



Photo J.-Marc Thibault

www.ch-montargis.fr

Journal interne n° 36 - Mars 2010

edito

VERS UNE Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Beaune la Rolande, Montargis, Pithiviers

L'une des principales dispositions de la Loi HPST votée par le Parlement en juillet 2009 concerne la constitution de Communautés Hospitalières de Territoire. Convaincue que la défense du Service Public doit passer par la mise en œuvre d'une véritable « stratégie de groupe », la Fédération Hospitalière de France a défendu très tôt cette forme de coopération entre hôpitaux publics, prônée en 2007 par le rapport Larcher*.

L'objectif des CHT est en effet de favoriser la complémentarité des hôpitaux pour les rendre plus efficaces, d'éviter les « déserts médicaux » en facilitant le travail en réseau des praticiens et éventuellement de générer des économies en regroupant ou fédérant certains services logistiques. L'idée qui sous-tend le projet de constitution d'une CHT est de mutualiser les compétences sans recourir à la suppression ou à la fusion d'établissements.

Le pari du législateur est le suivant : plutôt que d'imposer autoritairement des regroupements d'établissements, voués à l'échec en raison de leurs différences de culture, d'histoire et bien sûr d'intérêts, il s'agit de favoriser une démarche volontariste en les incitant à dépasser et transformer autour d'un projet stratégique partagé les conventions qu'ils ont déjà conclues.

Les hôpitaux de Beaune la Rolande, Montargis et Pithiviers sont en mesure d'atteindre cet objectif. Ils peuvent, s'ils le veulent, donner une forte impulsion aux partenariats qu'il ont su nouer, tant dans le domaine logistique que

dans le domaine plus spécifiquement médical. L'existence, depuis le 1^{er} septembre 2009, d'une direction commune aux 3 hôpitaux est de nature à faciliter la mise en œuvre de cette démarche. Le renforcement depuis la fin de l'année dernière des coopérations médicales des 3 établissements, la concertation de leurs responsables médicaux et logistiques autour d'un projet partagé, construit à partir de l'analyse des opportunités induites par l'évolution des stratégies de chaque hôpital, ce sont là autant de facteurs positifs qui devraient permettre dès 2010 l'émergence d'un projet de CHT.

C'est là une ambition raisonnable et nullement utopique, dès lors que les 3 partenaires, quand bien même seraient-ils de tailles différentes, ont intérêt à ce que la future convention de CHT soit de type « gagnant-gagnant ». Il suffit pour cela que leurs acteurs continuent à travailler ensemble, en confiance, dans le respect mutuel.

Pour ce qui me concerne, je m'emploierai à accompagner puis finaliser les réflexions en cours. Bien entendu, j'en tiendrai en temps utile informés les personnels des 3 établissements.

André POULCALLEC

Directeur des C.H. de l'Agglomération Montargoise et de Pithiviers
Directeur de l'Hôpital de Beaune la Rolande

* actuellement Président du Sénat, ancien Président de la FHF

sommaire

EDITO p1

- **VERS UNE** Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Beauce la Rolande, Montargis, Pithiviers

CHAM'INFORME p2 & 3

- **Présentation de Mme Badou - DRH**
- **Bilan grippe H1N1 au Cham en 2009**
- **L'accompagnement de la personne âgée par le psychologue**

CELA SE PASSE AU CHAM p4

- **Bilan Indicateurs 2008 du CLIN**

PROCHE DE VOUS p5

- **Réhabilitation physique insuffisance respiratoire**

CHAM'ETIER p6

- **Manipulateur radiologie**

CHAM'INTÉRESSÉ p7

- **Chiky pour les petits (livret en pédiatrie)**
- **Retraités de 2009**
- **Sport et Psychiatrie**

MEMENTO p8

- **Mouvement du personnel**
- **Carnet**
- **Médaillés**

comité de rédaction :

Directeur de la Publication :
A. POULCALLEC
Rédactrice en Chef : V. DELANDE
Rédactrice Adjointe : E. BREME
Secrétaire de Rédaction : V. DELANDE
Membres : MF. BENMALEK - N. BLOCH
V. BOUDAUD - MATJASEC - N. BREMONT
P. MANGA - M. MANNEVY - F. MORENO
H. PELLÉ.

Illustrations : CHAM & Imp. Centrale.

Présentation de Mme BADOU - DRH



En début d'année, le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise a accueilli Danielle BADOU, une nouvelle directrice adjointe.

Ancienne élève de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, elle est juriste de formation et titulaire d'un Master 2 en droit de la santé ainsi que d'un diplôme en Administration Publique.

Après avoir travaillé pendant plusieurs années au sein des Ressources Humaines du Centre d'Action sociale de la Ville de Paris, c'est avec un vif intérêt et un grand enthousiasme qu'elle a choisi de prendre en charge la direction des Ressources Humaines du CHAM.

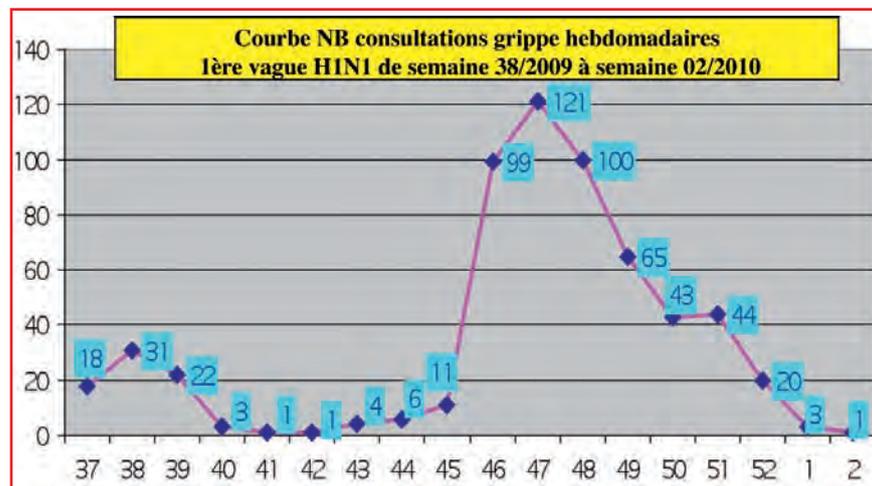
Une de ses missions consistera notamment à poursuivre la mise en œuvre du projet social pour les années à venir, en collaboration avec le personnel et ses représentants.

Bilan grippe H1N1 au CHAM en 2009

• Vaccinations

- 650 vaccinations grippe saisonnière personnel CHAM
- 342 vaccinations grippe H1N1 personnel CHAM
- 100 vaccinations grippe H1N1 pour l'extérieur
 - environ 30 à 40 enfants vaccinés.
 - gestion administrative très lourde.

• 589 cas de patients s'étant présentés en consultation dédiée (source : cellule de crise CHAM)



• Hospitalisations au CHAM

38 patients hospitalisés passés par l'UF 8250 grippe.

• Bilan Financier –suppléments liés à la prise en charge de la grippe

Coûts directs - Cellule de crise non chiffrée

- Total Suppléments Charges directes : 93 932€
- Charges de Personnel Médical et Non Médical : 36 826€
- Charges à Caractère Médical : 38 376€. Dont Analyses extérieures Biologie- BHN -150 analyses (32 840€)
- Charges à Caractère Hôtelier : 18 730€
- Investissements : 48 678€
- Recettes MIGAC : 35 759€

L'accompagnement de la personne âgée par le psychologue

L'entrée en institution est une véritable étape de vie avec de nombreux remaniements psychologiques, qui nécessite un temps d'écoute et de soutien.

Les fonctions du psychologue en EHPAD et USLD sont multiples et se font selon 3 axes : le résident, la famille et l'équipe pluridisciplinaire.

1. Démarches cliniques auprès des personnes âgées :

▮ Démarches cliniques individuelles :

Le psychologue intervient en 3 temps qu'il est nécessaire de définir.

Le temps d'accueil est essentiel, il conditionne l'intégration du résident dans son nouvel environnement.

Le psychologue évalue ainsi les besoins et les ressources psychologiques, cognitives et sociales du résident.

Consécutivement peut émaner de cet entretien d'accueil une demande du résident. Le plus souvent, cette demande est complétée voire formulée par l'équipe.

Pour répondre à cette demande, le psychologue peut proposer un soutien psychologique au résident, car à cet âge avancé, la difficulté est aussi de « se raconter », de créer du lien, de partager son histoire. Son rôle est alors d'aider le résident à accepter son institutionnalisation, la vie en collectivité, les différentes pertes liées au vieillissement.

Enfin, le psychologue peut également être amené à accompagner des derniers moments de vie.

▮ Démarches cliniques collectives :

Avec le vieillissement physiologique peuvent émerger des altérations possibles des capacités sensorielles et cognitives, pouvant entraîner les sentiments d'isolement et de solitude.

C'est pourquoi la mise en place d'un atelier de stimulations cognitives, nommé « Atelier Mémoire », tente de répondre à ces besoins et ce, à travers 2 objectifs.

Le premier est de maintenir ou de consolider les capacités mnésiques préservées.

Dès les premières séances menées au Fil de l'Eau, cela s'est révélé être primordial aux dires des résidents qui souhaitent maintenir le plus longtemps possible leur autonomie psychique et par là, leur identité.

L'autre objectif est de créer ou de renforcer les liens sociaux, dans un climat de convivialité.

La collaboration de l'équipe contribue largement au bon déroulement de cette activité, qui s'inscrit non seulement dans une démarche de qualité de vie des résidents mais également dans un travail de prévention des différentes pertes liées à l'âge.

2. Démarches cliniques auprès des familles :

Le psychologue peut être amené à intervenir auprès des familles (et ce après évaluation de la nature de la demande).

Au travers d'un travail d'écoute, de soutien, et d'information, ces interventions s'inscrivent dans une démarche, en vue de l'amélioration de la qualité de vie du résident.

3. Démarches cliniques auprès de l'équipe pluridisciplinaire :

Le psychologue travaille en collaboration avec le médecin coordonnateur et l'ensemble de l'équipe.

Il participe aux réunions de transmissions et peut apporter un éclairage spécifique au cours de ces échanges.

Il aide à la compréhension du comportement des résidents, informe sur les différentes pathologies et pertes liées au vieillissement.

Par son écoute et sa disponibilité, il accompagne les soignants dans leur pratique (travail sur la prise de distance, sur la difficulté de l'instant, évaluation de l'état de Burn Out).

Il s'agit également, de façon plus ponctuelle de participer à des groupes de travail traitant de réflexions telles que « l'accompagnement au changement », dans le cadre du déménagement de la maison de retraite « Soleil d'Automne », à Amilly.

Etre psychologue en EHPAD et USLD, ce n'est pas « faire », mais plutôt favoriser une démarche de réflexion.

C'est être à l'écoute de la souffrance générée par les différentes pertes liées au vieillissement.

C'est également encourager les questionnements des différents acteurs de l'accompagnement du résident, reconnaître leurs difficultés et prévenir l'épuisement afin d'accompagner au mieux le résident dans son dernier lieu de vie et par là, dans sa fin de vie.

C'est enfin savoir se rendre disponible au quotidien, afin de répondre aux demandes et aux besoins institutionnels.

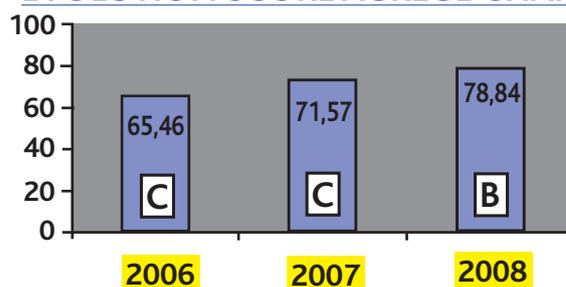
Bilan du CLIN – Indicateurs 2008

• Les indicateurs 2008 du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales du CHAM ont été publiés fin 2009.

Echelle de lecture : scores notés sur 100 (sauf ICATB sur 20). Classe de A (au plus haut) à E (au plus bas).

• Le pilotage de la prévention des infections nosocomiales aujourd'hui passe par le suivi d'indicateurs de performance et l'atteinte d'objectifs chiffrés selon le nouveau programme national (circulaire DHOS 2009/272).

EVOLUTION SCORE AGREGE CHAM



	SCORE/100	CLASSE (A à E)
SCORE AGREGE <i>Elaboré à partir des résultats de tous les indicateurs ci-après</i>	78,84 <i>Résumé proportionnel de ICALIN (40%) ICSHA (30%) ICATB (20%) SURVISO (10%)</i>	B
ICALIN <i>Indice composite entre organisation, moyens et actions mis en oeuvre dans l'établissement pour la prévention de l'infection nosocomiale</i>	99,5 <i>Reflète le niveau d'engagement de l'établissement (Direction, EOH, CLIN)</i>	A
ICATB <i>Indice composite relatif au bon usage des antibiotiques dans l'établissement entre organisation, moyens, actions mises en oeuvre</i>	19 <i>Reflète le niveau d'engagement de l'établissement dans une stratégie visant à optimiser qualité et efficacité des traitements antibiotiques</i>	A
ICSHA <i>Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques</i>	46,8 <i>Reflète le niveau d'engagement des professionnels dans la première mesure de prévention de l'infection nosocomiale : l'hygiène des mains</i> Objectifs du CHAM = 3578,2 L Consommation CHAM = 1675 L Une faiblesse au CHAM : la consommation des solutions hydroalcooliques. Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge des patients doit frictionner ses mains au Sterillium aussi souvent que l'imposent les bonnes pratiques d'hygiène des mains = c'est la mesure la plus efficace pour réduire la contamination croisée manuportée.	C
SURVISO <i>Indicateur de surveillances des infections du site opératoire</i>	OUI <i>L'établissement participe à la surveillance des infections du site opératoire : 6 disciplines chirurgicales déclarées 4 disciplines enquêtées</i> <i>Cet indicateur rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques</i>	
SARM <i>Indice mesurant le taux d'infections à SARM acquises ou non dans l'établissement pour 1000 journées d'hospitalisation</i>	0,43 (pour 1000 jours d'hospitalisation) <i>Cet indice reflète l'écologie microbienne de l'établissement et sa capacité à maîtriser la prévention de la transmission croisée et la maîtrise des prescriptions antibiotiques</i> <i>Taux tout à fait correct, moyenne ≤ 0,50</i>	

Réhabilitation physique et insuffisance respiratoire

Les insuffisances respiratoires ont plusieurs origines.

- La bronchite chronique ou l'asthme peuvent induire l'apparition d'une insuffisance respiratoire obstructive de type Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) ; l'air ne peut plus pénétrer dans les voies aériennes et l'apport en oxygène est donc insuffisant.
- L'insuffisance respiratoire restrictive est la conséquence quant à elle d'une affection neuromusculaire (myopathie) ou d'anomalies de la cage thoracique (cyphoscoliose...), obésité ; les capacités pulmonaires sont réduites.
- Enfin, il peut s'agir d'insuffisance mixte.
- La plupart des personnes atteintes de BPCO sont des fumeurs, d'anciens fumeurs ou des fumeurs passifs sur des terrains génétiques favorisants.
- La plupart des gens négligent et attendent donc plusieurs années avec leur toux ou un essoufflement léger avant d'habituel et que cela « va passer avec le temps ».
- C'est une décompensation qui varie de la simple aggravation de signes banalisés (toux, expectoration, dyspnée) auto-traités au domicile à la détresse respiratoire nécessitant l'admission immédiate en réanimation.
- Cette complication vécue souvent comme une agression physique et psychique est souvent un tournant évolutif de la maladie et est responsables d'une mortalité hospitalière immédiate variant dans les études de 2,5 à 30%.
- Selon la sévérité de la BPCO, 25 à 30% de décès sont observés dans les 3 années suivant l'hospitalisation pour exacerbation.
- Ces exacerbations sont d'autant plus fréquentes que le trouble ventilatoire obstructif est sévère et leurs répétitions **diminuent la survie des patients**, leur qualité de vie, et leur fonction respiratoire. La prévention des exacerbations est devenue un objectif thérapeutique à lui seul.
- Les symptômes de la BPCO sont aggravés à l'effort, ils conduisent le patient à réduire son activité et l'entraînent vers un processus de **déconditionnement** (déconditionnement à l'origine de l'aggravation de la dyspnée).

La **réhabilitation respiratoire** regroupe l'ensemble des interventions personnalisées, dispensées par une équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, AS, diététicien, psychologue, kinésithérapeute, Educateur d'Activité Physique Adaptée...) aux patients atteints d'une pathologie respiratoire chronique. Cette réhabilitation individualisée aux besoins du patient a pour objectif de réduire les symptômes, d'optimiser le statut fonctionnel, les conditions physiques et psychosociales et de diminuer les coûts de santé.

Le **déconditionnement peut être corrigé par un programme de ré-entraînement à l'effort** individualisé. Le plan national BPCO 2005-2010 recommande les programmes de ré-entraînement afin d'augmenter la tolérance à l'effort, de diminuer la dyspnée et la fatigue musculaire ainsi que d'améliorer la qualité de vie. Après une exacerbation, il doit être réalisé précocement dans le but d'améliorer l'état clinique du malade et favoriser rapidement les bonnes conditions de sa sortie.

Avant tout programme de réhabilitation respiratoire, le patient BPCO doit avoir :

- une exploration fonctionnelle comportant au minimum une spirométrie complète avec mesure de débits (VEMS) mesure du volume résiduel (VR) et la capacité respiratoire totale (CPT) et une gazométrie (repos et/ou effort)
- un test de marche de 6 minutes
- une activité physique adaptée sur vélo ou tapis roulant permet de mettre en évidence le **déconditionnement et de déterminer le seuil de dyspnée**.
- une évaluation de la qualité de vie par différents questionnaires validés (questionnaire de Saint Georges, SF36).
- un certain nombre d'items devront être évalués par évaluation numérique simple : anxiété, dyspnée de repos, dyspnée d'effort et questionnaire d'évaluation du niveau d'activité physique : Test de Ricci et Gagnon.
- un bilan nutritionnel : Indice de masse corporelle, impédancométrie.
- l'aide au sevrage tabagique
- un électrocardiogramme voire une épreuve d'effort maximale cardiologique.

Nous envisageons la réhabilitation respiratoire soit en centre spécialisé (pluridisciplinarité, prise en charge des pathologies associées), en kinésithérapie en cabinet ou à domicile.

La **réhabilitation respiratoire comprend actuellement** :

Un ré-entraînement à l'exercice régulier de 4 à 8 semaines qui comporte un travail personnalisé (exercices d'endurance, de renforcement musculaire, d'assouplissement, d'équilibre, kiné respiratoire...) habituellement avec une fréquence cardiaque cible correspondant à celle du seuil de dyspnée.

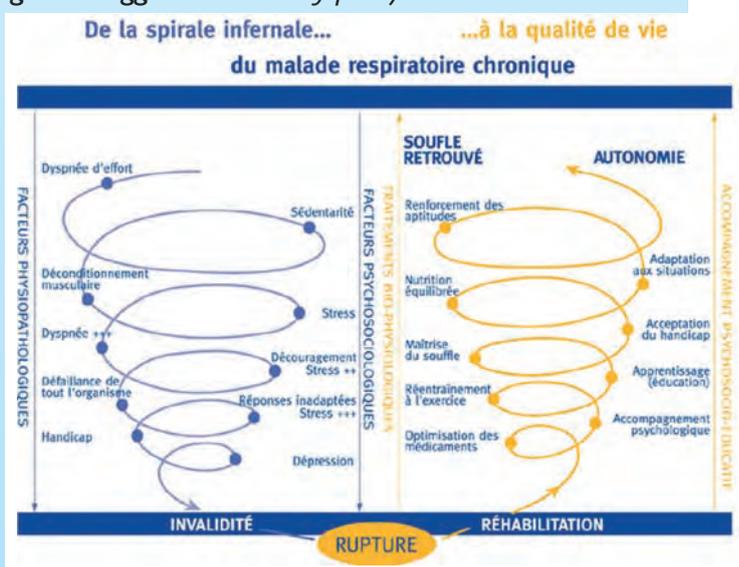
Mais elle n'est efficace, dans le long terme, que dans la mesure où le patient est résolu à **maintenir une activité physique régulière** après la période de ré-entraînement.

La **surveillance des patients** s'effectue lors d'une **évaluation en hôpital de jour** pour situer l'état du patient par rapport à ses données initiales.

- Test de marche de 6 minutes et test d'endurance sur tapis roulant.
- ECG, EFR, gazométrie de repos et d'activité avec acide lactique.
- Contrôle du cahier de réhabilitation donné au patient, recueil de l'activité physique poursuivie au domicile.

Notre objectif est d'**améliorer la prise en charge, le confort et l'espérance de vie**.

Docteur Frédéric LEMESLE en collaboration avec Morgane KERNOA (EAPA)



Manipulateur en imagerie Médicale

Le 1^{er} mars prochain s'est ouvert sur le site du CHAM une nouvelle IRM installée dans le cadre d'un GIE (Groupement d'Intérêt Economique) avec le Cabinet de radiologie de ville.

Pour faire fonctionner ce nouvel appareil il faut toute une équipe, des Médecins radiologues, des secrétaires, et... des « Manips » terme habituellement utilisé pour désigner la profession de Manipulateur en électroradiologie Médicale (MERM).

Comment devient-on Manip ? Deux formations existent : une formation préparant au DE (Diplôme d'Etat) en 3 ans, préparé dans des instituts de formation qui dépendent du Ministère de la Santé, accessible aux bacheliers et sur concours, et une formation préparant au DTS (Diplôme de Technicien Supérieur) en 3 ans, préparé dans des Lycées qui dépendent du Ministère de l'Education Nationale, accessible aux bacheliers sur dossier. Les 2 diplômes ont la même valeur sur le marché du travail.

Les manipulateurs (et trices 70% de femmes) peuvent exercer soit dans les hôpitaux publics soit dans les centres de radiologie privés, mais toujours en tant que salarié.

Les manipulateurs réalisent sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin des investigations relevant de l'imagerie médicale. Ils sont les spécialistes de la manipulation d'appareils de diagnostic ou de thérapie de plus en plus sophistiqués et performants. Les domaines d'activité les plus répandus aujourd'hui sont : la radiologie (aujourd'hui numérisée), le scanner, l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), la radiothérapie et la médecine nucléaire.

Pour exercer ce métier, une maîtrise technique ainsi qu'une bonne dose de rigueur et de précision sont requises. Les protocoles de réalisation d'exams doivent être suivis scrupuleusement, les dosages respectés, les appareils réglés avec précision, il faut aussi être parfois « imaginaire » et savoir adapter ces protocoles à l'état du patient pour obtenir les images nécessaires à l'établissement d'un diagnostic. Le manipulateur doit être capable d'analyser anatomiquement et techniquement les images qu'il a réalisées afin qu'elles soient interprétables par le médecin radiologue ; il doit connaître et appliquer les règles de radioprotection aussi bien pour les patients que pour lui-même.

Par ailleurs les qualités humaines sont primordiales dans cette profession. Le manipulateur est en relation directe avec les patients, il doit avoir le sens de l'écoute, la capacité à expliquer, à rassurer à mettre en confiance car les « machines » sont parfois assez impressionnantes et les patients souvent angoissés par l'attente d'un diagnostic.

Bien qu'il utilise des appareils de haute technicité qui nécessitent de grandes facultés d'adaptation et d'évolution, le manipulateur est avant tout un soignant. Il participe à la continuité des soins, et dans un établissement de santé comme le CHAM il a un rôle transversal avec les différents professionnels de santé (médecins, infirmières, aides-soignants, brancardiers etc.) Il est la « courroie de transmission » entre tous ces professionnels.

Manipulateur un métier mal connu mais néanmoins passionnant qui conjugue relations humaines, travail d'équipe et haute technologie ; un métier où l'on ne s'ennuie pas !

J.Madoire - Cadre médico-technique



L'avis (la vie) d'une manip radio

C'est une personne aux multiples facettes, elle est :

- Artiste ; elle fait prendre à ses patients des poses de dieux grecs
- Voyeuse ; elle adore voir ce que les gens ont dans le ventre
- Curieuse ; « c'est quoi cette cicatrice et ces petits clips là ? »
- Obsessionnelle ; « avez-vous une grossesse à déclarer ? »
- Dominatrice ; « déshabillez-vous, allongez-vous... » En sachant que la réussite d'un cliché est un savant mélange entre... le mouvement (son absence) et la pénétration (des rayons X !)
- Super femme de chambre ; elle fait et défait un lit, le « retape » en 2 temps 3 mouvements
- Presse bouton nyctalope, elle manipule avec autant de dextérité son ordinateur, le pupitre de ses appareils que la canule à lavement.

Non, non, on ne s'ennuie pas en radio, on tire, on pousse, on roule, on souffle (manip sportive), on rassure, on cajole, on manipule... on manipule... et quelle classe, on pilote même des tables de radio qui valent le prix d'une Ferrari et des matériels sophistiqués (Scanner IRM) qui valent le prix d'une Formule 1 !

Catherine Pottier - Manipulatrice radio

Chiky pour les petits

Le projet Chiky, livret d'accueil à destination du jeune public, a émergé à l'initiative du Groupe Sanofi-Aventis France du fait de la proximité géographique du site de production pharmaceutique d'Amilly et du CHAM.

Chiky est une petite poule verte, personnage de bande dessinée qui accompagne et explique à l'enfant les différentes étapes de sa prise en charge. Elle est l'héroïne de deux fascicules d'une dizaine de pages chacun (coloriages, jeux...), distribués aux petits patients de 4 à 10 ans hospitalisés dans le service de Pédiatrie et aux Urgences pédiatriques depuis le 4 janvier 2010.

Au delà de l'aspect ludique de ce livret, "viens jouer avec Chiky" répond à un réel besoin des équipes soignantes de dédramatiser la peur de l'Hôpital de leurs jeunes patients. Ils permettent de rompre l'attente et l'anxiété, de favoriser le dialogue et d'aider à la prise en charge des patients, facteurs favorisant leur guérison.

Fortes de l'intérêt d'un tel outil pédagogique, le Docteur LEHNERT Chef du service de Pédiatrie et Mme LEBOURGEOIS Cadre de santé ont donc su convaincre la Direction de nouer un partenariat avec des intervenants extérieurs à but lucratif.

Les premiers livrets Chiky ont été remis par le Groupe Sanofi-Aventis France, lors d'une manifestation qui s'est déroulée le 29 novembre 2009. Ce lancement réunissait les deux partenaires, sous les présidences de Mme PARÉ Présidente du Conseil d'Administration, de M. le Docteur BERTRAND Président de la Commission Médicale d'Établissement, en présence de M. MORENO Directeur des Achats de la logistique et des services techniques pour le CHAM et de Mme DAVOIGNEAU Directrice des Affaires Publiques, des Directeurs du Groupe pour le site de Production M. GUILLOU, le site de distribution M. DUSSOT et des opérations Régionales en médecine générale et officine M. SCHOULEUR.

Une évaluation sera lancée d'avril à mai et déterminera la reconduction de ce partenariat noué au bénéfice des jeunes patients.

Les objectifs d'une démarche qualité entrepris dans le service de Pédiatrie, pour un meilleur accueil des enfants, devraient en partie être atteints dès cette année, grâce à Chiky.

Marie-France BENMALEK - Chargée de la Communication



Sport et Psychiatrie

Dans un esprit d'ouverture et dans le cadre de la prise en charge des patients suivis sur le secteur de la Psychiatrie Adulte, le CHAM est membre, depuis octobre 2008, de l'Association « SPORT EN TÊTE ».

Cette Association a pour objectifs :

- l'organisation et la promotion des activités physiques, corporelles et sportives, dans la perspective du soin en psychiatrie et de la santé mentale
- la formation des personnels concernés par ces activités
- la coordination des initiatives, notamment de recherche, qui vont dans le même sens.

Une Assemblée Régionale s'est tenue au CHAM, le 26 novembre 2009 : 11 établissements de la Région ont participé à cette Assemblée et Mlle LAFAYE Vanessa (IDE au CATTP) a été élue Déléguée Régionale de l'association pour 2 ans.

Cette disposition renforce ainsi l'engagement du CHAM et du Pôle de Psychiatrie au sein de cette association.

Par le biais de l'Association Sport en Tête, les patients pris en charge dans les différentes unités de soins participent à des journées sportives et des séjours thérapeutiques hors des murs de l'hôpital.

Le sport est considéré comme un outil thérapeutique au même titre que d'autres médiations.

Mlle GOULESQUE Anne et Mlle BOURSIER Célia, éducatrices sportives, mènent également au sein des différentes unités de soins et en collaboration avec les autres soignants, des ateliers thérapeutiques à thématique sportive.

Ces manifestations visent à l'intégration des patients au sein de la société.

Ces activités font l'objet d'une prescription, d'un accompagnement et d'une évaluation par les équipes pluridisciplinaires du service.

Cette année, avec la participation de la direction du CHAM et la contribution de la Commune d'Amilly, nous aurons le plaisir d'accueillir le Jeudi 16 septembre 2010, au Domaine de La Pailleterie, les équipes des différents Hôpitaux Régionaux adhérent à l'Association Sport en tête pour une journée de rencontres sportives.

Nous ne manquerons pas de vous tenir informé.

Les équipes du CATTP et de l'Hôpital de Jour

Les retraités de 2009

- | | |
|--|--|
| • ALVES PEREIRA Martine
Secrétaire Médicale - Pédiatrie | • GAUTHIER Daniel
AEQ - Gardiennage |
| • AMIRALTAU-MAUGER Elisabeth
Orthophoniste - CMP Enfants | • GAUTHIER Florence
Maître ouvrier - Archives |
| • AUDY Annick
IDE - Soleil d'Automne | • GRANGER Monique
OPQ - Cuisine Fil de l'Eau |
| • BIZOT Raymond
Préparateur en Pharmacie - Pharmacie | • LEPINE Marie-France
Aide-Soignante - Nuit |
| • COMPIN Denise
Aide-Soignante - Nuit | • MICHEL Bernard
MOP - Services techniques |
| • DRIARD Françoise
Auxiliaire de Puériculture - Pédiatrie | • NOWROCKI Nicole
ASH - Maternité |
| • FERNANDEZ Ana-Isabel
IADE - Anesthésie | • TRIOLET Martine
IDE - Au Fil de l'Eau |