

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

CHALLENGE

N°53 - Mai 2012



Mardi 5 juin 10h/17h

FORUM SANTÉ

ÉCOUTER
ÉCHANGER
SENSIBILISER

Dépistages gratuits
Prévention
Stands
Expositions
Ateliers
Conférences



- Qualité page 3
 > Restructuration du service
- Droit pages 4/5
 > Comité d'éthique
- Soins pages 6/9
 > Obésité chez l'enfant
 > Maladies cardio-vasculaires
 > Résonance énergétique
- Association pages 10/11
 > Ligue contre le Cancer
- Zoom page 12
 > Mission de Santé Publique
- Ouverture page 13
 > Club de gymnastique
- Histoire pages 14/15
 > La Durance
- Organisation page 16
 > Espaces verts

**DIRECTEUR DE PUBLICATION**

> Francis DECOUCUT

RÉDACTEURS EN CHEF

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

COMITÉ ÉDITORIAL

> Alexandra AGNEL, Qualificatrice, poste 3459
 > Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
 > Stéphane BOURGEOIS, Chef de service, Urgences adultes, poste 3179
 > 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, Ligue Contre le Cancer, Stratis, x

“ Nous avons changé de monde et le monde nous a changé ”

>>> J'ai l'honneur de pouvoir m'adresser une dernière fois aux hospitaliers à travers cet éditorial qui sera le dernier de ma carrière. Finis les discours et les déclarations solennelles, le temps du repos et de la paix sont là. Philippe MASSON nous parle de la Durance, cette rivière au bord de laquelle j'ai passé mon enfance quand les berges étaient encore propres et fréquentables. Ce thème nous rappelle le nom que nous donnons tous à notre maison : l'Hôpital de la Durance, oh combien plus romantique que son nom officiel. Avec tristesse mais sans regret, je le quitte après l'avoir servi pendant 30 ans ayant débuté ici à son ouverture : au total, 40 ans de réanimation et d'urgence, ça use malgré tout ! Que de changements lorsqu'on se retourne alors que le temps nous paraît parfois immobile.

Pour avoir connu tous les « échelons » du métier, ASH à Sainte Marthe, puis infirmier remplaçant, enfin médecin anesthésiste réanimateur, force est de constater, comme dans de nombreux domaines, que nous avons changé de monde et que le monde nous a changé.

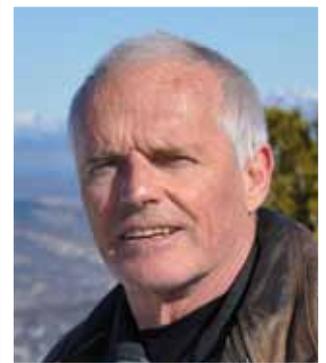
Avons-nous progressé ? Sans doute dans la technique et la thérapeutique, mais ce que nous avons gagné en technologie, nous l'avons perdu en humanité. La formation des soignants est devenue moins proche du patient et certains soignants « soignent » par nécessité et non plus par vocation. Or la dimension humaine du soin est essentielle, le protocole a remplacé la parole et la cellule qualité réfléchit loin du patient qui reste seul dans sa chambre. Chacun appréciera.

De mon point de vue, il faut réinvestir la chambre du patient et y introduire le progrès technologique pour que le travail de toute une équipe se fasse autour de lui. En fin de compte, c'est le patient lui-même qui fédère cette équipe et la transcende. Il faut donc des moyens à la hauteur, et malgré nos indéniables évolutions informatiques, nous sommes loin du compte.

Alors oui, les RCP ont été un vrai progrès pour la qualité des prises en charge, les démarches qualité sont souhaitables, mais ne perdons pas trop de temps pour alimenter les officines ministérielles diverses et variées qui ouvrent des parapluies à longueur de temps même lorsqu'il fait beau et qui vivent sur notre dos ; sachons revenir à l'essentiel sans craindre d'évoluer et de nous adapter à notre temps. Notre faiblesse est dans notre inertie et notre manque de réactivité bien qu'étant toujours sur la brèche. Il faut donc alléger le système et tenter de le rendre plus opérationnel. Il faut aussi que certains renoncent à trop d'individualisme et jouent le collectif par respect pour l'Hôpital Public. La santé publique est notre cheval de bataille, notre fédération nationale l'a retenu comme un axe majeur de sa politique. Soit ! Mais donnons l'exemple au quotidien : comment accepter de voir à longueur d'année dans nos jardins et au pied de nos tours des soignants consommant de façon malade et compulsive des cigarettes au détriment de leur santé et de l'exemplarité à laquelle nous devons nous astreindre. Que faisons-nous contre ce fléau ?... des discours mais que nenni de mesures simples et éducatives qui ramèneraient ces soignants vers leur vraie fonction et à peu de frais !

Soignons le cancer mais démontrons au quotidien que nous mettons tout en œuvre pour le faire. Pendant ce temps, d'autres se démènent pour fleurir nos jardins entre des parterres de mégots... cherchez l'erreur !
 Merci à l'Hôpital pour la joie qu'il m'a apporté et à tous ceux qui m'ont accompagné dans ma quête du Graal... et allez de l'avant.

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



> QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Nouvelle organisation pour les gardiens de l'ADN de l'hôpital

Depuis janvier 2012, la Direction Qualité et Gestion des risques s'est installée au rez-de-chaussée du bâtiment nommé « La Ferme ». Inauguré officiellement le 20 mars 2012 en présence du Directeur et du Président de la CME, ce service constitue un pas de plus vers l'organisation opérationnelle de la politique qualité, la pérennisation et la légitimité de la démarche induite.

>> Le programme Qualité et Gestion des risques 2012 a été validé en Conseil de Surveillance le 2 mars dernier. Ces engagements sont déployés au niveau de chaque pôle dans les annexes qualité des contrats de pôle. À compter de 2012, afin d'optimiser la démarche qualité dans les pôles, des rencontres entre la Direction Qualité et Gestion des risques et les Médecins Chefs de pôle, les Cadres supérieurs de santé ainsi que les Chargés de mission qualité, sont organisées de manière régulière pour suivre l'avancement des actions. À noter que la nouvelle appellation « Chargés de mission qualité » regroupe les référents et correspondants qualité, et ce afin de simplifier l'organisation qualité. La dynamique 2012 porte sur un point essentiel : l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, conformément aux exigences de la certification, de l'arrêté du 6 avril 2011 et de la circulaire du 14 février 2012 relatifs au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé. Le Dr Pierre COURANT est d'ailleurs désigné Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse depuis le 2 avril. Un COPIEL Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) vient également d'être créé. Ce dernier est chargé d'organiser et de suivre les actions en lien avec les médicaments.

Objectifs principaux du programme Qualité et Gestion des risques 2012

- Améliorer la qualité et la prise en charge médicamenteuse.
- Poursuivre la mise en œuvre de la « checklist » au bloc opératoire et sur les secteurs interventionnels.
- Actualiser l'évaluation des risques professionnels et mettre en œuvre le plan de prévention.
- Identifier de manière fiable le patient tout au long du parcours de soins.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des urgences.
- Suivre l'engagement des pôles dans la réalisation d'EPP.
- Améliorer la prise en charge de la personne âgée dans les secteurs MCO.
- Tracer l'information donnée et la réflexion bénéfique/risque.
- Evaluer la mise en œuvre de la fiche LATA (limitation et arrêt des thérapeutiques actives).
- Mettre en place une formation sur les dommages liés aux soins.

Retrouvez l'ensemble du programme sur Kaliweb.

Alexandra AGNEL
Qualificienne

> Des professionnels à votre écoute

- M. Eric DULAK, Directeur de la Qualité, de la Gestion des risques et des Relations avec les usagers
- Dr Christine LORENTE, Praticien hospitalier à la Mission de Santé Publique et à la Qualité
- M^{me} Muriel JUANCHICH, Cadre supérieur de santé du Pôle Qualité et Santé Publique et Coordonnateur de la Gestion des risques
- M^{me} Alexandra AGNEL, Qualificienne
- M^{me} Nathalie PLACE, Assistante Qualité
- M. Philippe SENS, positionné entre la Direction des Ressources Humaines et la Direction Qualité, Chargé de mission dans le cadre de la prévention des risques professionnels

> « Promouvoir une démarche partagée par l'ensemble des professionnels »

« Sage-femme depuis 1990, Cadre Sage-femme depuis 2001, mon parcours professionnel a été varié de l'Institut de Puériculture de Paris, au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais en passant par les Hôpitaux de Mayotte. Au cours de mon exercice de cadre, j'ai appréhendé l'importance croissante des démarches Qualité et Gestion des Risques, que ce soit en termes de



pratiques, d'activités ou d'organisations. Ma formation en Qualité/Gestion des Risques m'a permis de développer une expertise dans ces domaines. Ainsi, j'occuperai, à partir de mai prochain, le poste de cadre gestionnaire des risques au sein du CHA. Je tiens à poursuivre une démarche de Gestion des Risques à la fois convergente, complémentaire à la démarche Qualité et coordonnée avec le dispositif des

vigilances, et ce pour une cohérence des actions menées. Je souhaite également promouvoir une démarche partagée par l'ensemble des professionnels, sur la base d'une communication large et d'un climat serein et respectueux, propices à un travail concerté, coopératif et à un accompagnement des équipes au plus près de leurs besoins et préoccupations. »

Muriel JUANCHICH
Cadre supérieur de santé

Quand la médecine a besoin



Six ans après la dernière révision des lois sur la bioéthique, un réexamen complet de ces lois a été fait en 2010 et 2011. Un large panel d'intervenants a été consulté, organismes et institutions aussi bien que simples citoyens au travers de forum sur Internet et de forum public. Le Comité d'Éthique a travaillé un an sur ces lois, et pour clôturer son travail, a reçu le 12 décembre 2011, le sénateur Alain MILON, rapporteur de ce projet de loi pour le groupe UMP au Sénat. Voici ce qu'il en ressort.

>> La problématique de la bioéthique est présente depuis une vingtaine d'années dans les discussions entre médecins, juristes, hommes politiques, religieux et journalistes qui tentent d'analyser les conséquences sociales, juridiques, morales et culturelles de l'évolution des pratiques médicales sur le corps humain.

De nouvelles questions surgissent avec l'évolution de la science mais aussi de la société : après le clonage, la recherche sur l'embryon ou sur le génome humain, d'autres sujets de controverses sont apparus sur le risque d'eugénisme lié à certaines pratiques, les mères porteuses, l'euthanasie, la transplantation d'organes, les expérimentations médicales...

Les évolutions proposées dans la révision de la loi vont s'appuyer sur les synthèses du vaste débat public organisé notamment dans le cadre des Etats généraux de la bioéthique, ainsi que sur les avis de différentes institutions telles que le Comité Consultatif National d'Éthique, le Conseil d'Etat ou l'Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques. Pour l'essentiel, la nouvelle version de la loi n'a pas bouleversé les principes établis par les textes précédents

Après les lois de 1994 et de 2004, les principaux points en débat dans le réexamen sont nombreux.

• Désir d'enfant et droit à l'enfant

Faut-il un changement dans l'aide apportée par la médecine pour des cas relevant plutôt de dérogation sociale que de vrais problèmes médicaux ?

Par exemple, une femme de plus de 60 ans a-t-elle droit à la procréation assistée alors qu'elle ne peut plus théoriquement avoir d'enfant ?

Un autre exemple : doit-on en France permettre « les mères porteuses » ?

Ou encore le don de gamète doit-il rester anonyme ?

• Quelles limites opposer à l'utilisation des données génétiques ?

Faut-il lever le secret médical dans les cas où les données génétiques concerneraient toute une famille ?

Faut-il lever le secret pour d'autre raison que médicale ?

Par exemple : il ne serait pas souhaitable que le médecin du travail ou l'employeur aient dans leurs dossiers ce type d'information pouvant être utile mais pouvant desservir le patient si on lui interdisait d'exercer sa profession.

• Se servir du corps humain : tout est-il permis ?

Le régime actuel des recherches sur l'embryon est basé sur le principe de leur interdiction, mais il a été admis, à titre transitoire (cinq ans) et dérogatoire, leur autorisation, si « elles sont susceptibles de permettre des progrès thérapeutiques majeurs ». Faut-il le modifier ?

Pour les dons d'organes, le régime actuel qui est celui d'un consentement présumé est difficile car souvent les familles, ne sachant pas vraiment le désir du défunt, refusent les prélèvements. Le consentement explicite serait-il la solution ? Doit-on élargir le cercle des donneurs d'organe vivants ?

• Comment se préparer aux questions éthiques posées par les sciences émergentes ?

Les enjeux ne sont pas encore très clairs et ces sciences plus ou moins ignorées du grand public.

Par exemple : il ne serait pas souhaitable que des sociétés d'assurance puissent se servir de nouvelles techniques d'imagerie sur le cerveau (comme l'IRM) pour des fins totalement commerciales.

Y-a-t'il de véritables changements ?

Pour les trois premiers chapitres de la loi, il y a peu de changement.

- Pas d'autorisation pour l'aide à la procréation pour d'autres personnes

de la loi...

que des couples homme / femme, pas d'autorisation pour les personnes ayant dépassé l'âge de procréer.

La procréation assistée reste très encadrée.

- Rejet d'un projet de loi en vue d'autoriser les mères porteuses.
- Les dons de gamètes restent anonymes.
- Les données génétiques sont toujours confidentielles.
- En ce qui concerne la recherche sur embryon, elle est toujours restreinte et autorisée au cas par cas.
- Peu de changement pour les dons d'organes, mis à part la promesse de moyens plus importants pour la promotion du don. Le don croisé est autorisé.

Vraisemblablement les neurosciences et les nano-bio-technologies ouvrent des horizons encore mal évalués.

On peut se poser des questions relatives aux possibilités offertes par :

- la psychopharmacologie en terme d'amélioration des performances exécutives, sensorielles et cognitives,
- l'utilisation de l'imagerie cérébrale dans les domaines sanitaires, judiciaire, militaire, économique et social,
- la miniaturisation des outils d'analyses et d'interventions sur le corps humain.

La ratification des conventions d'OVIEDO

Cette convention internationale, signée par la plupart des Etats Européens, énonce les principes fondamentaux applicables à la médecine quotidienne ainsi que ceux applicables aux nouvelles technologies dans le domaine de la biologie humaine et de la médecine. A l'occasion de la révision de la loi, la France a signé également.

La révision a apporté peu de choses nouvelles, tous s'accordent à le dire, le sénateur Alain MILON également. Aussi, pour suivre l'évolution fulgurante de la science, il est important que ces lois puissent être à nouveau révisées.

Nous remercions vivement le sénateur Alain MILON de son intervention et d'avoir répondu à nos questions.

Fabienne BRANCHE
Présidente du Comité d'Éthique



> Le Comité d'Éthique du CHA

Nous vous informons que le Comité d'Éthique s'est renouvelé du fait de plusieurs départs (retraite, réorientation professionnelle...). A cette occasion, nous vous rappelons que nous sommes à votre écoute sur les différents problèmes éthiques que vous pouvez rencontrer. Ce peut être un problème bien précis tel que :

- les bracelets identitaires, la contention...
- un cas clinique
- ou des problèmes plus généraux comme les lois de bioéthique

Vous pouvez adresser une saisine par lettre ou par mail au Dr Fabienne BRANCHE Présidente du Comité Local d'Éthique, service des Urgences : fbranche@ch-avignon.fr

» DOSSIER PRÉVENTION

L'obésité chez l'enfant, un fléau mondial

L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique du fait de sa prévalence en constante progression. Comme la majorité des cas d'obésité d'adulte se dessinent dès l'enfance, le pédiatre peut jouer un rôle primordial et intervenir tôt avec une guidance appropriée à chaque groupe d'âge.

>> L'obésité se définit comme un excès de tissu adipeux (les graisses) par rapport aux trois autres composants majeurs de notre corps ou composition corporelle : le muscle, l'os et l'eau. On parle d'obésité de l'enfant à partir d'un niveau de surcharge pondérale défini selon l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle (ou IMC).

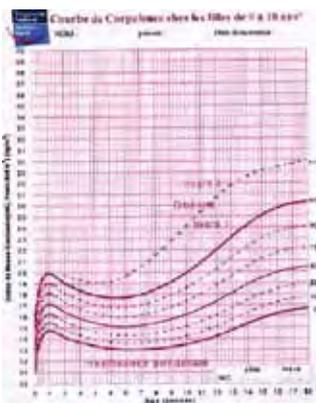
Qu'est-ce que l'indice de masse corporelle (IMC) ?

Au cours d'une consultation, l'enfant est pesé et mesuré afin d'établir son IMC.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (en kilogrammes)}}{\text{Taille}^2 \text{ (en mètres)}}$$

Le résultat obtenu est reporté sur la courbe de corpulence de l'enfant (partie courbes de croissance dans le carnet de santé). L'IMC est interprété en fonction des courbes de références françaises établies par M.F ROLAND-CACHERA en 1991. Ces courbes de référence sont sexuées et réparties des 3^e, 10^e, 25^e, 50^e, 75^e, 90^e et 97^e percentiles de la distribution. L'IMC est ainsi exprimé en percentiles sur les courbes : par exemple, 90% des enfants se situent au-dessous de la courbe correspondant au 90^e centile. Chez l'enfant, les seuils définissant l'obésité sont généralement établis à partir de distributions calculées sur des populations de référence. En France, on parlera :

- de surpoids pour un IMC compris entre le 90^e et le 97^e percentiles
- et d'obésité pour un IMC supérieur ou égal au 97^e percentile.



» Courbes de corpulence

Notion de « rebond d'adiposité précoce »

En analysant une courbe, on note un pic physiologique de l'IMC vers l'âge de 1 an (bébé dodu) puis une décroissance normale de la courbe jusqu'à l'âge de 6 ans puis une réascension ou « rebond physiologique » jusqu'à l'âge adulte. Si la prise de poids vers 1 an n'a pas de conséquence, des chercheurs de l'Inserm ont montré que ce n'était pas le cas vers 3 mois et après 3 ans (« rebond d'adiposité précoce »), deux périodes sensibles où le poids de l'enfant doit être surveillé (Inserm unité 780, publication dans « American Journal of Clinical Nutrition » Juin 2008). Contrairement à l'adulte, chez l'enfant, le diagnostic de surcharge pondérale peut être tardif « parce qu'au début ça ne se voit pas ».

L'hypothalamus... centre de commandement

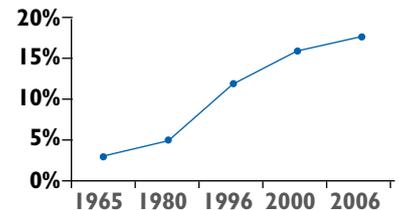
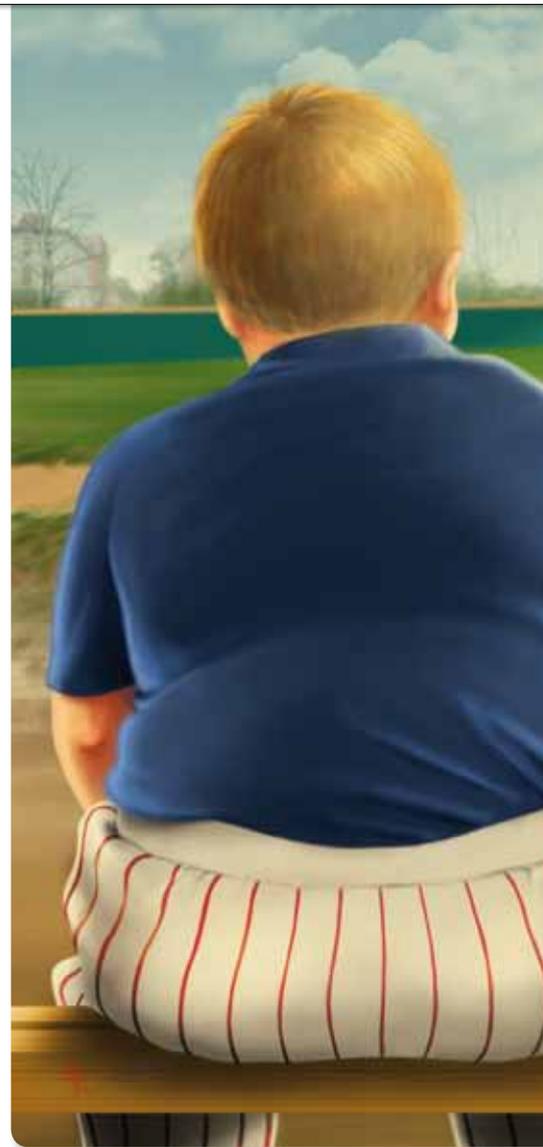
Le contrôle de l'appétit et de la satiété est réalisé grâce à de nombreux informateurs, qui sont le plus souvent des hormones qui vont agir au niveau du cerveau plus précisément l'hypothalamus.

Ces hormones proviennent de :

- l'estomac (la ghreline)
- l'intestin (les peptides PY et PYY)
- le pancréas (l'insuline)
- le tissu adipeux (la leptine)
- le cerveau (la mélanocortine)

Les causes de l'obésité

- **L'obésité commune** : dans la très grande majorité des cas, il n'y a pas de cause évidente expliquant l'obésité, on parle d'obésité commune ou primaire. L'influence de certains gènes est bien établie, mais il s'agit surtout d'une prédisposition qui va apparaître dans un environnement « toxique ». La revue internationale « Sciences » a publié un éditorial sur le rôle toxique de notre environnement dans l'obésité. Les hommes préhistoriques, les « chasseurs cueilleurs » qui ont survécu aux conditions difficiles de froid et de disette, sont avant tout ceux qui avaient les bons gènes d'épargne. Ces gènes leur permettaient de « mettre en réserve », même dans les



Pourcentage d'enfants de 3 à 17 ans présentant un surpoids ou une obésité (Etude Nationale Nutrition Santé, ENNS, 2006)

conditions très dures, et de dépenser peu d'énergie. Dans notre environnement, aujourd'hui riche en nourriture, sédentaire et surchauffé, ces mêmes gènes favorisent le développement de l'obésité.

Une étude menée par des chercheurs de l'Hôpital pour enfants de Philadelphie (USA), et publiée dans l'édition du 8 avril 2012 dans la revue « Nature genetics » vient d'identifier 2 nouveaux gènes qui, mutés, sont associés à l'obésité infantile commune.

Ce travail ouvre de nouvelles voies à explorer dans la génétique de l'obésité infantile commune et ces premiers résultats peuvent déjà contribuer à concevoir de futures interventions de prévention et des traitements pour les enfants, en fonction de



d'origine endocriniennes ou hormonales et les obésités « iatrogènes » dues à un traitement.

Les principales complications de l'obésité

- **Psychosociales** : manque d'estime de soi, isolement social, difficultés accrues d'intégration socioprofessionnelle et dépression.
- **Cardiovasculaires et métaboliques** : athérosclérose précoce, hypertension artérielle, dyslipidémie.
- **Endocriniennes** : diabète de type 2, puberté précoce, insulino-résistance, et ovaires polykystiques.
- **Orthopédiques** : déformation des os et des articulations et parfois épiphysiolyse de hanche.
- **Respiratoires** : apnées du sommeil.

Les principes de la prise en charge

Le suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est recommandé dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire. Objectif : ralentir la progression de la courbe de corpulence. La prise en charge diététique se fait sur prescription du médecin pédiatre (qui a défini le poids, la taille et l'IMC).

Le but de la consultation diététique est de connaître les habitudes alimentaires et le mode de vie de l'enfant, afin d'en déterminer les erreurs.

On constate le plus fréquemment :

- petit-déjeuner inexistant ou insuffisant
- grignotage
- consommation importante et fréquente d'aliments riches en calories (friture, mayonnaise, viennoiserie, desserts lactés...)
- l'eau est trop souvent remplacée par des boissons sucrées (sodas, coca, jus de fruit)
- quantité d'aliments inadaptée à l'âge de l'enfant
- faible consommation de fruits et légumes
- beaucoup de temps passé devant la TV, l'ordinateur ou la console de jeux
- temps de sommeil insuffisant.

Ces situations entraînent un déséquilibre entre les apports caloriques et les dépenses énergétiques. En fonction de ce qui aura été constaté, les informations et les conseils seront donnés en tenant compte du contexte économique et social de la famille. L'objectif chez les enfants étant de : « ne plus grossir et continuer à grandir ».

Ceci prendra donc un certain temps ! L'implication et l'accompagnement de l'entourage familial sont essentiels et indispensables pour obtenir des résultats positifs.

En résumé et dans la pratique

L'obésité est véritable fléau des temps modernes. Le diagnostic se fait en calculant l'IMC, donc en traçant régulièrement la courbe de corpulence. Plus le « rebond d'adiposité » est précoce (avant l'âge de 6 ans), plus le risque de devenir obèse est élevé. La prévention primaire commence dès la grossesse. L'objectif de soin est l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des complications. Une intervention précoce et douce permet d'éviter aux enfants la souffrance sociale, qui reste la conséquence la plus délétère de l'obésité infantile.

Dr Abdallah TIZEGGAGHINE

Consultation Endocrinologie Pédiatrique

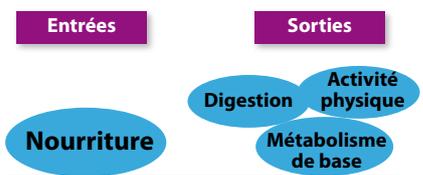
Nicole BADINA

Diététicienne

Pour en savoir plus

- Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie : www.repop.fr
- « Mon enfant est trop gros » Pr Maïthé TAUBER, Éditeur Le Cherche Midi
- « On fait fausse route » Pr Patrick TOUNIAN, Mme Safia AMOR, Editeur Bayard

> La balance énergétique



La balance énergétique est un état d'équilibre entre les entrées (alimentation) et les sorties (dépenses d'énergie) permettant de maintenir un contrôle du poids et de la masse grasse. L'obésité est souvent due à un déséquilibre entre les entrées et les sorties d'énergie favorisé par une susceptibilité génétique et un comportement à risque avec une alimentation inadaptée et une sédentarité excessive.

> L'obésité en France et en chiffres

- 1 enfant sur 5 souffre d'obésité, soit 17,8 % des enfants âgés de 3 à 17 ans.
- 3,5 % sont obèses et 14,3 % sont en surpoids (enquête Étude Nationale Nutrition Santé 2006).
- L'obésité a doublé en 10 ans.
- Le risque de rester obèse à l'âge adulte est de 80 %.
- L'obésité réduit l'espérance de vie de 13 ans en moyenne.

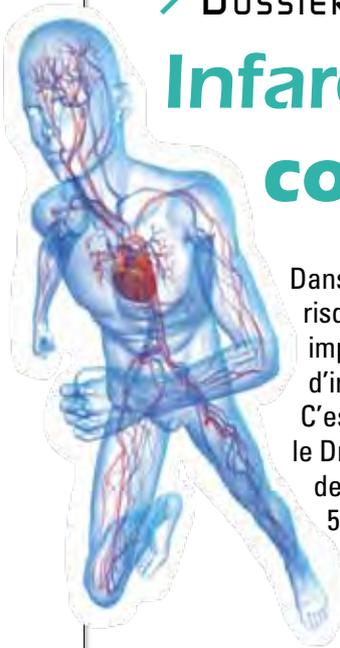
leurs génomes individuels. Bref, même pour l'obésité, l'avenir pourrait résider dans une médecine personnalisée.

Car si de précédents gènes ont déjà été identifiés comme associés à l'obésité, ces gènes découverts ou plutôt leurs variantes sont ici associées à une obésité infantile commune. « C'est l'étude génomique la plus importante jamais réalisée sur l'obésité infantile commune, à la différence d'études précédentes qui portaient sur des formes plus extrêmes d'obésité, principalement liées à des maladies rares », explique l'auteur principal, le Pr GRANT. « Nous avons définitivement identifié et caractérisé une prédisposition génétique à l'obésité infantile commune. »

- **Les obésités génétiques monogéniques** : elles sont exceptionnelles et sont dues à la mutation d'un gène. Exemple : mutation du gène de la leptine ou de son récepteur.
- **Les obésités génétiques syndrômiques** : elles sont associées à un ensemble de signes. Le plus souvent un retard de développement, des troubles du comportement ou des malformations. Exemple : le syndrome de Willi Prader.
- **Les autres types de maladies** : les obésités

> DOSSIER PRÉVENTION

Infarctus du myocarde : comment protéger son cœur ?



Dans le cadre de la prévention des risques cardiovasculaires, il est important de faire des campagnes d'information auprès des populations. C'est pourquoi Challenge a rencontré le Dr Michel PANSIERI, Chef du service de Cardiologie, avant la journée du 5 juin pour en savoir davantage sur la prévention de l'infarctus du myocarde.

>> Challenge : Quels sont les facteurs de risques ?

Dr Michel PANSIERI (M.P.) : « Les facteurs de risques sont les suivants :

- **Le tabagisme** qui affecte surtout les patients jeunes puisque 80 % des victimes d'infarctus de moins de 45 ans sont fumeurs. Le tabagisme est aussi responsable de l'artérite des membres inférieurs. C'est le monoxyde de carbone contenu dans les cigarettes qui favorise la formation de dépôts et de caillots dans les artères.
- **L'hypercholestérolémie** est aujourd'hui le facteur le plus facile à contrôler parce que nous disposons de traitements efficaces et bien tolérés. Un régime préalable est indispensable à la mise en route d'un traitement médicamenteux. Celui-ci privilégiera les graisses « insaturées » (poisson, viande blanche, huile de colza, d'olive...) au détriment des graisses « saturées » athérogènes (fromages, charcuterie, viande rouge, œufs...). L'alimentation devra aussi comporter un apport conséquent en fruits et légumes.
- **L'hypertension artérielle (HTA)** dont 15 % de la population française est atteinte. On est hypertendu au-delà de 140/90 mm Hg. Cette HTA nécessite un régime pauvre en sel et un traitement adapté. Le risque lié à une hypertension non contrôlée concerne non seulement le cœur, mais également le cerveau, les yeux et les reins.
- **Le diabète de type 2** lié aux habitudes de vie (contrairement au diabète de type 1 d'origine génétique) tend à devenir épidémique dans les pays occidentaux en particulier en raison de l'excès de sucres et de graisses dans l'alimentation. On voit même aux Etats-Unis des enfants obèses contracter un diabète de type 2. Les conséquences au niveau cardio-vasculaire sont potentiellement très graves d'autant plus que cette maladie est « silencieuse ».
- **L'hérédité** qui est un facteur indéniable est le seul sur lequel on ne puisse pas agir pour l'instant. Ce qui peut expliquer la survenue de problèmes cardio-vasculaires graves chez des patients sans autre facteur de risque. Les facteurs de risques ne sont pas simplement additionnels, mais la coexistence de plusieurs facteurs chez un même individu multiplie son risque de façon exponentielle. »

Challenge : Quels conseils préconisez-vous pour maintenir un cœur en forme ?

M.P. : « L'activité physique, avec par exemple une simple marche de 30 minutes par jour, permet de rallonger l'espérance de vie de plusieurs années. »



Sur le plan nutritionnel, il faut déshabituer les jeunes enfants à absorber les sucreries dès le plus jeune âge et leur proposer une alimentation variée. Il n'est pas absolument indispensable d'emmener ses enfants chez Mac Donald's une fois par semaine !

En ce qui concerne le tabagisme, des équipes médicales et paramédicales (comme l'ELSA au CHA) peuvent aider les patients à s'arrêter de fumer à condition qu'ils en expriment la motivation. Il est difficile de prévenir le tabagisme chez l'adolescent. »

Challenge : Quels sont les signes d'alerte pour appeler le Centre 15 ?

M.P. : « Aujourd'hui, il y a encore trop de personnes qui attendent avant d'appeler les secours, et nous souhaitons sensibiliser la population à un appel précoce pour limiter les conséquences d'un infarctus du myocarde. Ainsi, la survenue d'une douleur dans la poitrine à type de serrement doit faire penser à l'infarctus d'autant plus qu'elle survient la nuit ou au petit matin chez un homme après 45 ans et chez une femme après 55 ans ayant des facteurs de risques. »

L'appel rapide du Centre 15 permet une prise en charge adaptée avec si nécessaire un transfert dans une Unité de Soins Intensifs de Cardiologie avec plateau de Cardiologie Interventionnelle pour reperfusion au plus vite l'artère bouchée. »

Propos recueillis par Marielle PETIT DE GRANVILLE

Chargée de communication

➤ RÉSONANCE ÉNERGÉTIQUE
PAR STIMULATION CUTANÉE

Apporter du bien-être aux patients par une approche innovante



La Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée (RESC) est une méthode d'accompagnement et d'apaisement des personnes, quel que soit leur âge, en situation de souffrance physique ou psychologique. Cette méthode non invasive s'appuie sur les fondements de la médecine chinoise et se pratique selon un principe digital en rapport avec les liquides du corps.

>> La RESC est basée sur une écoute tactile des points des méridiens d'acupuncture et une action à distance par stimulation superficielle douce : le « contact retiré », qui induit l'émission d'ondes de résonance. C'est une méthode innovante dans le domaine de la douleur et de la gestion des phénomènes émotionnels, quelle qu'en soit l'origine.

Patrick FOUCHIER, Kinésithérapeute et Acupuncteur, a conçu et expérimenté cette méthode depuis plus de 20 ans. Ce dernier a d'ailleurs ouvert un centre de formation à Solliès-Pont et enseigne en milieu hospitalier.

Une formation accessible à tous

Accessible à tous les professionnels de santé, cette courte formation permet de se doter d'un outil précieux et complémentaire aux autres thérapeutiques de par sa simplicité, sa facilité d'utilisation et son efficacité.

Ses applications actuelles sont réalisées sur Lyon et surtout dans la région PACA : elles concernent plusieurs services hospitaliers et des champs thérapeutiques très différents.

La RESC dans le Pôle Femme Mère Enfant

En 2004, c'est à la faveur d'une rencontre entre des infirmières puéricultrices de pédiatrie du CHA et du service d'oncologie pédiatrique du CHU La Timone à Marseille (Pr Bernard) que le désir d'être formé à la RESC fait jour dans les équipes de pédiatrie d'Avignon. Les témoignages de ces soignantes sur l'efficacité dans la prise en charge de la douleur, et les résultats obtenus au CHA après la première session de formation, suscitent un réel engouement auprès des professionnels de santé de la pédiatrie, la chirurgie infantile, la néonatalogie et la maternité de l'hôpital d'Avignon.

Parallèlement, Patrick FOUCHIER est présent pour répondre aux questions des médecins sur l'utilisation de cette méthode innovante dans le monde hospitalier.

L'ouverture d'esprit des uns, la volonté des soignants et un service de formation continue partenaire de ce projet ont permis à cette technique de se perpétuer et de se développer au sein du pôle. Aujourd'hui, on compte :

- 79 soignants formés au premier niveau,
- 34 soignants formés au deuxième niveau,

- 1 au 3^e niveau (pour la première fois au plan de formation 2012)

Parmi ces soignants, on distingue des infirmières puéricultrices, des auxiliaires de puériculture, des aides-soignantes, des sages-femmes et un pédiatre. Les niveaux 1, 2 et 3 sont proposés au plan de formation 2012. Le nombre croissant de professionnels formés permet de proposer la méthode RESC aux enfants hospitalisés ou venant en soins externes, aux femmes enceintes ou en cours d'accouchement.

La RESC s'applique également aux professionnels de santé. Pratiquer cette méthode entre collègues permet de destresser et de soulager des maux divers et variés.

L'intérêt pour les patients n'est plus à prouver et la politique de formation est bien engagée dans notre pôle. Il serait intéressant de développer cette méthode dans les différents services de l'hôpital grâce à un élargissement du nombre de soignants formés.

Renseignements :

Marie-Laure SCARINGELLA

Puéricultrice, poste 3684

Dorothee BALLOIS

Cadre de santé, poste 3683

➤ TÉMOIGNAGE

« Un outil précieux dans les soins apportés aux enfants »

« Je suis formée depuis 2004. J'utilise la RESC quasi quotidiennement auprès des nourrissons et des enfants, notamment pour calmer des douleurs de type coliques chez le petit bébé ou pour apaiser des angoisses liées à l'hospitalisation (peur d'une intervention, examens invasifs, séparation familiale...). D'autre part, la RESC trouve aussi son utilité chez les nourrissons hospitalisés pour une bronchiolite, elle permet de diminuer l'angoisse liée aux difficultés respiratoires et les aide à se détendre. Ainsi, l'enfant accepte mieux les traitements tels que l'oxygénothérapie ou l'aérosol, ce qui les rend plus efficaces.

Pour toutes ces raisons, la RESC est pour moi un outil précieux dans les soins apportés aux enfants. C'est une méthode humaine, respectueuse, souvent appréciée des parents parce qu'elle améliore le confort de l'enfant sans être agressive. Il n'est d'ailleurs pas rare que ces derniers nous demandent de renouveler les séances lorsque leur enfant en a bénéficié une première fois. »

Marie-Laure, Puéricultrice
dans l'unité des Nourrissons

> LIGUE CONTRE LE CANCER

Coup de projecteur sur un grand

CONTRE
LE CANCER

LA LIGUE
101
comités

pour la vie

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non-lucratif et reconnue d'utilité publique. Premier financeur privé et indépendant de la recherche contre le cancer, la Ligue repose sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants.

>> Forte de ses 727 629 adhérents et de ses 12 850 bénévoles réguliers, elle regroupe 103 comités départementaux qui luttent dans

trois directions complémentaires : la recherche, l'information, la prévention et la promotion des dépistages ; et les actions pour les malades et leurs proches. Par le biais de ces missions parfaitement imbriquées, la Ligue contre le cancer est le seul acteur indépendant dans le paysage français de la lutte contre le cancer à avoir une approche globale de la maladie.

La Ligue, 1^{er} financeur privé de la recherche en cancérologie

La Ligue contre le cancer est le premier financeur indépendant de la recherche en cancérologie en France. En initiant et finançant des projets qui vont à la recherche fondamentale jusqu'au lit du patient, la Ligue suscite des avancées importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades.

La recherche en oncologie se divise en différents pôles : la recherche fondamentale, la recherche clinique, la recherche épidémiologique et les sciences humaines et sociales.

Informer, sensibiliser, prévenir pour lutter efficacement contre le cancer

Pour mieux protéger la population et lutter efficacement contre la

maladie, la Ligue communique régulièrement sur les bienfaits d'une hygiène de vie adaptée, sur les facteurs de risques, qu'ils soient comportementaux ou environnementaux et sur l'importance des programmes de dépistages organisés.

La Ligue contre le cancer agit également pour le respect des lois et des réglementations visant à interdire la diffusion de produits industriels nuisibles à la santé. Grâce à son maillage territorial, elle intervient directement auprès de populations peu réceptives aux messages diffusés par les médias.

Améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leurs proches

La Ligue accompagne les personnes malades et leurs proches dans leur vie quotidienne et améliore leur prise en charge globale. Initiatrice des Etats généraux des malades atteints de cancer (1998, 2000 et 2004), la Ligue est légitimement devenue le porte-parole des malades et de leurs proches et œuvre auprès des institutions nationales afin de protéger les droits des patients.

Pour agir au plus près des populations directement concernées et fragilisées par la maladie cancéreuse, la Ligue a instauré, au niveau de chaque département, un ensemble de services : soutien financier, aide psychologique, groupes de parole, amélioration du confort à l'hôpital, aide ménagère... Chaque année, près de 12 000 familles bénéficient du soutien du Comité grâce aux bénévoles et aux associations partenaires, « Vivre comme avant » et « Provence Stomie Contact ».



Course l'Avignonnaise
le 15 avril 2012

acteur de santé publique

L'action du Comité de Vaucluse

Le Comité de Vaucluse a ouvert ses portes en 1958. Beaucoup de travail réalisé, quelques déménagements pour occuper enfin en 2000 les locaux actuels, hébergés par le Conseil général, et plus particulièrement au Centre départemental 285, rue Raoul Follereau. Un grand merci au Président, Claude HAUT, qui nous soutient dans nos actions avec beaucoup de délicatesse et de fidélité.

>> Fort de nos 3 845 adhérents, le Conseil d'administration comprend 16 administrateurs auxquels sont associés, avec voix consultative, le Dr Gilbert CHAUVIN, Président d'Honneur et le Pr Pierre SOUTEYRAND, Membre d'Honneur. Le bureau qui se réunit deux fois par mois, est composé de :

- Mme Anne-Marie JOUFFROY-BOLOGNA, Présidente
- Dr Jean ARLAUD, Vice-président
- M. Alain DE VECCHIS, Vice-président
- Mme Marie-Christine GODLEWSKI, Secrétaire générale
- Mme Geneviève VENTURI, Trésorière
- Mme Michèle TCHIBOUDJIAN, Action pour les malades
- Dr Jean-Michel VINOT, Président du Conseil scientifique
- Dr Nicole CHEVALIER, Chargée de la Prévention.

Quatre Conseils d'administration, sur l'année civile, orchestrent les activités sur 10 mois de l'année, hors juillet et août, au cours desquels est maintenue une écoute téléphonique.

Les missions du Comité sont respectueuses du projet associatif de la Fédération

- La recherche pour guérir
- L'accompagnement pour soutenir
- L'information pour prévenir

En 2011, près de 170 000 euros ont été consacrés à l'investissement :

- 55 000 euros pour la recherche
- 26 500 euros à l'acquisition d'équipements de diagnostic et thérapeutiques
- 7 000 euros pour des associations qui accompagnent des patients
- 43 000 euros en soutien direct à des familles



Assemblée générale du 11 avril 2012

- en difficultés financières liées à la maladie
- 10 000 euros pour des séances d'activités physiques sur Avignon et Carpentras et les ateliers de musicothérapie
 - 3 800 euros pour l'achat de toute la documentation mise à disposition pour l'accompagnement, l'information, la prévention et la promotion des dépistages.

Les origines des ressources

La Ligue ne bénéficie pas de subventions pérennes. La majorité des ressources reposent sur les dons issus du marketing de prospection et de fidélisation, des dons spontanés, des legs... aléatoires. Aujourd'hui plus que jamais, compte-tenu de l'évolution de la société et de la crise actuelle, il est essentiel de provoquer des mécénats, de trouver des partenariats et de créer des événements et des manifestations pour abonder nos ressources. C'est avec plaisir que sont énumérées quelques actions déjà en marche avec un grand merci à tous les hospitaliers pour leur soutien et leur générosité lors de la tenue de nos stands.

- Des ventes de miel, de confitures de figues, de décorations de Noël et de peluches
- Des ventes de tulipes pour la Vie initiées par le Lions Club des Dentelles de Montmirail au profit de la Ligue. Pour la 6^e édition 2012, 10 000 euros ont été récoltés.
- Des journées d'information et de prévention avec la tenue de stands (documentation et objets)
- De nombreuses associations créent des manifestations au profit de la Ligue : concerts, lotos, vide-greniers, spectacles musical, théâtral... course féminine...
- Des manifestations golfeques à Vedène, Orange...

Informier pour prévenir

Conformément à ses missions, le Comité de Vaucluse participera largement au Forum Santé du CHA le 5 juin 2012. La Ligue est engagée à fond dans la prévention sur :

- les méfaits du soleil, une semaine en juin du 18 au 24, y sera consacrée au niveau national
- les dangers du tabac, le 31 mai, journée mondiale
- les bienfaits d'une alimentation saine et équilibrée et tout l'intérêt de l'activité physique avant un cancer et aussi pendant et après.

Promouvoir le dépistage

De 50 à 74 ans, tous les deux ans, les personnes hommes et femmes sont invitées à répondre au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. Le mois de mars « BLEU » et le mois d'octobre « ROSE » sont consacrés à une large promotion de ces deux dépistages organisés, gratuits pour les bénéficiaires. Tout cancer dépisté précocement est guérissable. Les traitements seront moins pénibles, moins douloureux. Très certainement le dépistage vous permettra de savoir que vous ne souffrez d'aucune pathologie : alors la vie vous paraîtra encore plus belle à vivre.

C'est pourquoi la Ligue est engagée au quotidien dans la lutte contre le cancer car non seulement c'est un problème de santé publique mais aussi un enjeu sociétal. La Ligue a besoin de vous pour augmenter ses actions au profit des malades : Recherche, Equipement, Accompagnement. Alors rejoignez le rang des adhérents, engagez-vous dans l'Equipe de France Contre le Cancer « EFCC ».

Anne-Marie JOUFFROY-BOLOGNA
Jean-Michel VINOT



> MISSION DE SANTÉ PUBLIQUE

Des actions de prévention au plus près des habitants

Depuis la création de la Mission de Santé Publique en 2007, les actions de ce service de prévention gratuit se sont développées dans tout le département du Vaucluse. Un mot d'ordre : la prévention.

>> Ce centre de prévention est issu du transfert des compétences de l'Etat aux Hôpitaux Publics du Vaucluse. Il comprend trois missions : la vaccination, la lutte anti-tuberculeuse (CLAT) et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). La consultation est basée sur quatre hôpitaux vauclusiens couvrant en grande partie le territoire départemental. Plusieurs activités sont déployées :

- une consultation médicale hebdomadaire sur chaque site
- des actions dites « hors les murs » avec des actes de dépistage et de vaccination décentralisés (en milieu associatif, en centre d'examen de santé, à l'université)
- des séances d'information auprès de collégiens et lycéens, et d'associations de quartier.

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles a vu la fusion des CIDDIST et du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG). La consultation est désormais ouverte du lundi au vendredi de 9h à 16h30. En 2011, plus

de 1 500 personnes ont bénéficié d'un dépistage anonyme et gratuit du VIH. Ce dispositif est complété ponctuellement par des dépistages « hors les murs », à l'Université d'Avignon par exemple, et auprès des populations à risque, notamment les usagers de l'association AIDES.

Des actions de proximité

Concernant la vaccination, depuis sa création, le centre a réalisé 536 vaccinations en 2008, 1 373 en 2009, environ 1 900 en 2010, et 2 575 en 2011. Depuis trois ans, dans le cadre de la semaine européenne de la vaccination, des rencontres avec les Vauclusiens sur les marchés publics sont organisées. Lors de ces actions, 300 vaccinations sont effectuées en une semaine. Ce résultat prouve l'utilité d'une telle démarche auprès de ceux qui oublient leurs rappels vaccinaux. Ces rappels sont plus que jamais d'actualité face aux épidémies de rougeole et de coqueluche qui ont touché notre département.

Une équipe motivée

Au Centre Hospitalier d'Avignon, la Mission de Santé Publique fait partie intégrante du Pôle Qualité et Santé Publique. Réunis dans les locaux de la Maison Médicale (face à la rampe d'accès des urgences adultes), plusieurs professionnels vous accueillent :

- Dr Dominique BEAUVAIS, présent une demi-journée par site
- Dr Alain WAJSBROT et Dr Marc HUMBERT, vacataires au CDAG
- Dr Christine LORENTE, coordonnatrice départementale
- trois infirmières (une au CIDDIST/CDAG, deux à la Mission de Santé Publique)
- une secrétaire médicale.

Un médecin supplémentaire rejoindra l'équipe cet été.

Dr Christine LORENTE

Praticien hospitalier

Mission de Santé Publique

> Un maillage territorial organisé

Les hôpitaux d'Avignon, Carpentras, Cavaillon et Orange sont dotés chacun d'une Mission de Santé Publique. Cette organisation permet de proposer des séances de vaccinations et de dépistages selon le planning suivant :

> Centre Hospitalier d'Avignon

Tél. : 04 32 75 37 07
Fax : 04 32 75 37 08
Mail :
santepublique@ch-avignon.fr
Dépistages tous les jours de 9h à 16h30 - Vaccinations les lundi et vendredi de 9h à 16h30

> Centre Hospitalier de Carpentras

Tél. : 04 32 85 88 93
Fax : 04 32 85 88 81
Mail :
sante.publique@ch-carpentras.fr
Consultations : mercredi de 9h30 à 12h30

> Centre Hospitalier de Cavaillon

Tél. : 04 90 78 85 38
Port : 06 80 05 79 88
Mail :
sante.publique@ch-cavaillon.fr
Consultations : mardi de 13h30 à 16h30

> Centre Hospitalier d'Orange

Tél. : 04 90 11 24 98
Port. : 06 88 19 99 35
Fax : 04 90 34 18 74
Mail : santepublic@ch-orange.fr
Consultations : mercredi de 13h30 à 17h



> ENERGYM

Entretenir sa condition physique dans la bonne humeur

Depuis 25 ans, « Energym », créé dans le cadre de la section Loisirs et Sports sous l'égide de l'Amicale des Hospitaliers, propose des séances de gymnastique aux personnels du CHA. Pour en savoir plus, Challenge a rencontré M^{me} Hélène MULTEDO, Présidente depuis 15 ans et adhérente du club, et M^{me} Sylvie LOPEZ, Professeur en charge des cours.

>> **Challenge : Quel est le programme des activités proposées par Energym ?**

Hélène MULTEDO : « Chaque semaine, 9 heures de cours sont dispensées par Mme Sylvie LOPEZ, moniteur d'éducation physique. Les cours ont lieu les lundi, mardi et jeudi sur trois créneaux horaires :
- 12h30 à 13h30, - 16h30 à 17h30, - 17h30 à 18h30.
- Les séances durent une heure. Les exercices sont intenses, les mouvements et l'effet recherché sont expliqués, le tout dans une ambiance conviviale. »

C. : Combien d'adhérents le club compte-t'il ?

H.M. : « Actuellement, Energym recense 110 inscrits toute profession confondue : administratifs, médico-techniques, médecins et soignants ; ce qui représente environ 30 participants par séance. Les cours sont ouverts aux externes dans la limite des places disponibles. Cette activité s'autofinance par les adhésions (salaire et charges du professeur). L'Amicale s'occupe de la comptabilité. Une assemblée se réunit une fois par an. »

> **Comment s'inscrire**

La cotisation annuelle est de 175 €. C'est un forfait qui offre aux agents une souplesse au niveau des horaires et du nombre d'heures de cours. Pour s'inscrire, il suffit d'appeler au poste 3314. Avant toute inscription, il est possible de participer à deux séances d'essai.

C. : Quels sont les bénéfices du sport ?

Sylvie LOPEZ : « Le sport garantit une hygiène de vie. L'activité physique est essentielle, primordiale. Elle doit faire partie du quotidien. La pratique d'exercices physiques est le facteur essentiel d'une bonne santé et de l'allongement de la durée de la vie. Les séances régulières apportent bien-être en profondeur. Et l'ambiance conviviale favorise la bonne humeur. De plus, prendre du temps pour soi permet de récupérer le calme perdu et d'être ensuite plus disponible pour les autres. Une dimension somme toute importante dans les métiers de l'Hôpital. »

C. : Comment adaptez-vous les séances ?

S.L. : « Les cours sont adaptés au public présent. Chaque mouvement est expliqué et montré. La prise de conscience du mouvement est importante. De quelle façon ? Pour quels résultats ? Chacun a ses propres motivations. Les cadres de santé viennent se décharger du stress engendré par leurs responsabilités. Les infirmières cherchent à soulager leur mal de dos lié aux gestes répétitifs et aux mauvaises postures. Les administratifs et les médico-techniques souhaitent renforcer les muscles du haut sollicités par leur posture devant l'ordinateur ou le microscope par exemple. D'une manière générale, les participants recherchent tous un bien-être quotidien. Ils souhaitent optimiser leur énergie mentale et physique. »

Propos recueillis
par Claire CHRESTIA

Cadre supérieur du Pôle Médecine

> **Techniques pratiquées**

- > La gymnastique traditionnelle qui permet un renforcement musculaire (abdominaux/fessiers/cuisses/dos).
- > La méthode Pilates avec laquelle on apprend à se muscler en douceur et maîtriser son corps. Cette discipline agit sur le corps dans sa globalité en faisant intervenir à la fois le physique et le mental. Elle vise à améliorer la puissance, la souplesse musculaire et les précisions de mouvements. Elle concourt à rééduquer le corps, corrige les déséquilibres du corps résultant d'une mauvaise posture ou blessure.
- > Le stretching basé sur les étirements et contractions volontaires des muscles. Cette technique permet un gain en souplesse et en mobilité, et une augmentation de l'amplitude articulaire.
- > Le LIA (Low Impact Aérobie) qui consiste à enchaîner des déplacements au sol à partir de pas simplifiés issus de la danse jazz, sans saut. La musique entraînant favorise un travail cardio-respiratoire et musculaire important et permet une amélioration de la coordination générale.
- > Le step qui est un programme très tonique associant endurance, travail cardio-vasculaire et sens du rythme. Cette pratique utilise une marche réglable en hauteur qui sert à enchaîner des exercices chorégraphiques.

> CRUES

La Durance : un « fléau de Provence » domestiqué



En 1981, alors que les locaux de l'hôpital Sainte Marthe d'Avignon deviennent trop exigus pour faire face à une activité médicale croissante, les services quittent ce site historique pour s'installer dans un nouvel espace situé en bord de Durance. Depuis 1989, ce Centre Hospitalier porte le nom d'Henri Duffaut, ancien maire d'Avignon qui avait été à l'initiative de sa construction, mais il reste encore dans de nombreux esprits « l'Hôpital de la Durance ». Quel est celui ou celle qui, habitant Barbentane et traversant la Durance tous les matins pour se rendre à son travail, peut imaginer qu'il enjambe une rivière réputée pendant des millénaires parfois infranchissable ? Quel est celui ou celle qui, pestant contre les bouchons du pont de Rognonas qui lui font perdre quelques « précieuses minutes », peut imaginer qu'il fallait en période de crue au début du XIX^e siècle attendre parfois plusieurs semaines pour franchir la Durance ?

>> La Durance est désormais quasi-domestiquée, mais le lecteur sera étonné de connaître l'impétuosité de ce cours d'eau au cours des siècles. Principale rivière provençale, elle traverse des paysages extrêmement variés depuis sa source au-dessus de Briançon jusqu'à 324 kilomètres plus loin en Avignon où elle vient se jeter dans le Rhône. La variabilité saisonnière des débits, la fréquence et l'intensité des crues ont de tout temps rendu la circulation difficile sur cette rivière et ont modelé des paysages fluviaux caractérisés avant tout par une grande mobilité et la nécessité pour les hommes d'adapter leurs installations et leurs activités.

La Durance, fléau de la Provence

Avant l'aménagement de son cours dans la seconde partie du XX^e siècle, le régime hydraulique naturel de la Durance comprenait 2 périodes de hautes eaux (celle de printemps, conséquence de la fonte des neiges et des

précipitations printanières, et celle d'automne, provoquée essentiellement par les averses méditerranéennes) et deux périodes de basses eaux (rétention nivale et faiblesse des précipitations en hiver, sécheresse en été). La violence, la soudaineté et l'irrégularité des averses méditerranéennes engendraient des montées d'eau extrêmement rapides et dévastatrices (inondations, pertes de terres cultivables, engrèvement des champs...).

La Durance est par ailleurs sous contrôle aval du Rhône dans lequel elle se jette et qui influence fortement ses niveaux d'eau : en cas de concomitance de crue, les eaux du Rhône bloquent l'écoulement de la Durance et si seul le Rhône est en crue, ses eaux peuvent remonter dans la Durance. Dans la

tradition provençale, la Durance était considérée, par l'ampleur de ses crues dévastatrices, comme l'un des 3 fléaux de la Provence au même titre que le Mistral et le Parlement de Provence. Madame de Sévigné, dans ses lettres à sa fille, s'exclame : « Cette chienne de Durance...

je hais cette rivière... la dernière fois que je l'ai vue, elle était hors de son lit comme une furie délaissée ». Le 1^{er} novembre 1843, une crue « extraordinaire » de la Durance et de ses affluents est signalée dans les diverses archives. Depuis Embrun jusqu'à son embouchure, elle a emporté tous les ponts existants, au nombre de six, dont quelques-uns étaient de conception monumentale. Une partie des digues a été submergée. Les cartes révèlent une rivière d'une largeur pouvant atteindre 2 kms (c'est le lit majeur ou champ d'inondation). Lors de la décrue, de multiples chenaux souvent peu profonds (lit mineur) circulent entre les iscles (îlots de galets et de sables) où pâturaient autrefois les troupeaux. Des terres marécageuses bordaient parfois la rivière et les noms de voies ou de lieux rappellent encore aujourd'hui la présence proche de cette rivière extravagante (quartier « baigne-pieds » à côté de l'hôpital). Malgré sa grande dangerosité, cette rivière fantasque et imprévisible a été depuis l'Antiquité une voie de transport extrêmement active de Sisteron jusqu'à son confluent avec le Rhône. Un nombre important de radeaux et



de bateaux descendaient et remontaient sur tout son cours sans que la violence de son courant ne rebutât de courageux bateliers. Marbre, pierres, minerais, bois et céréales furent ainsi acheminés sur la Durance jusqu'à la fin du XIX^e siècle et la révolution apportée par le chemin de fer.

D'une rive à l'autre

Si la vallée de la Durance est un axe de pénétration des Alpes vers le Rhône, elle est aussi un obstacle majeur et obligatoire pour passer du Nord au Sud. Gués, bacs, ponts, les hommes essayèrent de joindre ses rives par des moyens plus ou moins adaptés à une rivière parfois traversée « à pied secs », mais dont les flots déchaînés peuvent aussi interdire tout passage. Jusqu'au début du XIX^e siècle, à l'exception du pont de Sisteron (seul pont en dur sur la Durance jusqu'au XIX^e siècle du fait du resserrement de son cours en cet endroit), la traversée de la Durance pour les marchands, muletiers et voyageurs se faisait prioritairement en bac, tandis que le passage à gué était exceptionnel. Ces bacs relativement nombreux (tous les 10 kms environ) étaient généralement concédés à des abbayes et l'exploitation était assurée par des passeurs dont la plupart étaient des bateliers professionnels. Ce métier se transmettait souvent de père en fils ou s'exerçait en famille. Les chemins d'accès et les abords de l'embarcadère étaient entretenus par les riverains et les usagers eux-mêmes : en fait de port, il s'agissait plutôt de quais et de digues en bois, emportés à la moindre crue de la rivière. Le montant du péage était calculé par catégories de passants ou de véhicules. Les points de passage pouvaient varier selon certaines limites juridiques et en fonction du déplacement du lit de la rivière après chaque crue. La traversée de la branche principale de la rivière était le plus souvent assurée par un grand « bac à traile » (câble tendu entre deux mâts ou deux tours situés sur chaque rive), les autres bras étant franchis à gué ou passés grâce à des bateaux plus petits ou à rames. Les plus grands bacs qui faisaient jusqu'à 20 m de longueur pouvaient recevoir jusqu'à 200 personnes, 15 chevaux ou 2 charrettes. En Avignon, le bac de Rognonas permettait de

traverser la Durance depuis l'époque romaine. La « Via Agrippa », voie romaine aménagée sur la rive gauche du Rhône reliait Lyon à Arles via Avignon. Cette voie empruntait l'emplacement actuel de l'avenue Monclar puis le chemin du viaduc et l'on franchissait la Durance à ce niveau à l'aide du bac (au niveau du viaduc SNCF). Il fallut attendre 1835 pour voir la construction du pont suspendu de Rognonas. Même s'il persiste des vestiges de cette voie romaine, elle fut détrônée dans sa partie au sud d'Avignon par l'actuelle route de Tarascon.

Passera... Passera pas...

La traversée de la Durance fut le théâtre de nombreux drames au cours de l'histoire. Le 27 juillet 1735, a été enseveli dans le cimetière de Rognonas, Antoine FABRE, maître chapelier de la ville d'Orange « qui s'est noyé en voulant passer le bateau à Châteaurenard et qu'on retira un moment après ».

Des documents des archives municipales de Pertuis rapportent le 10 décembre 1705 qu'« il y a quelques jours qu'une femme d'Ansouis ayant voulu entrer dans la barque pour passer la Durance, à cause qu'il n'y avait personne pour la conduire et comme elle fût à quelques pas de distance du terrain dans l'eau, la barque se tourna dessus-dessous, ensuite qu'elle tomba dans l'eau ou elle couru hasard de se noyer, ayant à cette occasion tant de frayeur qu'elle a eu été obligée de se mettre au lit ou elle est détenue depuis quatre ou cinq jours ».

La Durance, théâtre de la grande Histoire

Alors qu'il était en route pour l'exil vers l'île d'Elbe, Napoléon s'arrête en Avignon le 25 avril 1814, porte Saint-Lazare, pour changer les chevaux. Quelques heures plus tard, il franchit la Durance au niveau de la Chartreuse de Bonpas. À cet endroit, la Durance heurte le pont en bois de quarante-sept arches, construit pour réunir le Comtat et la Provence. Il donne alors l'ordre d'arrêter le convoi. Après avoir mis pied-à-terre, croisé ses bras sur sa poitrine, après avoir pris cette lorgnette qui, sur le champ de bataille, l'aidait à voir arriver la victoire, il regarda devant lui à quelques pas. Il dit alors : « Dans un autre siècle, un caprice du destin m'aurait peut-être jeté dans ce cloître ; là encore je me serais fait une place. Le catholicisme remuait alors le monde. Toutes ces congrégations de moines étaient autant de régiments, on pouvait en devenir le chef. ».



Bac à traile de Mirabeau

Ce pont en bois sera régulièrement et plus ou moins complètement détruit par les fortes crues de la Durance jusqu'à la construction d'un pont en pierre suspendu en 1894.

La rivière « domestiquée »

Face aux fureurs de la Durance, les hommes ont tenté, il y a déjà fort longtemps de la dompter. Les premières digues datent du XII^e siècle, mais son hydrologie s'est retrouvée vraiment modifiée depuis la mise en service du barrage de Serre-Ponçon en 1961 et par les multiples canaux de dérivation. À partir du barrage de Serre-Ponçon, l'eau de la Durance est dérivée dans un canal qui longe la Durance jusqu'à Mallemort et qui achemine les eaux jusqu'à l'Etang de Berre. Véritable colonne vertébrale énergétique, le canal alimente en eau 25 centrales hydroélectriques. La Durance apporte par ailleurs grâce au canal de Marseille les 2/3 de l'alimentation en eau de cette ville et de ses environs. Aujourd'hui, seul 1/40^{ème} du débit naturel coule dans le lit de la Durance ! Le territoire de la Commune d'Avignon est protégé contre les crues de la Durance par un ensemble d'ouvrages insubmersibles assurant une protection continue de 11 kms depuis Bonpas en amont jusqu'au Viaduc SNCF dit de « Barbantane » en aval. Cet ensemble d'ouvrages remonte pour les structures originelles au XIX^e siècle. En l'état actuel des documents consultés, le Centre Hospitalier d'Avignon apparaît comme non-inondable pour une crue centennale sauf à envisager une rupture accidentelle et non prévisible de la digue, que ce soit face à l'hôpital ou en amont. Impossible de conclure sans dire qu'une faune considérable vit ou passe lors des migrations dans le bassin de la Durance. Ainsi, quelques 300 espèces d'oiseaux la peuplent (aigrettes entre autres), mammifères (castors, loutres) et poissons s'y retrouvent. La Durance joue un rôle important de couloir biologique dans la zone paneuropéenne et elle a été classée zone « Natura 2000 ».

Dr Philippe MASSON
Chef de service
Néonatalogie

Aigrette Garzette

Les bords de la Durance et ses iscles





➤ ESPACES VERTS

La prairie fleurie et le fauchage raisonné : la nature préservée

Depuis l'automne 2011, l'équipe des espaces verts du CHA a mis en place la gestion différenciée. Pourquoi recourir à cette méthode ? Inscrite dans une démarche de développement durable, la technique de la gestion différenciée des espaces verts consiste en l'aménagement d'une nature plus sauvage en milieu urbain. Elle permet de recréer un équilibre écologique, de valoriser les déchets organiques, de préserver les ressources en eau, et à terme de générer des économies. En bref, c'est surtout une façon plus naturelle d'appréhender les jardins, en privilégiant la main de l'homme plutôt que les engins mécaniques lourds et les produits chimiques dangereux. C'est également un moyen de réintroduire naturellement la biodiversité.

>> Notre perception assez Franco-française des espaces verts nous place au 4^e rang mondial parmi les utilisateurs de pesticides en Europe, et par conséquent parmi les premiers pollueurs du Continent.

La nécessité de changer nos comportements n'est plus à démontrer. En effet, la nature n'est ni ronde, ni carrée, et notre volonté ou habitude, de la dompter a un impact écologique inacceptable pour notre environnement. Quelle est la pertinence d'un gazon anglais dans le sud de la France, grand consommateur d'eau et de désherbant, face à une prairie naturelle avec, certes, ses imperfections, mais surtout avec une diversité de fleurs et d'insectes qui s'y installeront peu à peu ?

Aucun produit phytosanitaire

Depuis 18 mois, grâce à l'investissement de nos jardiniers, certains résultats sont déjà visibles comme en témoignent les photos. Aucun produit phytosanitaire n'est utilisé pour entretenir les espaces verts du CHA. Nos professionnels de la nature ont remplacé le désherbage chimique par :

- Le paillage des massifs (BFR : Bois Raméal Fragmenté) : 1 000 m² sur 7 cm d'épaisseur sont actuellement paillés. Cette technique a pour avantages : l'économie d'eau, la prévention de la levée des adventices, la transformation lente en humus en remplacement de l'engrais,

l'absence de frais de mise en décharge.

- La plantation de vivaces ou annuelles au pied des arbres en concurrence des plantes indésirables.
- Le désherbage manuel.

Pas de recours aux pesticides !

A la place des pesticides sont privilégiés :

- Le compost pour favoriser la pousse des fleurs et le paillage pour étouffer les mauvaises herbes.
- Des choix judicieux de végétaux. Il est essentiel d'éviter les plantations de végétaux mal adaptés à la région ou trop sensibles aux maladies ou attaques de ravageurs.
- Le remplacement progressif des végétaux trop faibles, mal adaptés et/ou trop souvent attaqués.
- L'apport d'auxiliaires avec par exemple l'introduction de coccinelles lors d'attaques de pucerons.

Une démarche de développement durable

De plus, 3 000 litres de compost ont été produits. Réalisé à partir de matières premières comme les feuilles, les herbes de tonte, les bois non ligneux ou ligneux de faible diamètre, etc, le compost est écologique. Sa qualité lui procure la même efficacité que le terreau et l'engrais. Son prix de revient est faible. Et sa fabrication

dispense des frais de mise en décharge.

Ensuite, l'équipe des espaces verts réalise des tailles de formation et de sécurité. Les tailles douces laissent aux végétaux la possibilité d'atteindre leur taille adulte et ainsi de respecter leur port naturel. Les rabattages drastiques sont inutiles. Là aussi, le choix des végétaux est fondamental. Il est capital de sélectionner le végétal dont la taille adulte est adaptée au lieu d'implantation. Enfin, pour lutter contre les maladies et ravageurs, 12 pièges à chenilles processionnaires et 5 nichoirs à mésanges ont été installés dans le parc, sur les troncs des pins précisément. La mésange étant un prédateur naturel des chenilles processionnaires. En dernier lieu, une tonte sélective permet de préserver les fleurs de prairies. Pâquerettes, Véroniques de Perse et Pissenlits jonchent l'entrée de l'établissement et contribuent à son embellissement. L'image identitaire constituée par l'écrin de nos espaces verts participe directement au bien-être des usagers et des professionnels qui fréquentent l'hôpital.

David VERIN

Responsable des espaces verts

Franck HERY

Responsable qualité UCPC