à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (2835 en 2009)
- > 262 patients en soins continus (239 en 2009)

- > 1 543 primaires dont 103 hélicoptérés (1693 en 2009)
- > 1 220 secondaires dont 250 hélicoptérés (1298/266 en 2009)
- > 2 018 consultations (1982 en 2009)
- > 243 transports pédiatriques et néonatalogie (248 en 2009)

**>> Challenge : Qu'est-ce que le Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours de Vaucluse (CODIS 84) ?**

**Capitaine Lionel IBOT :** « Le CODIS assure la coordination opérationnelle des moyens des SDIS dans le Vaucluse. Il s'agit de l'outil opérationnel du Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours et du Préfet. Il permet une remontée d'informations sur tout ce qui se passe dans le département aux autorités compétentes. Il s'occupe de la gestion opérationnelle de l'intervention et complète les moyens envoyés par le CTAU si des renforts s'avèrent nécessaires. »

**Challenge : Quelle est la différence entre le CODIS et le CTAU ?**

**L. I. :** « Le CTAU gère la réception et la prise d'appel, et le traitement de l'alerte. Il diffuse l'alerte vers les centres concernés et informe les services publics tels que la Police, la Gendarmerie ou encore EDF par exemple. Cette plateforme unique diminue le nombre de démarches liées à la gestion de l'urgence. Imaginons que le CTAU n'existe pas, les pompiers devraient prévenir un interlocuteur supplémentaire qui est le SAMU et donc ralentir la chaîne des secours. Question pratique, le CODIS utilise le réseau



**« Cette plateforme unique diminue le nombre de démarches »**

**Capitaine Lionel IBOT,**  
Chef du CTAU/CODIS/ARTEMIS

radiophonique tandis que le CTAU fonctionne par réseau téléphonique. Ce système a été pensé en termes de complémentarité pour une plus grande souplesse. »

**Challenge : Quelles sont les caractéristiques du CTAU 84 ?**

**L. I. :** « Les CTA des sapeurs-pompiers français reçoivent le numéro d'urgence 18, mais aussi le n° 112 (numéro européen commun) à plus de 85 % (les centres de réception SAMU pour 15 % des départements). Chaque année le CTAU 84 reçoit et traite environ 300 000 appels, soit 1 appel toutes les 2 minutes. Une douzaine de départements fonctionnent en plateforme de réception unique SDIS/SAMU n° 15-18-112. Le CTAU 84 a la particularité d'avoir mutualisé tous les outils informatiques, téléphoniques,

cartographiques, radiophoniques, opérationnels, enregistreurs... Il est possible de voir sur un même écran les véhicules pompiers et SAMU. Ce système permet de mener un travail en commun sur la planification du départ type (choix des engins engagés en fonction de la nature de l'intervention). De plus, la régulation médicale s'effectue sous l'autorité du Chef de service SAMU avec la participation des médecins du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM). »

**Challenge : Quel est votre rôle ?**

**L. I. :** « Je suis le garant du bon fonctionnement de l'outil informatique « ARTEMIS » et de la gestion opérationnelle. J'organise et supervise l'activité de la plateforme sur la partie fonctionnelle notamment en termes de relations de travail avec le SAMU et de gestion des plannings. »



**« Une réponse appropriée aux demandes de secours »**

**Capitaine David CHESNEL,**  
Chef du service opérations,  
Officier de garde CTAU/CODIS du 13/7/11



**>> Challenge : Quelles sont les missions du CTAU 84 ?**

**Capitaine David CHESNEL :** « Le CTAU apporte une réponse appropriée aux demandes de secours. Il est unique et centralise l'ensemble des appels :

- 15 : le SAMU pour tout problème urgent de santé ; secours médicalisé ou conseil médical
- 18 : les sapeurs-pompiers pour tout problème de secours (incendies, accidents, inondations...)
- 112 : numéro unique des urgences sur le territoire européen, recommandé aux étrangers circulant en France et aux Français circulant à l'étranger.

Il assure :

- la réception des demandes de secours et leur traitement
- la réorientation éventuelle des appels vers les autres services de secours
- l'alerte du ou des centres de secours compétents
- l'engagement du ou des engins adaptés
- le compte-rendu au CODIS si nécessaire
- l'alerte des autres services d'urgence concernés.

La plateforme fonctionne avec 4 équipes de garde. Chacune est composée d'un chef de salle et de son adjoint, de 2 opérateurs au CTA et 3 opérateurs au CODIS. Le changement d'équipe s'effectue toutes les 12 heures. »

**Challenge : Quel est votre rôle ?**

**D. C. :** « En tant qu'officier de garde, je supervise et coordonne les deux entités CTAU/CODIS. Je suis garant du bon fonctionnement des deux plateformes. Opérationnellement, je supervise la montée en puissance des moyens et la conduite opérationnelle des interventions. Je suis également chargé des relations médiatiques en lien avec la Préfecture. De manière plus concrète, le CTAU/CODIS étant un des organes de renseignement de la Préfecture, je rédige le Bulletin de Renseignement Journalier (BRJ) témoin de l'activité sur 24 heures et le transmets aux autorités départementales puis nationales. Je suis également l'interlocuteur privilégié des médecins régulateurs dans le cadre de la cohabitation SDIS/SAMU.

J'ajoute que nous sommes 12 officiers à assurer la fonction que j'occupe aujourd'hui et nous travaillons en régime de 24 heures. »

**Challenge : Que pensez-vous de cette plateforme unique ?**

**D. C. :** « A mon arrivée il y a 4 ans, j'avoue que j'étais un peu sceptique. Finalement, l'évolution positive de la plateforme montre un réel intérêt pour les victimes. La relation entre pompiers et hospitaliers est même en phase de perfectionnement, à travers une démarche qualité, basée sur l'analyse des dysfonctionnements observés sur la plateforme ou sur le terrain. »



## « La transmission de l'information facilitée »

Docteur Vincent HAEGAERT,  
Médecin régulateur, SAMU 84

### >> Challenge : Comment la coordination entre professionnels du SAMU 84 et du SDIS 84 s'organise-t-elle ?

Dr Vincent HAEGAERT : « Les échanges en temps réel, grâce au regroupement des professionnels du SAMU et du SDIS sur un même site, facilitent énormément la transmission de l'information et favorisent considérablement les relations de travail. Mes 5 années d'expérience au sein de la structure me font dire que l'ambiance de travail est très agréable. L'ensemble des acteurs a appris à se connaître, ce qui à ce jour fait taire les rivalités qui ont pu exister par le passé entre les deux

professions et qui contribue à la réussite de ce fabuleux outil. »

### Challenge : Le CTAU 84 a aujourd'hui 7 ans. Quel est le retour d'expérience en terme de coordination de l'urgence médicale ?

V. H. : « Les médecins régulateurs sont aussi les médecins des urgences.

Vis-à-vis du service des urgences adultes du Centre Hospitalier d'Avignon, c'est une très grande aide. La rapidité d'intervention et donc de prise en charge du patient permet de régler les impairs qui peuvent éventuellement survenir lors d'une intervention. »



## « Une complémentarité très forte entre hospitaliers et pompiers »

Luc BATHELIER,  
Sapeur-pompier opérateur

### >> Challenge : Quel est votre rôle ?

Luc BATHELIER : « Je suis preneur d'appel polyvalent du CTAU 18 et 112. »

### Challenge : Comment percevez-vous votre corps de métier au sein du système de santé ?

L. B. : « Je me situe dans le premier maillon dans la chaîne des secours. Un bon interrogatoire lors de la prise d'appel facilite la prise en charge des urgences.

Je suis également pompier volontaire à Bédarrides, et je constate qu'il existe une complémentarité très forte entre hospitaliers et pompiers. Lorsque je me trouve sur le terrain, j'ai besoin d'avoir des informations précises pour agir au mieux. »

### Challenge : Y'a-t'il un point particulier sur lequel vous souhaitez vous exprimer ?

L. B. : « Les deux corporations qui cohabitent sont parfois source de pression. Le travail est d'ailleurs stressant. Les appelants sont en détresse. Chaque appel se suit mais ne se ressemble pas. Il arrive même que certains appelants ne soient pas honnêtes. Il faut donc savoir déchiffrer le vrai du faux et faire preuve de psychologie. Je suis passionné par mon métier. Malgré ses quelques difficultés mineures, je trouve que cette plateforme est formidable. »



## « Le premier maillon de la chaîne des secours »

Frédéric SERRES,  
Permanencier auxiliaire  
de régulation médicale du SAMU 84

### >> Challenge : Quel est votre rôle ?

Frédéric SERRES : « Je fais partie du premier maillon de la chaîne des secours. Je réponds à tous les appels qui aboutissent sur le 15. L'objectif prioritaire est d'obtenir confirmation de l'adresse et de l'identité de la personne à secourir et d'identifier précisément le problème médical. »

### Challenge : Comment percevez-vous votre corps de métier au sein de la chaîne des secours ?

F. S. : « La qualité essentielle au traitement de l'appel est l'impartialité dans la prise de décision et le suivi de l'intervention. Lorsque j'identifie une pathologie médicale, je dois agir selon 3 niveaux :

- > le conseil médical classique
- > l'envoi des moyens
- > le simple appel réorienté par téléphone vers le médecin régulateur ou physiquement vers le médecin de ville de garde. »

### Challenge : Y'a-t'il un point particulier sur lequel vous souhaitez vous exprimer ?

F. S. : « Le CTAU permet d'éviter les doublons, d'anticiper les secours, d'identifier l'urgence absolue dès le décrochage sans forcément avoir besoin du médecin régulateur et de suivre le bilan de santé du patient. »

## > Appels reçus CTAU 15-18-112

287 370 appels dont  
 - 15 : 119 214  
 - 18 : 86 044  
 - 112 : 82 112  
 - 139 898 appels  
 régulés par  
 médecins



# Etats d'urgences pédiatriques...

Médecin retraité, je continue à travailler dans le service que j'ai longtemps dirigé. Notamment au niveau de l'unité des urgences, que nous avons conçue mes collaborateurs et moi-même il y a quelques années. J'ai beaucoup de satisfaction, de plaisir et même de bonheur à « prendre des gardes aux urgences », et ce pour de nombreuses raisons : « rester dans le coup » en aidant mes collègues, garder le contact avec les patients, travailler encore dans l'équipe qu'au fil des années j'ai constituée, continuer de « transmettre » tout ce que je peux aux plus jeunes, dans ce merveilleux compagnonnage que permet la Médecine enseignée au plus près du malade.

➤ Au soir de ma carrière, je voudrais donc livrer quelques réflexions sur les urgences (« pédiatriques », car ce sont celles que je connais), leur évolution, et ce qu'elles nous font comprendre de notre système de soins et de la société dont elles sont un formidable observatoire.

## ➤ Vu aux urgences

Autrefois conçues pour l'admission rapide des situations médicales graves ou importantes (individus malades ou accidentés, jeunes femmes surprises par un accouchement inattendu ou trop rapide, par exemple), les urgences conduisaient presque toujours à l'hospitalisation. Cet ordre ancien, dont la qualité essentielle était la clarté (la Médecine ambulatoire aux Médecins libéraux, lesquels l'assumaient d'ailleurs avec constance, compétence et dévouement ; et la Médecine hospitalière aux Médecins hospitaliers) fut bousculé par la convergence de plusieurs phénomènes. D'abord une forte évolution des comportements et mentalités, poussant à vouloir « tout et tout de suite », dans le domaine du soin comme dans d'autres. Ensuite une très louable volonté politique « d'ouvrir l'Hôpital sur la ville », en mettant à disposition de la population une structure de recours, utilisable à tout moment en cas de situation urgente ou difficile. Le résultat ne se fit pas attendre longtemps : 2 000 recours spontanés par an aux urgences il y a 20 ans dans le service de Pédiatrie, plus de 25 000 aujourd'hui. On comprend aisément qu'aux urgences véritables se sont ajoutées d'autres questions, non urgentes celles-ci mais du domaine de l'impatience, que quelques connaissances élémentaires en puériculture



permettraient de résoudre à la maison : constipation, fièvre à 38°C au lever de la sieste, nez qui coule, orgelet, pleurs nocturnes, biberon non terminé, toux qui gêne le sommeil, piqûres de moustiques... Cette évidente diminution de la tolérance et/ou de la compétence parentale, sous-tendue souvent par la fragilité des couples, explique alors la rapidité voire la panique (génératrice de conflit) avec laquelle on se rue aux urgences, dans le désir d'y être « servi » tout de suite. La « dictature de l'urgence », doublée d'une dérive

consommériste, a donc dans ce domaine comme dans d'autres, terrassé le bon sens, le raisonnement, la simple et nécessaire observation. Au prix d'un coût exorbitant (cf. le rapport de la Cour des Comptes), nous soignons avec de très gros moyens des enfants souvent peu malades : 1 fois sur 2 en effet une autre réponse qu'hospitalière aurait pu être aisément trouvée, 1 fois sur 5 seulement la réponse hospitalière est nécessaire ou souhaitable, 1 fois sur 10 elle est indispensable. D'autre part, nous avons il y a quelques années montré avec le DIM que 2 % de notre « patientèle », que l'on pourrait qualifier de « fidèle », était à l'origine de 10 % de notre activité : la proximité géographique et/ou le schéma culturel font alors utiliser les urgences comme un médecin traitant. **Le merveilleux fonctionnement de nos urgences** est donc remplacé au fil du temps par un **onéreux dysfonctionnement**, dont un effet délétère supplémentaire est de désinvestir de nombreux Médecins libéraux de leur rôle dans ce domaine, puisque « l'Hôpital a tout pour faire tout à tout moment ». « En cas d'urgence,



appelez le 15 ou le 18 », dit le répondeur... Quant à la nécessaire régulation centralisée des appels, à l'heureuse présence d'une Maison médicale à nos côtés, elles peinent à empêcher le recours excessif à la protection civile et à la structure hospitalière. Elles limitent simplement la naturelle augmentation annuelle, qui est de 5 à 10 %, donnant l'impression que le désert médical commence aux portes de l'Hôpital. En bref, beaucoup de moyens, qui deviennent pourtant au fil des années insuffisants, trop d'assistantat et de déresponsabilisation, trop de facilités, trop de désordre et de mélange des genres, et ce au détriment des situations médicales réellement importantes qui sont notre raison d'exister.

Par contre, ceci expliquant cela, pas assez de prévention, de prise en charge continue, et d'éducation à la santé par les Médecins libéraux, dont le rôle fondamental s'est par trop amenuisé, alors qu'ils sont les seuls à pouvoir donner, au plus près du patient, une réponse proportionnée aux questions posées. Le soin « au coup par coup », en fonction uniquement de l'urgence ressentie, conduit à une mauvaise prise en charge globale, à une absence d'éducation, à une déresponsabilisation des patients et des soignants. Elle aboutit aussi à compromettre gravement, en le dénaturant, le fonctionnement des Urgences hospitalières. Nous savons que dans notre France de 60 millions d'habitants, il y a chaque année 13,7 millions de recours à elles. C'est à l'évidence scandaleusement abusif. Il faudra, si l'on veut maintenir le système viable aux plans pratique et financier, prendre d'importantes décisions politiques et administratives.

### > Vu des urgences

Mais si les Urgences pédiatriques, comme je crois les Urgences générales, se dénaturent, c'est à l'image de l'ensemble de la Médecine dans une société qui va mal. J'en veux citer deux exemples actuels, retenus au cours des gardes de cet hiver, qui ont vu défiler quotidiennement 100 à 120 consultants par 24 heures, obligeant les soignants à un véritable travail de forçats. Le premier est celui de **la rougeole**, maladie jusqu'à ces dernières années pratiquement disparue, mais revenue en force (5 à 10 enfants atteints reçus chaque jour). Il s'agit d'une maladie toujours fatigante, souvent compliquée de surinfections (oreilles, poumons), parfois dramatique (encéphalite aux conséquences irréversibles dont nous venons d'observer un cas, voire même décès). Pourquoi en sommes-nous arrivés là, alors que nous disposons d'une vaccination efficace ? Parce que (voir le numéro précédent de Challenge) la couverture vaccinale de la population est devenue très insuffisante, permettant non seulement l'émergence de quelques cas mais le développement d'une véritable épidémie. Les Médecins doivent donc être plus persuadés et plus persuasifs, plus exigeants à l'entrée en collectivité (crèches surtout), même s'ils ne connaissent pas bien la maladie faute de l'avoir rencontrée au cours de leurs études. Les familles quant à elles doivent accepter l'idée de protéger mieux leurs enfants, car le danger individuel et collectif est très réel. « Aimer, c'est protéger. » Quant aux puissants mouvements d'opinion et d'influence, d'inspiration naturopathique, qui déconseillent les vaccins, ils doivent être combattus avec la plus grande énergie en raison de leurs affirmations mensongères et sectaires qui conduisent à la régression. Le second exemple est celui de **la toxicose**, véritable terreur autrefois car synonyme d'irréversibilité. Il s'agit en effet d'une déshydratation grave du nourrisson, que seul un traitement par perfusion peut combattre et vaincre. Elle est le plus souvent provoquée par une forte gastro-entérite, laquelle associe à des degrés divers diarrhée et vomissements. L'unique traitement réellement efficace de la gastro-entérite est de nature diététique : il consiste à remplacer dès le début du trouble digestif (et pendant quelques heures) le lait artificiel par un soluté oral d'utilisation commode mis au point par l'OMS pour traiter le choléra. Ce traitement doit donc être expliqué, justifié et prescrit avec conviction. Et c'est loin d'être toujours le cas, peut être parce qu'il ne s'agit pas d'un médicament. Nous recevons, pendant l'hiver, qui est la « saison des gastro-entérites », 2 à 3 toxicoses par



jour dont la majorité n'a pas bénéficié de cette efficace thérapeutique. C'est, là aussi, une situation que nous ne devrions pas connaître. Elle rappelle la Médecine autochtone d'il y a 2 générations, elle évoque le Tiers-monde qui se bat avec si peu de moyens et face auquel nous devrions avoir honte de mal utiliser ou gaspiller les nôtres...

Ce constat peut sembler sévère, et à certains égards il l'est. Mais il est aussi plein d'espoir, si soignants et soignés acceptent de se ressaisir, de réfléchir ensemble au rôle fondamental de la Médecine générale, de la Médecine continue de proximité, qui repose sur la prévention, l'éducation, la prise en charge des urgences simples. Car c'est réfléchir non seulement à l'optimisation, mais à la pérennisation de notre système de santé.

**Dr Gérard FORTIER**  
Ancien Chef de service Pédiatrie  
Médecin des Hôpitaux Honoraire

### > Pensées pertinentes...

*« Ayez le culte de l'esprit critique. »*  
Louis PASTEUR

*« L'éducation à la santé repose sur des concepts simples. Mais cette simplicité même, qui ne peut faire l'objet d'aucun marketing, est totalement négligée par la médecine et par les institutions, qui y trouvent peu de gratification. »*

**Didier SICARD**  
Ancien Président du Comité Consultatif National d'Éthique

&gt; PÔLE DE BIOLOGIE

# La procédure d'accréditation

Avec près de 1 700 000 analyses dont 1 400 000 pour les patients hospitalisés et 300 000 pour les patients externes, les laboratoires représentent un élément fort du plateau technique du Centre Hospitalier d'Avignon. L'établissement est d'ailleurs lancé dans une procédure d'accréditation. Challenge a donc rencontré les Docteurs PIERONI et ROUGIER recrutés récemment en avril 2011.



## « Maintenir des savoir-faire techniques et scientifiques à l'hôpital »

**Docteur Laurence PIERONI,**  
Biologiste médical au Laboratoire

### >> Challenge : Quel est votre parcours ?

**Docteur Laurence PIERONI :** « Je suis pharmacien spécialiste en biologie médicale, diplômée de la faculté de pharmacie de Paris V. Je suis arrivée au Centre Hospitalier d'Avignon le 1<sup>er</sup> avril 2011. Auparavant, depuis 1999, je travaillais en tant que praticien hospitalier au laboratoire de biochimie métabolique du CHU Pitié Salpêtrière à Paris. »

### Challenge : Pour quelles raisons avez-vous postulé au Centre Hospitalier d'Avignon ?

**Dr L.P. :** « Je suis originaire de Marseille et donc très attachée à la région PACA. Plus sérieusement, j'avais envie de travailler dans une structure à taille humaine surtout après mon expérience à la Pitié Salpêtrière qui est le plus grand hôpital d'Europe et qui comprend 17 laboratoires. Je passe donc d'une structure très spécialisée à un laboratoire polyvalent. De plus, ce qui m'a intéressé dans le profil de poste, c'est de mener le projet de réorganisation des laboratoires et de m'investir dans des responsabilités au niveau du pôle. Enfin, la visite du service m'a séduite. Ce jour-là, j'ai découvert un hôpital de taille importante, possédant déjà l'outil pour développer des projets intéressants avec les équipes en place et alentours. »

### Challenge : Quelles sont vos missions ?

**Dr L.P. :** « Je remplace le Chef de service Gérard DESCH et je viens d'être nommée Chef de pôle. Je suis donc amenée à m'occuper de la restructuration des laboratoires. Cela consiste à réunir les laboratoires A et B en un seul pôle de biologie avec la création d'unités fonctionnelles et un pilotage de la structure par le Chef de pôle et non plus par des Chefs de service. Je dois également superviser la procédure d'accréditation des laboratoires pilotée par ma consœur le Dr Nathalie ROUGIER. »

### Challenge : Justement, parlez-nous de la procédure d'accréditation des laboratoires.

**Dr L.P. :** « La loi Fourcade rend obligatoire l'accréditation des laboratoires à la norme 15 189 par le Comité Français d'Accréditation COFRAC (association de droit privé ayant pour but d'accréditer, en France, des organismes étatiques ou privés dans de nombreux secteurs industriels et commerciaux). Cette loi renforce la médicalisation de la discipline de biologie médicale et pose les bases de l'examen de biologie médicale tel qu'il doit être réalisé dans le cadre de laboratoires accrédités. En ce qui nous concerne directement, selon les dispositions de l'ordonnance Ballereau du 13 janvier 2010, une preuve d'entrée dans l'accréditation doit être faite au 1<sup>er</sup> novembre 2013 et une accréditation totale au 1<sup>er</sup> novembre 2016. »

### Challenge : Comment se passe l'accréditation en pratique ?

**Dr L.P. :** « L'accréditation est un contrôle qualité d'une activité donnée. Tout comme une certification, des auditeurs effectuent un état des lieux pour analyser les écarts par rapport à la norme, puis donnent des dates pour pallier ces dysfonctionnements.

Le cycle d'accréditation se compose ensuite d'audits annuels pour vérifier le fonctionnement du laboratoire. Le Centre Hospitalier d'Avignon doit déposer un dossier en octobre 2013 pour demander au COFRAC l'accréditation de son laboratoire. Pour faciliter cette démarche, l'établissement a recruté le Dr ROUGIER

et a choisi de faire appel à la société d'accompagnement ELSE Consulting pour poser les bases de cette procédure. »

### Challenge : Que se passe-t-il ensuite ?

**Dr L.P. :** « L'accréditation va nous donner le droit de continuer à travailler ! Le biologiste médical suit l'examen de biologie médicale de la prescription à la communication du résultat. Toutes ces étapes sont sous sa responsabilité. Il doit vérifier tout ce qui se passe en amont jusqu'au fournisseur de réactifs qui lui aussi doit être certifié. Cette procédure va renforcer le dispositif précédent appelé GBEA (Guide de Bonne Exécution des Analyses). »

### Challenge : Quels sont vos objectifs ?

**Dr L.P. :** « Mon objectif primordial est d'obtenir l'accréditation pour le laboratoire du CHA. Ensuite, je souhaite prendre part dans le management hospitalier en occupant un poste à responsabilités administratives. Je pense qu'aujourd'hui il est impératif de se comporter comme un gestionnaire et je souhaite développer la mise en place de conventions avec d'autres structures hospitalières pour développer des activités performantes et pour éviter de faire appel à des sous-traitants privés. Ceci permettra de réaliser des économies à terme et de maintenir des savoir-faire techniques et scientifiques à l'hôpital. Je pense également diversifier les sources de prélèvements comme les protocoles pour les laboratoires pharmaceutiques ou développer les examens pour la médecine légale, activité qui existe déjà sous la responsabilité de Geneviève D'AIGREMONT depuis le départ du Dr DESCH. La loi Fourcade permettra de changer les règles pour les grosses structures privées qui, grâce à leur réseau national, ont les moyens financiers et logistiques de pratiquer des remises commerciales sur des examens coûteux et rarement prescrits. Du moment que ces réductions ne peuvent plus être pratiquées grâce à la loi, les centres hospitaliers ont intérêt à s'unir. C'est là que le CHA va trouver sa place sur le territoire de santé du Vaucluse en proposant une collaboration aux autres établissements de santé. »

# des labos est lancée !



## « L'accréditation va nous aider en efficacité et en qualité »

**Docteur Nathalie ROUGIER,**  
Médecin biologiste et référente assurance qualité aux Laboratoires

### >> Challenge : Quel est votre parcours ?

**Docteur Nathalie ROUGIER :** « Je suis médecin biologiste. J'ai par ailleurs une thèse de l'Université Paris V.

Je viens de l'Hôpital Bichat à Paris dans lequel j'ai été Maître de conférence universitaire - Praticien hospitalier de 2004 à 2010. J'ai pris mes fonctions au Centre Hospitalier d'Avignon le 1<sup>er</sup> avril 2011. Je travaille actuellement à mi-temps. Le matin, j'exerce à la Clinique Urbain V en tant que Directeur adjoint dans le laboratoire d'AMP (Aide Médicale à la Procréation) dirigé par le Dr GRAS. »

### Challenge : Pourquoi avez-vous choisi Avignon ?

**Dr N. R. :** « Pour offrir un cadre de vie plus agréable à mes enfants et pour travailler pour vivre, et non l'inverse. »

### Challenge : Quelles sont vos missions ?

**Dr N. R. :** « Je dois assurer la démarche accréditation des laboratoires. »

### Challenge : Deux voies d'accréditation des laboratoires de biologie médicale sont possibles, selon les pays : volontaire (de la part des biologistes) ou contrainte

### (par les autorités). Est-ce une question de différence ou d'efficacité ?

**Dr N. R. :** « A proprement parler, il n'y a pas de différence entre accréditation volontaire et accréditation réglementaire si l'on s'en tient à la seule norme ISO 15189 comme référentiel. En effet, l'opérateur (accréditeur national) est le même et les procédures employées sont identiques. On ne peut donc pas dire qu'il y a deux voies d'accréditation. Cela étant, dans le cadre d'une accréditation réglementaire, il arrive quelquefois et même assez souvent que l'Administration veuille en profiter pour ajouter des exigences supplémentaires à la norme, sans doute justement pour améliorer l'efficacité de la procédure. Ainsi, par exemple l'ordonnance Ballereau du 13 janvier 2010 impose-t-elle que l'accréditation des laboratoires de biologie porte à terme sur la totalité de leurs prestations, ce que n'exige pas la norme ISO 15189.

En France, avant la Loi Fourcade, des laboratoires avaient déjà pris des initiatives. Cela ne change donc rien pour eux. Au contraire, ils attendaient avec impatience cette nouvelle réglementation. Ils sont prêts depuis longtemps si je puis dire. Ensuite, pour être tout à fait honnête, l'accréditation a un but caché qui est celui de réduire la forte propension des laboratoires. En conclusion, à court terme, cette procédure peut apparaître comme une charge de travail et un coût supplémentaire pour l'hôpital. A terme, l'accréditation va à l'évidence nous aider en efficacité et en qualité vis-à-vis des prescripteurs. »

### Challenge : La norme ISO 15189, norme internationale applicable aux laboratoires de biologie médicale, est-elle garantie à l'identique dans tous les pays ?

**Dr N. R. :** « La réponse à cette question est : OUI et NON. C'est le cas pour les pays dont l'accréditeur est signataire des accords de reconnaissance mutuelle, soit au niveau européen établi par EA (European Cooperation for Accreditation), soit au niveau mondial établi par ILAC (International

Laboratory Accreditation Cooperation), étant entendu que seule la norme ISO est universelle, mais pas les exigences supplémentaires édictées par un règlement national. A souligner que le COFRAC est signataire de chacun de ces deux accords.

Ce n'est pas le cas pour le reste du monde. »

### Challenge : Une biologie médicale universelle accréditée : est-ce un idéal ?

**Dr N. R. :** « La biologie est ce qu'elle est. On ne va rien inventer. C'est l'organisation qui est différente d'une structure à l'autre. Dans l'idéal, il ne devrait pas y avoir d'écart entre les pratiques. Or, la quantité d'examens est telle qu'il est difficile d'uniformiser les procédures. Je resterai donc modeste et n'emploierai pas le mot « idéal ». Ce qui est positif dans la norme, c'est qu'elle nous oblige à donner des réponses et à choisir les bonnes solutions. Il faut en permanence remettre en question les procédures. C'est plutôt rassurant quand on y pense. C'est le savoir-faire qui doit être vérifié en permanence, plus que les diplômes d'ailleurs soit dit en passant. »

### Challenge : Quels sont vos objectifs ?

**Dr N. R. :** « Le laboratoire du CHA doit être accrédité partiellement en 2014, puis à 80 % en 2018 comme l'exige la norme. C'est une belle mission qui va durer 7 ans. Je verrai bien la suite... d'ici là ! »

Propos recueillis  
par Marielle PETIT DE GRANVILLE  
Chargée de Communication



&gt; FABRICE BRYAND

# Rencontre avec le médecin de



**J'ai rencontré Fabrice Bryand pour la 1<sup>ère</sup> fois sur les bancs de la faculté de médecine de Nantes en 1980, car nous faisons partie de la même promotion. Cette année-là, il est reçu brillamment major de 1<sup>ère</sup> année, mais passionné de football, trouve toujours le temps d'aller applaudir ses idoles du Football Club de Nantes (FCN) qui se nomment à l'époque Halilhodzic, Touré ou Bossis. Trente ans plus tard, il a fait son chemin et le voilà médecin de l'Équipe de France de Football (EDF).**

**>> Il m'a donné rendez-vous en cette chaude journée du 19 août dans son cabinet de la banlieue nantaise. Il n'a presque pas changé, garde une ligne impeccable et je retrouve cet après-midi là le garçon chaleureux et souriant que je n'avais pas revu depuis près d'1/4 de siècle !**

**Philippe MASSON : Fabrice, raconte-nous ton parcours et ce qui t'a poussé à te spécialiser en médecine du sport ?**

**Fabrice BRYAND :** « Je suis Nantais et j'ai donc toujours été passionné par le football. J'ai débuté comme joueur au FCN dès l'âge de 8 ans. Comme beaucoup de Nantais de cette période, j'étais un habitué du mythique stade Marcel Saupin où je venais applaudir « la bande à Henri Michel » (qui dominera avec Saint-Etienne le football français pendant près de 15 ans, remportant au passage 4 titres de champion de France entre 73 et 83). A la sortie du lycée, je m'inscris à la faculté de médecine. En 1986, je m'oriente vers la médecine générale et j'effectue un stage d'interne au CHU de Nantes dans le service de physiologie et médecine du sport du Pr Ginet. Ce service qui était à l'époque une référence en France, prenait en charge depuis plusieurs années l'équipe professionnelle du FCN (ainsi que le coureur cycliste Bernard Hinault). Je me suis alors intéressé à la mesure des différents paramètres physiologiques dans le suivi des sportifs de haut niveau auprès des joueurs du FCN et j'ai présenté ma thèse sur ce sujet en 87. Ce travail innovant va rapidement m'ouvrir les portes du club. Après avoir passé le certificat de biologie et médecine du sport, je succède au médecin du club qui atteignait l'âge de la retraite et, parallèlement à mon installation en cabinet, je débute ma 1<sup>ère</sup> expérience professionnelle salarié au FCN à 29 ans. J'y resterai 20 ans et connaîtrai avec ce club toutes les joies et toutes les peines, le sacre de champion de France en 95 avec l'équipe « mythique » de Coco Suaudeau, la demi-finale de Champion's League perdue in extremis en 96 contre la Juventus de Turin, le titre de champion en 2000 et les 2 coupes de France en 1999 et 2000, puis la lente dégringolade du club avec la relégation en Ligue 2 en 2007. En 2008, en conflit avec le

Président qui adressait dans mon dos les joueurs du club vers d'autres médecins, je démissionne de mon poste au club et reprend mon activité au cabinet à temps plein. »

**P. M. : Comment s'est déroulée ton arrivée en EDF ?**

**F. B. :** « En 2008, suite à mon départ du FCN, j'ai été contacté par l'entraîneur de la sélection nationale des moins de 18 ans pour intégrer son staff. J'y ai travaillé avec plaisir jusqu'en juillet 2010, date à laquelle Laurent Blanc m'a contacté pour me présenter son projet avec l'EDF et me proposer de participer à l'aventure. Cela m'est tombé dessus sans rien faire et ce poste est un peu « le GRAAL » pour un médecin du sport passionné de foot comme moi ! »

**P. M. : Tu n'as jamais voulu abandonner ton activité de cabinet de médecine générale. Est-ce facile de concilier celle-ci et tes responsabilités au sein de l'équipe de France ?**

**F. B. :** « Il est certain que je n'ai pas beaucoup de temps à moi. Ma famille ne m'a pas souvent vu « traîner » à la maison, et pourtant cela n'a pas découragé la vocation de mes 2 enfants qui vont devenir médecins prochainement eux aussi. Cette activité de médecine libérale est essentielle pour mon équilibre et je peux accompagner un jour un patient en fin de vie, et me retrouver le lendemain avec l'EDF. Cette activité libérale m'a permis à une époque de ne pas être « pieds et mains liés » par rapport au FCN et d'envisager l'avenir avec sérénité. Je n'ai pas cherché à obtenir à tout prix ce poste avec l'EDF, je sais que tout cela peut s'arrêter du jour au lendemain et je retrouverais alors avec plaisir plus de temps pour mes patients au cabinet. »



Fabrice Bryand

**P. M. : Comment gères-tu à distance les joueurs de l'EDF ?**

**F. B. :** « Je suis en contact quasi quotidien par téléphone ou par mail avec les différents médecins de club des joueurs et notamment en Espagne et en Angleterre. Ils me renseignent sur leur état de santé, leurs blessures éventuelles et les traitements mis en route. Ils m'envoient parfois via Internet de l'imagerie médicale ou des résultats d'examens les concernant. Avant chaque stage de l'EDF, je fais un état des lieux médical des joueurs sélectionnés avant qu'ils ne se déplacent à Clairefontaine (lieu d'entraînement de l'EDF) pour le rassemblement d'avant-match. Les relations entre l'EDF et les clubs sont essentielles, même si ça n'est pas toujours facile d'évaluer à distance l'état de santé des joueurs quand ils sont blessés. Ce sont en effet les clubs qui ont investi des sommes énormes pour ces joueurs, qui payent leurs salaires : du coup, les médecins de club peuvent parfois avoir tendance à surévaluer les « bobos » des joueurs afin de les préserver. J'appelle alors parfois directement les joueurs pour prendre des nouvelles de leur état physique, mais là-aussi ils peuvent de leur côté minimiser leurs blessures parce qu'ils veulent à tout prix jouer avec l'EDF. Pour prendre une image, je dirais que chacun de ces joueurs est une Ferrari et qu'avant chaque match de l'EDF, les clubs me prêtent les clés pour faire un tour avec l'obligation de ramener le véhicule sans accrocs... »

**P. M. : Comment se passent les stages avec l'EDF ?**

**F. B. :** « Au sein du staff médical, je suis entouré par 3 kinésithérapeutes et 1 ostéopathe qui ont tous une grosse expérience de la traumatologie. Je continue les traitements mis en route dans les clubs et je poursuis le dialogue avec les clubs après chaque match de l'EDF en leur communiquant un petit « débriefing » sur tout ce qui a été entrepris avec leur joueur durant le stage. »

**P. M. : Quels sont tes rapports avec Laurent Blanc ?**

**F. B. :** « C'est quelqu'un de très secret qui ne se livre pas beaucoup. Il écoute en revanche et tient compte de mes avis. Si je pense qu'un joueur n'est pas apte pour jouer, je peux le

# L'Équipe de France de Football



convaincre de le laisser sur la touche, mais je dois alors apporter des arguments solides. Il faut comprendre qu'il y a beaucoup de pression autour de l'EDF. Compte tenu des enjeux financiers qui sont énormes, il y a une obligation de résultats et la nécessité absolue de se qualifier tous les 2 ans pour une compétition internationale. L'aptitude ou non d'un joueur à être sur le terrain intervient dans ces enjeux et je participe à cette décision. »

**P. M. : Comment se passent tes relations avec les joueurs ?**

**F. B. :** « Ces rapports sont très professionnels et sur près de 500 joueurs dont j'ai eu à un moment la charge depuis 1989, j'ai des liens indéfectibles avec une dizaine d'entre eux que je connais depuis le plus jeune âge. Du point de vue

relationnel, les joueurs pris individuellement ne sont pas difficiles à gérer. Les comportements de groupe sont en revanche parfois plus aléatoires.

**P. M. : Quels progrès majeurs as-tu constaté ces 20 dernières années dans la préparation physique de ces athlètes ?**

**F. B. :** « Au niveau de la préparation des joueurs, tous les clubs sont très performants. En revanche, avec le nombre de matchs qui augmente toutes les saisons et notamment dans les grands clubs dont les joueurs sont sollicités pour de nombreuses compétitions, c'est au niveau de la récupération qu'il faut faire la différence. La cryothérapie s'est beaucoup développée ces dernières années avec possibilité de plonger les joueurs après un match durant quelques minutes dans un " bain " de froid sec à -160° produit par de l'azote liquide. Cela permet d'éliminer les toxines emmagasinées dans le corps avec des effets antalgiques, récupérateur et réparateur des tissus. L'autre possibilité est de faire prendre un bain à 7 ou 8° au joueur dès la fin du match. Au gré de nos déplacements, je peux jouer le rôle de l'homme à tout faire et me mettre en quête avant match de 200 kg de glaçons ! »

**A ce moment de l'entretien, le téléphone sonne. C'est Mickaël Landreau, actuel gardien de but de Lille et ancien nantais « historique » qui appelle le « Doc » pour un avis médical le concernant. Tout cela se fait en toute transparence avec le médecin de l'équipe lilloise, mais les liens semblent si forts entre « Micka » et Fabrice... Je laisse Fabrice à ses patients, si loin des problèmes « d'états d'âme » des joueurs de l'EDF et de leurs contrats mirifiques...**

**Dr Philippe MASSON**  
Chef de service Néonatalogie



## &gt; ECO-ATTITUDE

# La Simplicité Volontaire ou comment consommer différemment ?

En liaison directe avec la notion de développement durable, voici un zoom sur un courant philosophique émergent : la Simplicité Volontaire ou comment consommer différemment ?

## > Historique de la Simplicité Volontaire

L'idée n'est pas nouvelle : la Simplicité Volontaire est une attitude qui existe depuis des millénaires, même si le terme est très récent. Elle avait déjà été formulée par Epicure (341-270 avant notre ère) qui nous invitait à discerner le nécessaire du superflu, le naturel de l'artificiel, et un retour vers une simplicité de vie. Les communautés monastiques furent les premières organisations de vie à choisir volontairement la frugalité et à pratiquer l'autosuffisance. Reprise par Thoreau au XIX<sup>ème</sup> en Amérique du Nord, cette idée influença Tolstoï en Europe, et fût valorisée dans les mouvements contestataires des années 60-70 avec le mouvement de retour à la terre. De nos jours, la remise en cause de la société de consommation souvent assimilée à une société de gaspillage, fait ressurgir ce courant de pensée autour des préoccupations d'ordre écologique. Ainsi, ce qui est devenu petit à petit un mouvement, est représenté par Pierre Rabhi, agro-écologiste et écrivain, et André Gorz, penseur, qui préconise l'autolimitation des besoins et des consommations.

Les problèmes liés à la surconsommation sont nombreux

>> C'est à Richard Greg, disciple de Gandhi, que l'on doit l'association des 2 mots : « simplicité » et « volontaire », en 1936. Gandhi mettait l'accent sur la simplicité en relation avec la non-violence. C'est également ce qu'il a cherché à incarner par sa propre conduite, en refusant le train de vie habituelle de l'homme politique. Selon Richard Greg, la Simplicité Volontaire signifie « une unicité d'intention dans le fait d'éviter l'encombrement extérieur, ou d'accumuler des possessions qui n'ont pas de rapport avec le but premier de la vie ». Ainsi, la Simplicité Volontaire a pour philosophie un encadrement raisonné des désirs, une restriction partielle dans certaines directions, notamment en biens de consommations, afin d'assurer une grande abondance par ailleurs, dans la richesse culturelle et spirituelle de l'existence. On y retrouve les réflexions autour de l'Etre et l'Avoir, du besoin et de l'envie, du Moins pour le Plus.

### Améliorer notre qualité de vie

L'idée principale de la Simplicité Volontaire est de chercher la simplification pour améliorer la qualité de vie. Cette philosophie de vie est née du constat selon lequel, la consommation de biens matériels n'apporterait pas le bonheur, par opposition à la « recherche spirituelle », au sens philosophique du terme. Ainsi, la société de consommation propose de manière évidente et clairement illustrée par les publicités, une et une seule recette du « bonheur conforme » : travailler pour gagner de l'argent, dépenser cet argent pour consommer, et recommencer jusqu'à ce que mort s'en suive, la mort elle-même, étant aussi prétexte à consommation. Le principe de la Simplicité Volontaire est de moins consommer et donc d'avoir moins besoin d'argent ou de l'utiliser en toute conscience, pour satisfaire des besoins ou envies mûrement réfléchis, en se soustrayant de la manipulation publicitaire et les effets de modes. Il s'agit d'un travail personnel qui rejoint la question essentielle : de quoi ai-je réellement besoin pour être heureux ? Il consiste à avoir une appréhension globale de la consommation en amenant chacun à repenser son travail, son alimentation, son habitat, sa santé, ses déplacements, ses vacances, ses loisirs, ses relations sociales... et les conséquences de chaque acte de consommation : Quel coût de fabrication ? Quel coût en temps passé ? Quel coût pour la planète ? Quel coût en matière de respect des droits de l'Homme ? ...

### Les différents types de motivations

Les motivations retrouvées chez les personnes partageant ce courant de pensée peuvent être :

#### > d'ordre éthique

Certains tenants de la Simplicité Volontaire prônent le retour à de « vraies richesses » opposées aux richesses matérielles, considérées comme « secondaires » : ces vraies richesses seraient en particulier, la vie sociale, familiale, l'épanouissement personnel, la vie spirituelle, culturelle, l'osmose avec la nature...

#### > d'ordre économique

Une consommation toujours accrue conduirait à des besoins financiers également accrus et donc à un surcroît de travail pour se les procurer, générant éventuellement du déplaisir, un manque de temps pour soi, ayant pour conséquence du stress et une négligence de son capital santé. Il s'agirait donc pour les défenseurs de cette philosophie de créer un arbitrage entre un surplus de travail et un surplus de consommation, ou entre plaisir induit par la consommation et plaisir induit par le temps libre.

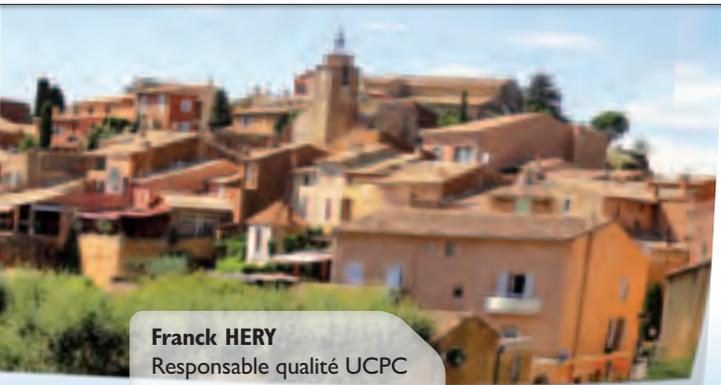
#### > d'ordre écologique

Partant du principe que la société de consommation et la croissance ont des impacts négatifs sur l'environnement, la Simplicité Volontaire encourage la limitation de la consommation de biens matériels, afin de ralentir la destruction des ressources naturelles telle que l'eau et les énergies par refus du gaspillage et refus de production de déchets.

### Une réflexion sur notre consommation

La Simplicité Volontaire constitue un mouvement assez marginal, à ce jour, bien qu'en expansion notamment au Québec et en Amérique du Nord. Nous la retrouvons en Europe plutôt chez les partisans de la décroissance. Les principales critiques de ce courant de pensée restent les avantages en terme de qualité de vie apportés par le progrès matériel et l'impossibilité de « revenir en arrière ». La remise en question du recours à la croissance, comme facteur économique essentiel pour le maintien de l'emploi est aussi largement contestée. Enfin, ses détracteurs critiquent également le fait que ce courant de pensée ne correspond qu'à des actions individuelles voire individualistes, et n'apporte donc pas, en soi, une solution au problème écologique mondial. A l'heure où les prises de conscience sont sollicitées en matière de respect de l'environnement et de développement durable, il me semblait intéressant de vous faire partager cette philosophie qui, si elle n'est pas novatrice en soi, peut nous interpeller au plan individuel voire collectif, sur notre responsabilité en matière de consommation.

Thérèse ISENBRANDT-HAMY  
Cadre Supérieur de Santé



**Franck HERY**  
Responsable qualité UCPC  
**Roussillon**  
*Pas besoin de partir très loin pour profiter des vacances*



**Béregère LAZARZ**  
Secrétaire référente  
Pôle spécialités chirurgicales  
**Espagne**  
*Test de l'appareil photo aquatique*

>ÉTÉ 2011

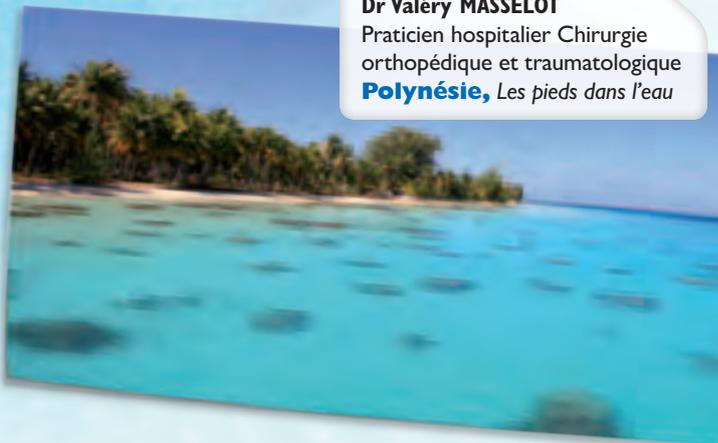
# Carnet de vacances hospitalières

Pour la première année, Challenge vous propose un retour en images sur les vacances de quelques membres de l'établissement qui ont bien voulu jouer le jeu. Affaire à suivre pour l'été prochain où nous aurons l'occasion de vous solliciter pour nous fournir vos meilleurs clichés.

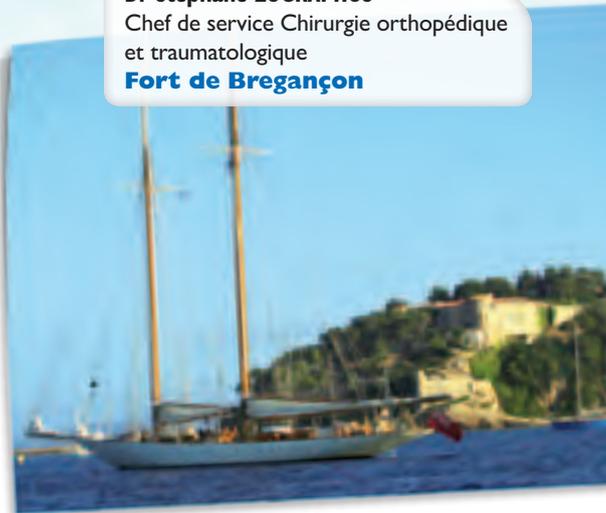
**Dr François BOURREL**  
Praticien hospitalier Pharmacie  
**Etang de Thau, Sète**  
*Une perle tombée du ciel sur le cordon du littoral méditerranéen*



**Dr Valéry MASSELOT**  
Praticien hospitalier Chirurgie orthopédique et traumatologique  
**Polynésie, Les pieds dans l'eau**



**Dr Stéphane ZOGRAPHOS**  
Chef de service Chirurgie orthopédique et traumatologique  
**Fort de Bregançon**



**Dr Philippe MASSON,**  
Chef de service Néonatalogie  
**Tanzanie,** *De retour de Tanzanie, j'ai été ému de constater que la notion de filiation et d'amour parental n'est pas propre à l'homme et que l'animal peut nous montrer tous les jours (et parfois nous donner l'exemple !) de ce qu'est et doit être une famille.*



## &gt; DÉPARTS

**Retraite méritée pour le Dr Claude SOUTIF**

>> « 40 ans au CHA ! Comme c'est long, comme c'est court » disait-il en introduction de l'éditorial du n°50 de Challenge. Le Docteur Claude SOUTIF a fait valoir « ses droits à la retraite » ! Le 20 mai 2011, de nombreux collègues étaient présents pour lui souhaiter une excellente période de grandes vacances. Car comme il l'avait affiché de façon humoristique sur la porte de son bureau « *Le problème avec la retraite, c'est qu'il n'y a jamais de vacances* ». Au-delà de ses qualités professionnelles reconnues par tous, ce dernier nous a délecté de sa fameuse terrine dont il a gardé le secret de fabrication. Peut-être un jour nous en fera-t-il bénéficier...

Jean-Luc ARMONICO  
Adjoint administratif, DIM

**Frédéric DEBISE rejoint Manosque**

>> Le 8 juillet dernier, Frédéric DEBISE saluait ses collaborateurs avignonnais côtoyés au cours de ses fonctions de directeur des équipements et de la coopération sanitaire (2006 à 2008), puis en tant que directeur des affaires générales et de la communication (2008 à 2011). Depuis le 1<sup>er</sup> août 2011, Frédéric DEBISE a rejoint le Centre Hospitalier de Manosque où il assure les fonctions de directeur des ressources humaines, de la qualité et de la communication. Nous le saluons bien amicalement et lui souhaitons une bonne continuation.



## &gt; SÉCURITÉ

**Un nouveau système d'alarme sonore**

Un Système d'Alarme Sonore de Sécurité est en cours d'installation au RDC et R+1 du bâtiment principal.



>> C'est avant tout une obligation réglementaire. Des systèmes d'alarmes sont bien en place dans tous les bâtiments d'hospitalisation du CHA, sauf au RDC et R+1 du bâtiment principal. Or, c'est important : en cas de feu en médecine nucléaire par exemple, les services voisins (EEG, informatique...) doivent être prévenus ! Plutôt qu'une simple sirène, l'établissement a opté pour

un système sonore de sécurité diffusant une annonce enregistrée. Seulement 3 hôpitaux en France possèdent ce système « plus pédagogique » permettant d'éviter la confusion avec d'autres équipements sonores et la banalisation d'un événement indésirable potentiel. Le système permet également au service sécurité incendie de donner des consignes orales directement depuis le PC vers les locaux équipés de haut-parleurs.

**Comment cela va-t-il fonctionner ?**

En cas de détection incendie, un message est diffusé automatiquement sur toute la zone d'alarme pour indiquer l'existence d'un sinistre potentiel. La localisation du sinistre est précisée dans le message. Le personnel pourra ainsi être averti immédiatement et procéder à une levée de doute. Le standard fait le relais par le « 84 » pour alerter les sapeurs pompiers ou annuler l'intervention. Le service de sécurité incendie prend en charge l'organisation et assiste le personnel dans l'extinction/l'évacuation.

Nicolas BONNET,  
Responsable sécurité incendie

## &gt; PLATEAU TECHNIQUE

**Livraison d'une nouvelle IRM**

Le 24 mai dernier une nouvelle IRM a été livrée au CHA.



## &gt; AGENDA

**Événements à retenir****16 novembre****Journée mondiale du diabète**

- > Hall de l'aquarium de 10h à 16h
- > Dépistage anonyme et gratuit du diabète et stands d'informations

**1<sup>er</sup> décembre****Journée mondiale de lutte contre le sida**

- > Hall de l'aquarium de 10h à 16h
- > Stands d'informations et animations

**7 et 8 décembre****Marché de Noël de l'Association « Les Blouses Roses »**

- > Hall central de 10h à 16h

**8 décembre****Colloque régional de la sécurité hospitalière**

- > Organisé par Nicolas BONNET, Responsable sécurité du CHA
- > Centre des congrès du Petit Louvre au Palais des Papes de 8h à 15h