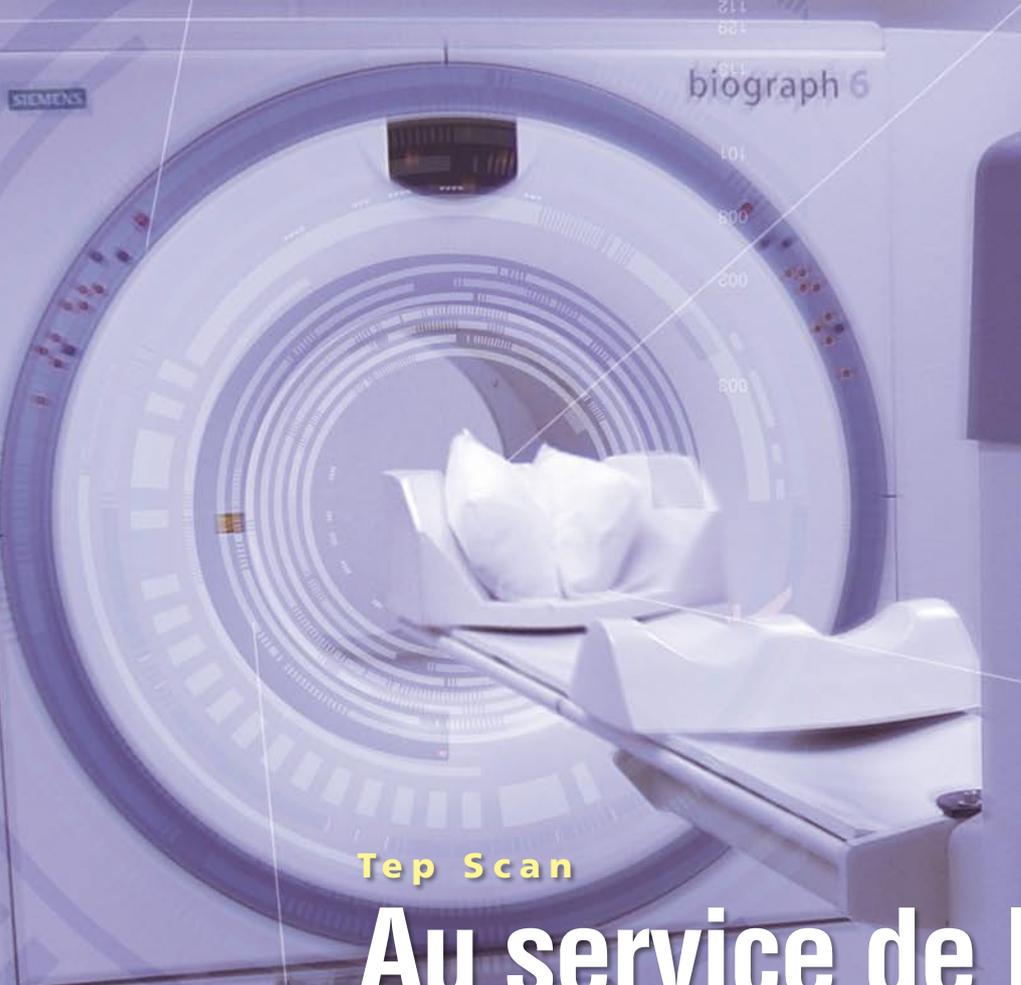


# challenge

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

N°41/Oct. 2007



**Tep Scan**

## Au service de la lutte contre le cancer

**services** le Plan Cancer

**qualité** la gestion des déchets hospitaliers

**zoom** éducatrice de jeunes enfants

**hommage** Dr Rubin

- éditorial page 2
- organisation page 3
  - Tep-Scan
- services pages 4/6
  - Plan Cancer
  - Dispositif d'annonce
  - Onco-Hématologie
- institution page 7
  - Démarche palliative
  - Réception donateurs
- institution pages 8/9
  - CAMSP
- qualité pages 10/12
  - Gestion des déchets
- zoom page 13
  - Educatrice de jeunes enfants
- brèves page 14
  - Actualités du CHA
- événement page 15
  - Départ du dr Rubin



**CENTRE HOSPITALIER  
AVIGNON**

#### directeur de publication

• Francis DECOUCUT

#### rédacteur en chef

• François LAPERCHÉ, Adjoint au Directeur,  
poste 3905

#### comité éditorial

• Alexandra AGNEL, Qualificienne  
poste 3459

• Danièle ANGEVIN, retraitée du CHA

• Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093

• Annick BEAULIEU, IDE nuit

• Marie-Laurence BRETAGNOLLE, Admissions,  
poste 3385

• Yannick CERUTTI, Photographe

• Philippe DI SCALA, Stratis

• Françoise GAUTHIER, PH,  
Médecine Nucléaire, poste 3720

• Sandrine MANELLI

Chargée de Communication, poste 3981

• Marielle PETIT DE GRANVILLE,

Chargée de Communication, poste 3981

• Yannick ROSSI, Espaces verts, poste 3968

• Édith USSON, CS, chirurgie digestive -  
uro-gynécologie, poste 3363

#### secrétariat de rédaction

04 32 75 39 02

#### conception & réalisation

Stratis 04 98 01 26 26

# La santé des Français

## à l'heure des plans de santé publique !

→ Elaboré à la demande du Président de la République en 2003, le plan de mobilisation nationale contre le cancer comporte 70 mesures réparties en six chapitres : prévenir, dépister, soigner, accompagner, former, comprendre et découvrir.

**Prévenir.** Limiter les agressions contre l'organisme évite de très nombreux cancers. Tabac, alcool, air pollué par des substances potentiellement cancérigènes favorisent la survenue des cancers du poumon, de la bouche et du larynx, de l'appareil digestif... Il faut donc renforcer les actions contre le tabac, l'alcool, favoriser une alimentation plus saine...

**Dépister.** Trop de patients sont encore victime d'un diagnostic tardif. S'ils avaient bénéficié d'un dépistage régulier, leur maladie aurait été prise en charge plus tôt, ce qui aurait accru leurs chances de guérison. Le plan a donc généralisé le dépistage du cancer du sein, favorisé celui des cancers du col de l'utérus et du côlon, amélioré les conditions de détection précoce d'une forme très grave de cancer de la peau, le mélanome.

**Soigner.** Chaque patient doit avoir toutes les chances de guérir, quel que soit le lieu où il est traité. Cela suppose une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital, le respect des règles de bonne pratique, l'accès le plus large possible aux équipements et aux traitements innovants. Le patient doit pouvoir disposer de toutes les informations sur sa maladie. Soigner signifie aussi humaniser la relation médecin-malade.

**Accompagner.** Tout doit être mis en œuvre pour améliorer le maintien au domicile et le retour à l'emploi. Le plan prévoit également de faciliter la présence des parents auprès de leur enfant malade.

**Former.** Dès le début des études médicales et soignantes, le cancer doit être enseigné certes comme une maladie, mais aussi comme une exigence d'accompagnement des patients. Des représentants des malades doivent être associés au dispositif de formation.

**Comprendre et découvrir.** Elucider les mécanismes du cancer, mettre au point de nouveaux outils de diagnostic, élaborer de nouvelles stratégies thérapeutiques plus efficaces... Tels sont les grands enjeux de la recherche. Aujourd'hui dispersés, ces efforts seront désormais mieux coordonnés.

Le Centre Hospitalier d'Avignon s'est inscrit dans cette démarche et occupe désormais une place fondamentale dans le dispositif de prise en charge de la pathologie cancéreuse sur le territoire Vaucluse-Camargue. C'est ainsi que depuis la fin de l'année 2005, un équipement de tomographie par émission de positons (Tep scan) a été installé. Peu de centres hospitaliers non universitaires comme le nôtre possèdent un tel outil. La participation active des professionnels de l'établissement au fonctionnement du réseau ONCO-SUD, la mise en place d'un centre de coordination en cancérologie (3C) mutualisé entre les établissements du territoire, la tenue régulière de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) témoignent de l'implication forte du Centre Hospitalier d'Avignon dans un dispositif de prise en charge concertée et complémentaire du patient atteint de cancer. Le développement du processus d'accompagnement des patients en fin de vie par l'équipe des soins palliatifs, la mise en place des soins de support, du dispositif d'annonce, la prise en charge des patients par une esthéticienne sont également des points forts de notre établissement dans le domaine de la cancérologie. Enfin, la construction d'un nouveau bâtiment, dans lequel un étage entier sera réservé à la prise en charge des patients atteints de cancers ou de maladies hématologiques, achèvera le positionnement de notre établissement sur ce segment d'activité.

Ces dernières années, plusieurs plans de santé publique sont venus apporter une nouvelle dynamique aux établissements de santé. On citera le Plan périnatalité, le Plan urgences, le Plan santé mentale, qui directement ou indirectement, ont permis à notre établissement d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients qui lui sont confiés.

Jacques Chirac avait lancé le Plan cancer ; Nicolas Sarkozy vient d'annoncer qu'il lancerait avant la fin de l'année le tant attendu Plan Alzheimer. Cette maladie de plus en plus fréquente avec l'allongement de la durée la vie touche aujourd'hui 800.000 Français et 200.000 nouveaux cas sont dénombrés chaque année. Pour les familles, c'est une charge considérable, une vie bouleversée. A l'heure du déploiement de la tarification à l'activité, de la recherche de la maîtrise des coûts de la santé, l'hôpital public doit rester ouvert à tous les problèmes de santé publique et être en capacité d'apporter des réponses efficaces aux conséquences du vieillissement de la population.



Tep-Scan

# Un équipement performant dans la lutte contre le cancer

**Le CHA est équipé d'un Tep-Scanner Siemens Biograph 6 depuis le mois d'octobre 2005. En 2006, près de 1 400 patients ont bénéficié d'un examen Tep.**

→ Peu d'hôpitaux en France possèdent un Tep-Scan. Le plan Cancer prévoyait l'installation de 60 Tep-Scan (1 pour 1 million d'habitants). Un arrêté de mai 2004 a porté l'objectif d'installation à 75 appareils (1 pour 800 000 habitants).

## Une technique d'imagerie fonctionnelle

La Tomographie par Emission de Positions est une technique d'imagerie fonctionnelle, appelée aussi métabolique par opposition aux techniques d'imagerie médicale conventionnelle, dites anatomiques (radiologie, scanner, IRM) qui informent sur la structure des organes. Elle est fondée sur l'administration d'une substance radioactive émettrice de positions (électrons positifs), dont on suit la distribution dans l'organisme avec un détecteur approprié : le Tep-Scan qui ressemble à un gros scanner. En effet, il est composé de deux appareils distincts : un scanner conventionnel et une caméra à détection de positions. Le scanner a deux fonctions dans cet examen. Il sert à créer une carte d'atténuation qui améliore la qualité du signal issu des données Tep et permet ensuite par fusion des images des deux modalités de localiser avec précision les éventuelles lésions mises en évidence par le détecteur Tep.

On a constaté que les cellules malignes sont plus avides de glucose que les cellules normales. Pour simplifier, c'est cette sur-consommation de glucose que cette technique tentera de détecter. Pour cela, il faudra injecter un glucose radioactif spécifique, le plus souvent du 18FDG, que le Tep-Scan pourra localiser par ses émissions de positions. Un traitement informatique permet ensuite de reconstituer en 3 dimensions « l'image » des concentrations en glucose dans l'organisme, donc des tumeurs. Même s'il ne constitue qu'un outil complémentaire de diagnostic, le Tep-Scan apporte de réels progrès dans la lutte contre le cancer.

## Une activité gérée par une équipe

En ce qui concerne la réalisation quotidienne des examens, deux manipulateurs radio assurent la prise en charge des patients et la réalisation de l'acte, un médecin nucléaire est attaché à cette activité par journée.

Au-delà du fonctionnement quotidien, il s'agit d'une équipe qui gère cette activité :

- 3 médecins nucléaires à tour de rôle,
- un radiopharmacien responsable des commandes de FDG,
- une radiophysicienne responsable des contrôles de qualité du Tep-Scan,
- un cadre de santé,

- 6 manipulateurs radio formés au fonctionnement de cette activité,
- 1 ASH,
- 1 secrétaire.

## La gestion des déchets radioactifs

Un des avantages du Fluor 18 ou FDG, c'est sa période radioactive de 2 heures (durée au bout de laquelle l'activité d'un produit radioactif diminue de moitié) qui permet de gérer les déchets dans les 24 heures qui suivent l'utilisation (en 24 heures les déchets ont perdu 95% de leur activité).

Il est indispensable de garder à l'esprit que le Tep-Scan est un équipement lourd et onéreux. Sa place doit être évaluée pathologie par pathologie, indication par indication. Il est ainsi inconcevable d'utiliser le Tep-Scan pour le dépistage du cancer du sein ou du poumon par exemple ou dans certaines indications où il n'est pas montré de performances supérieures à l'imagerie traditionnelle (cancer de la thyroïde). Cependant, dans certaines indications le 18 FDG-PET a déjà fait ses preuves et doit être utilisé en routine clinique. Dans ces conditions, il pourra avoir des conséquences majeures dans la prise en charge du patient.

**Annick BEAULIEU  
IDE nuit**

## Les indications du Tep-Scan

En oncologie :

- caractérisation des nodules pulmonaires (différenciation entre tumeur maligne et tumeur bénigne)
- identification du site primitif en cas de métastase ganglionnaire biopsiée
- aide à la localisation des sites de biopsie
- précision de l'envahissement local d'une tumeur
- diagnostic de l'extension loco régionale (bilan d'extension local)

- diagnostic des métastases à distance (bilan d'extension à distance)
- diagnostic de rechute, récurrences tumorales et bilan d'extension lors d'une récurrence tumorale avérée
- suivi thérapeutique (évaluation de la réponse au traitement, rémission complète ou partielle, rechute).

En neurologie :

- la neurologie psychiatrique : épilepsie.

# Une prise en charge en réseau de la maladie

**Le Plan Cancer, priorité nationale, problème de santé publique, véritable enjeu de société, a pour objectif principal l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladie cancéreuse, en assurant l'équité d'accès à des soins de qualité et la continuité des soins. Ainsi, 70 mesures ont été retenues concernant la prévention, le dépistage, les soins, l'accompagnement et la recherche.**

➔ Résolument tourné vers la qualité globale de la prise en charge dans sa dimension médicale et humaine, le Plan cancer engage très fortement les équipes soignantes et il est aux avants postes de la réorganisation de notre système de soins.

Le Centre Hospitalier d'Avignon s'est engagé dans une dynamique de qualité conformément aux recommandations. Il a adhéré au réseau de cancérologie Oncosud, co-fondateur du réseau régional OncoPaca Corse ; il a mis en place, dans le cadre du réseau territorial Vaucluse Camargue, un Comité de Coordination en Cancérologie (3C), véritable cellule qualité dans ce domaine. Dans le cadre de la réorganisation des établissements, un Pôle de cancérologie a été individualisé. Enfin, le Bâtiment Sud, en cours de construction, regroupera toutes les activités médicales en cancérologie.

## Une concertation pluridisciplinaire

L'amélioration de la prise en charge initiale des patients passe par une concertation pluridisciplinaire (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire : RCP)

de tous les dossiers des malades. Cette réflexion pluridisciplinaire s'oppose à la prise en charge ancienne, assurée par un seul médecin. A partir de référentiels validés par le réseau Oncosud et régulièrement actualisés, une discussion s'engage entre plusieurs praticiens de diverses spécialités (spécialistes d'organe, chirurgien, oncologue, radiothérapeute, anatomo-pathologiste...) sur l'exploration du patient et sur une proposition de traitement.

Ainsi, le réseau Oncosud a organisé la mise en place de 8 RCP, coordonnées chacune par un médecin spécialiste de l'Institut Sainte-Catherine ou du Centre Hospitalier d'Avignon ; il s'agit de RCP sur les pathologies digestives, mammaires, gynécologiques, thoraciques, urologiques, hématologiques, endocrinologiques, ORL. Des réunions sont également organisées sur la prise en charge de la douleur, sur les soins palliatifs, sur l'anatomie pathologique. Le développement des techniques de visioconférence permettra aux médecins de participer plus facilement à ces RCP. Le choix du traitement définitif reste sous la responsabilité du médecin

réfèrent ; le traitement retenu est présenté au patient dans le cadre du dispositif d'annonce et un Programme Personnalisé de Soins (PPS) est remis au patient en même temps que des informations complètes sur sa maladie et sur son traitement.

La fiche RCP est un élément à part entière du dossier de soins ; elle est adressée aux différents médecins en charge du patient. Son utilisation sera informatisée et intégrée dans le Dossier Communicant en Cancérologie (DCC), bientôt en place dans notre région.

Le Centre Hospitalier d'Avignon s'est également engagé dans l'amélioration de la prise en charge globale et continue avec le domicile, associant la mise en œuvre de traitements de qualité et l'accès aux soins de support. Cette dynamique devrait lui permettre d'accéder à son agrément par les autorités de tutelles.

**Docteur Gérard LEPEU**

Chef de service Onco-Hématologie  
Président Oncosud



cancérologie

# La mise en place d'un Dispositif d'Annonce en septembre 2007

**L'expérience et les témoignages des patients ont montré que l'annonce du diagnostic est un temps crucial dans la maladie grave. Il peut constituer un véritable traumatisme, «un coup de tonnerre dans un ciel serein». Pour améliorer la prise en charge des patients dès les premiers instants et mieux les accompagner tout au long de leur processus de soins, le «Plan Cancer» a permis la mise en place d'un ensemble de mesures.**



→ La réflexion au CHA a évolué vers la constitution d'une équipe transversale pluridisciplinaire comportant :

- 1 IDE temps plein.
- 1 psychologue mi-temps.
- 1 assistante sociale mi-temps.

Bien que l'idée d'une équipe transversale ne soit pas abandonnée, le choix s'est porté, pour l'instant, compte tenu du financement alloué par l'Agence Régionale d'Hospitalisation, seulement sur un équivalent temps plein d'IDE conseil. Cette IDE sera chargée :

- de la coordination du dispositif d'annonce auprès des équipes soignantes ;
- de l'accompagnement du patient aux moments clefs de son parcours de soins ;
- du lien temps médical/soignant par la feuille de traçabilité de l'information (mots prononcés, questions du patient...) ;
- de l'identification des demandes de soins et orientation des patients vers les soins de support et/ou vers les réseaux.

Une formation, concernant les soins de supports et la consultation infirmière, sera organisée pour 10 soignants des différentes unités prenant en charge les patients atteints de cancer, les 20 et 21 septembre 2007.

L'objectif est de développer une véritable culture de la prise en charge de ces patients et de créer un relais privilégié de l'infirmière conseil dans les différentes unités.

## Un nouvel outil pour tous

Un Projet Personnalisé de soins a été présenté, à diverses équipes d'établissements membres du réseau Oncosud, lors d'une réunion à l'Institut Sainte Catherine, centre expérimentateur du Dispositif d'Annonce, où il a été accueilli avec enthousiasme. Chacun d'entre nous va devoir s'approprier ce nouvel outil, dans un effort de traçabilité. Fruit d'une réflexion pluridisciplinaire et transversale, il s'agit du support indispensable du dispositif d'annonce. Après avoir été testé à l'Hôpital de Jour d'Hémo-Oncologie puis étendu dans l'ensemble du service, il sera mis en place dans les secteurs prenant en charge des malades atteints de cancer. Il accompagnera chaque patient tout au long de son parcours de soins en intra et extra hospitalier. Il prendra la forme d'un classeur comprenant notamment son projet thérapeutique, des documents adaptés à sa pathologie et l'accès aux soins de support.

Toute l'équipe investie dans ce projet espère que la mise en place au CHA de ce Dispositif d'Annonce en Cancérologie va permettre de créer une dynamique favorable à la meilleure prise en charge des patients atteints de cancer, et mobiliser l'ensemble des acteurs concernés.

**L'équipe transversale du dispositif d'annonce**  
Martine GREFFART, Maryan MESTRES, Muriel FRECHEDE

# Des soins esthétiques pour mieux accepter les traitements

**La maladie cancéreuse et les traitements lourds proposés aux patients entraînent des transformations physiques et un impact psychologique majeur.**

**Dans le cadre du projet de soin en hémato-oncologie, il était important pour nous d'intégrer dans la prise en charge des patients des soins esthétiques et relationnels en lien avec l'image de soi.**



→ Une première expérience avait été réalisée dans l'unité Sud du service d'Onco-Hématologie, après la formation «en soins esthétiques et image de soi» d'un binôme infirmière-aide soignante, à partir de soins du visage, maquillage et soins du corps.

Depuis peu, nous avons mis en place dans l'unité Nord un soin d'enveloppement d'algues suivi d'un massage relaxant réalisé avant l'administration de la chimiothérapie.

C'est un soin qui permet l'assimilation par échange percutané des éléments nutritifs issus des algues (sels minéraux, oligo-éléments), après une élimination importante des toxines.

Soin de bien-être, il consiste en un enveloppement d'algues sur le corps qui laissera une peau douce et purifiée. Ce soin dure 20 minutes et est suivi d'un massage du corps qui représente un moment privilégié et personnalisé décontractant et relaxant. Ce massage a une visée thérapeutique avec de l'huile prévue pour ce soin.

## Des témoignages émouvants de patients

Nous avons reçu des lettres émouvantes de patients ayant bénéficié de ce soin afin de soutenir notre projet. Nous avons été très touchés de leurs témoignages très évocateurs de leur ressenti par rapport aux soins.

Citons Mme T : *«je suis sortie de cette séance revitalisée. Ce corps qui m'avait trahi, je le reconsidérais et j'ai repris confiance pour la première fois depuis 4 mois. Je crois que je peux guérir. Jusqu'à présent, je n'arrivais pas à accepter la réalité de ma maladie et accepter de me battre et penser que ça pouvait marcher.»*

Mme P : *«plaisir, détente, bien-être s'introduisent dans le langage de la chimiothérapie.»*

Ces marques de soutien de la part des patients nous donnent envie de continuer et de développer le projet de soins esthétiques.

Maquillages, conseils beauté, masque et gommage pour le visage feront bientôt partie intégrante de l'hospitalisation en cancérologie afin d'aider les patients à mieux accepter les traitements et les séjours répétés, à se réapproprier leur image de soi et à être acteur de leur projet de soins.

Au mois d'octobre, des membres de notre équipe seront donc en formation pour deux semaines à Paris afin d'acquérir de nouvelles compétences en soins esthétiques.

**Les Equipes d'Hématologie Nord et Sud**



soutien

# Démarche palliative et qualité des soins

**Frappé par la mort d'Hélène, son épouse, Lucien ETIENNE a créé en 2001 le mouvement M en P, dont le but est de promouvoir les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de la vie.**

→ Depuis, il ne s'épargne aucun effort pour faire connaître ce que sont les soins palliatifs, "véritable aide humanitaire à ses yeux" et réunir des dons pour améliorer concrètement les conditions d'accueil des personnes concernées. Après avoir soutenu "La Maison" de Gardanne où il passe chaque dimanche, en tant que bénévole, Lucien ETIENNE a souhaité aider l'équipe de soins palliatifs du Centre Hospitalier d'Avignon.

C'est ainsi que, le 20 février 2007, dans le Service d'Onco-Hématologie du Dr

Gérard LEPEU, une rencontre avec les soignants de son équipe, le Dr Mireille PERINEAU, accompagnée d'une partie de son équipe, permettait à Lucien ETIENNE, d'offrir un matelas à air Axtair 138\* et des coussins de positionnement.

L'ensemble des soignants et, notamment les aide-soignantes ont exprimé leur satisfaction, conscients de la nécessité de disposer de ce type de matériel pour des patients algiques et peu autonomes.

Ce fût aussi l'occasion de témoigner de la complémentarité et de la qualité du

partenariat dans le cadre des prises en charge identifiées en soins palliatifs. Un don équivalent était fait au bénéfice du Service de Pneumologie dans le même souci d'améliorer la qualité des soins, d'une valeur globale de 6000 euros.

**Dr Mireille PERINEAU**

Chef du service de Soins Palliatifs

*\* Accompagnement préventif thérapeutique et de confort des patients en soins palliatifs*



remerciements

## Réception donateurs 2006

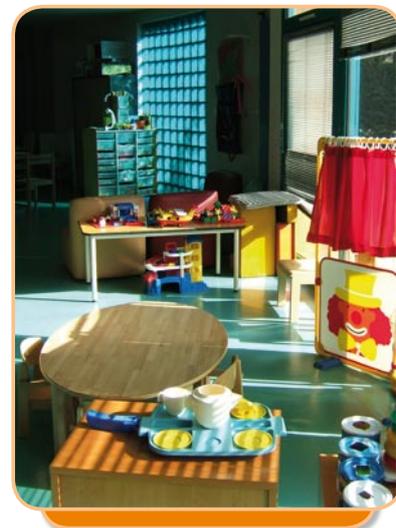
→ Pour la 2ème fois consécutive, le Centre Hospitalier d'Avignon a organisé une réception de remerciements en faveur des organismes, associations ou sociétés qui ont effectué un geste de solidarité envers les patients hospitalisés durant l'année 2006. Instaurée en 2006, cette manifestation a eu lieu cette année le jeudi 21 juin rassemblant plus de 60 structures.



Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

# Prévenir, dépister et prendre en charge

Le CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) d'Avignon est un lieu de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans.



→ Les modalités d'interventions du CAMSP d'Avignon se veulent variées et adaptées aux besoins de l'enfant et de sa famille. Les interventions des médecins, des rééducateurs, éducateurs et psychologues peuvent avoir lieu en individuel ou en groupe, avec ou sans les parents. Les rééducations individuelles se font pour la plupart du temps dans le service, parfois à domicile. Elles ont lieu, au début, en présence des parents, mais, très vite, sans eux. Les activités collectives prennent la forme de groupes d'éveil, de groupes visant à préparer la socialisation de l'enfant et travailler la séparation avec les parents. Les groupes réunissent de 2 à 5 enfants sous la conduite de 2 ou 3 professionnels de compétence différente (kiné, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, éducateur...) En groupe, l'enfant se trouve confronté aux autres, ce qui va le préparer à la halte-garderie et plus tard à l'école maternelle. Ces groupes peuvent aussi avoir des visées rééducatives, des visées d'éveil et il rassemblent des enfants sur des thématiques particulière ; exemple, groupes communication, groupes pour enfants ayant des problèmes moteurs, musique, piscine... mais aussi groupes de parents. A partir de tous les échanges qui ponctuent ces séances avec les divers thérapeutes, s'amorce un dialogue et une reconnaissance des possibilités de l'enfant.

Dans le cadre des «actions préventives spécialisées», le CAMSP d'Avignon propose, pour des enfants présentant des risques spécifiques, d'autres modalités d'intervention : psychomotricienne dans le service de néonatalogie (en lien avec

l'équipe soignante), pour une approche autour du confort sensorimoteur et du soin relationnel auprès des bébés et leurs parents, mais aussi des co-consultations pédiatriques avec les praticiens du service de néonatalogie. Les actions préventives spécialisées, c'est aussi des éducatrices assurant une présence dans des lieux d'écoute et d'accueil parents-enfants à Cavaillon et l'Isle sur la Sorgue.

## Chronologie des interventions

Chaque demande, qu'elle émane de la famille ou d'un professionnel, est étudiée en «commission-candidature». Il s'agit de repérer si les troubles que présente l'enfant relèvent bien d'une intervention du CAMSP lui-même, d'une de ses antennes spécialisées (consultation des troubles précoces du développement de l'enfant ou consultation d'évaluation du langage et de l'audition) ou d'un autre type de suivi (pédopsychiatrie, CMPP\*, libéral, secteur social). L'article de la page 13 de la revue Challenge n°33 mai 2005 précise le fonctionnement ainsi que l'articulation entre le CAMSP et ses antennes. Un bilan d'admission sera alors pratiqué prenant systématiquement en compte les aspects médicaux, relationnels, socioculturels et affectifs de la famille. Il fera intervenir tous les professionnels de discipline différente utiles dans la situation. Ce bilan est le point de départ. S'il a pour objectif le repérage des anomalies et des difficultés, il permet aussi de repérer toutes les potentialités de l'enfant et de sa famille, potentialités à partir desquelles on va ensuite construire un projet «pédagogique, éducatif, thérapeuti-

que». Ainsi seront recherchées toutes les compétences de l'enfant pour offrir aux parents une image suffisamment positive et dynamique de l'enfant pour qu'ils puissent être eux-mêmes acteurs de son développement. Il s'agit de les faire sortir des sentiments de culpabilité et de découragement qui leur empêchent de jouer le rôle de parents "normaux".

A l'issue de ce bilan, en fonction de la situation, différentes propositions peuvent être faites à la famille :

- prise en charge pluridisciplinaire prolongée au CAMSP.
- suivi-surveillance, c'est-à-dire évaluations pluridisciplinaires périodiques permettant de faire le point sur l'évolution de l'enfant, les soins éventuellement nécessaires étant assurés en libéral ;
- orientation vers une autre structure ou un autre type de suivi (en fonction du type de problématique, de l'âge de l'enfant ou du lieu d'habitation).

## « L'après CAMSP... »

L'intervention du CAMSP s'arrête à 6 ans. Il faut préparer l'orientation de l'enfant vers d'autres structures de soins si son état nécessite le maintien d'un accompagnement. Dans certains cas, l'enfant sera orienté vers un institut médico-éducatif, un hôpital de jour. Dans d'autres cas la scolarité se poursuivra avec l'aide d'un SESSAD\* ou d'un CMPP1. Pour d'autres, des séances d'orthophonie ou de kiné en libéral suffiront. L'orientation vers un équipe spécialisée ou le recours à des aide au maintien en milieu scolaire nécessite qu'un dossier médical, psychologique et social soit adressé à la MDPH\*.

# les handicaps chez l'enfant

## L'importance du soutien à apporter aux parents

La révélation du handicap peut provoquer une blessure d'autant plus difficile à réparer que les difficultés de l'enfant viennent quotidiennement en réactiver la mémoire. Au cours des entretiens avec les familles, le professionnel doit être capable d'écouter et parfois donner sens aux refus des propositions de soins : c'est ainsi que certains parents vont, dans un premier temps, s'approprier leur enfant. Lorsqu'ils parviennent ensuite à constater par eux-même les difficultés de leur enfant, la convergence entre les points de vue des différents professionnels, leur point de vue évolue. Être parent d'enfant handicapé est difficile car on n'a généralement pas eu de modèle : c'est un parcours qui s'invente avec tâtonnements. Si le parent d'enfant «non-handicapé», puise les prémices de son rôle dans sa propre enfance et dans le modèle de ses propres parents, le parent d'enfant à difficultés aura tendance à s'appuyer sur les aspects négatifs, les échecs de sa propre histoire.

## Une équipe pluridisciplinaire

Les différents acteurs de l'équipe pluridisciplinaire ont chacun un rôle bien précis mais leur approche a en commun la valorisation des capacités de l'enfant et des parents. Chacun peut intervenir en individuel ou en groupe, au CAMSP ou sur les lieux de vie de l'enfant, dans le cadre de bilans ou de suivis. Chacun assure une coordination avec les autres professionnels extérieurs (libéraux ou hospitaliers) de son propre domaine qui suivent ou ont suivi l'enfant.

**Le pédiatre** : assure la direction technique du CAMSP, coordonne les actions médicales et paramédicales. Il assure le suivi médical lié au handicap et dépiste précocement la survenue d'éléments nouveaux. Le pédiatre assure le lien avec les différents professionnels qui interviennent dans le suivi de l'enfant.

**Le pédopsychiatre** travaille en étroite collaboration avec le pédiatre dans l'élaboration et le suivi des prises en charge. Il rencontre les familles qui en font la demande et celles qui le nécessitent dans le cadre d'une thérapie ou d'étayage de la fonction parentale dans le but de faciliter l'acceptation d'une prise en charge.

**Les psychologues** interviennent auprès des enfants dans le cadre des bilans. Ils permettent d'affiner le développement psycho-affectif et les aptitudes à la communication de l'enfant, l'intrication des

conséquences du déficit neurologique et de la souffrance psychique, la place de l'enfant dans le groupe familial, l'efficacité des fonctions cognitives déficientes ou préservées. Ils interviennent aussi bien dans des thérapies de soutien que plus récemment de remédiations cognitives.

**La kinésithérapeute** reçoit en bilan des enfants ayant des retards psychomoteurs ou des handicaps moteurs. Elle réalise une « guidance » auprès des parents (portage, installations, appareillages).

**L'orthophoniste** est, en CAMSP, particulièrement vigilante au développement de la communication de l'enfant. Elle veille à l'apparition et au développement du langage. Elle est aussi concernée par tous les troubles fonctionnels alimentaires et les praxies bucco-faciales : déglutition, mastication, bavage...

**Les psychomotriciens** explorent toutes les possibilités sensorimotrices et relationnelles de l'enfant. Ils privilégient l'éveil des sensations, la prise de conscience du schéma corporel. Ils permettent à l'enfant de trouver des points de repère, de mieux connaître ses limites et ses possibilités.

**L'ergothérapeute** intervient dans la rééducation de la motricité fine, participe au choix des matériels adaptés (pour le bain, poussettes, fauteuils roulants, ordinateurs...) et prépare l'enfant à leur utilisation.

**Les éducatrices** interviennent auprès de l'enfant, de sa famille, des lieux de socialisation. Leur rôle est essentiel dans l'étayage du lien parents-enfant et fratrie. Elles participent à l'évaluation initiale de la situation puis à des activités de groupe.

**Le service social du CAMSP** est représenté par une assistante de service social. Son travail consiste à « libérer les ressources potentielles des gens et assurer le plein-emploi des possibilités internes, développer les capacités de l'individu, du groupe et de la collectivité à organiser leur propre vie... »

**La secrétaire médico-sociale** : pôle central du recueil et de la transmission de l'information auprès des familles et de l'équipe, elle accueille les familles, participe aux réunions de synthèse, planifie les consultations et répond aux urgences des professionnels.

La fonction de coordination du CAMSP d'Avignon est actuellement exercée par le psychomotricien. Son rôle est de garantir la continuité des interventions auprès des enfants, principalement au

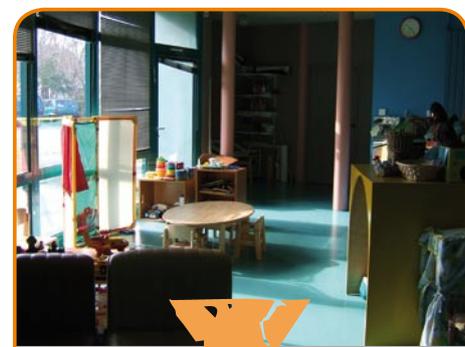
cours des bilans. Il programmer le passage en synthèse et le suivi des décisions. Il participe aux équipes éducatives et veille aux échéances administratives des prises en charge.

## L'équipe du CAMSP d'Avignon

\*SESSAD : Service d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile

\*CMPP : Centre Médico-Psychopédagogique

\*MDPH : Maison départementale des personnes handicapées



## Missions du CAMSP

1. Le dépistage de toute forme de handicap de l'enfant de la naissance à 6 ans : le CAMSP reçoit en consultation :
  - les enfants présentant un déficit avéré (moteur, mental ou sensoriel) ;
  - ceux dont le développement psychomoteur pose problème (dès le départ et lors des premières tentatives de socialisation ou d'intégration scolaire) ;
  - les enfants à risque du fait de leurs antécédents périnataux ou de leur environnement psychosocial.
2. La prise en charge en cure ambulatoire et rééducation de tout enfant de 0 à 6 ans, porteur d'un handicap moteur, sensoriel ou mental, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans son milieu naturel, et avec la participation de celui-ci.
3. L'intervention CAMSP est globale, elle intègre de façon concertée et harmonieuse la dimension médicale, les rééducations, le soutien psychologique de l'enfant et de la famille, le soutien social.



# Je pense,



**Notre établissement s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la gestion des déchets de leur production jusqu'à leur élimination. Le tri et la bonne gestion de nos déchets permettent de participer au respect de l'environnement en développant le recyclage, de dépenser moins pour leur élimination et de prévenir le risque infectieux lié aux déchets d'activités de soins. Un établissement hospitalier produit environ 45 sortes de déchets.**

## Quizz

### Le protocole du tri des déchets

1. **Durée d'utilisation du collecteur Piquant Coupant Tranchant (PCT) à l'hôpital d'Avignon ?**
  - a. 28 jours
  - b. 72 heures
  - c. 7 jours
2. **Que signifie le sigle DASRI ?**
  - a. Déchets d'Actions de Santé Réservées aux Infirmières.
  - b. Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux.
  - c. Déchets Autorisés Sans Réserve pour l'Incinération.
3. **Pourquoi s'assure t-on toujours que le collecteur PCT est /soit fermé avant de le jeter ?**
  - a. Pour éviter qu'il ne s'ouvre dans le circuit d'élimination.
  - b. Pour ne pas perdre le bouchon.
  - c. Pour éviter les odeurs.
4. **Comment est-on sûr que le collecteur de 8 litres est bien fermé avant de l'éliminer ?**
  - a. Le collecteur fait « BIP ».
  - b. Le couvercle est en position « 2 ».
  - c. Le collecteur change de couleur.
5. **Pourquoi en service de soins est-il demandé d'évacuer le collecteur PCT dans le conteneur à déchets (sans le mettre dans un sac jaune) ?**
  - a. Pour éviter les accidents à la manipulation des sacs.
  - b. Parce que c'est plus propre.
  - c. Pour l'économie.
6. **Où jette-t-on les flacons vides de sérum physiologique ?**
  - a. Dans un sac noir.
  - b. Dans un sac jaune.
  - c. Dans le sac papier doublé plastique puis dans le sac jaune.
7. **Pourquoi jette-t-on les seringues de préparation dans le collecteur PCT ?**
  - a. Pour ne pas encombrer le sac jaune.
  - b. Pour éviter de les désadapter.
  - c. Parce qu'elles sont en plastique.
8. **Le logo identifiant les DASRI est le suivant :**
  - a. 
  - b. 
  - c. 
9. **Dans quel sac jette t-on une bouteille de champagne ?**
  - a. Directement dans le sac jaune.
  - b. Dans un sac papier doublé plastique puis dans un sac jaune.
  - c. Directement dans un sac noir.
10. **Comment les cartouches d'imprimantes retournent-elles au service informatique ?**
  - a. Dans un sac identifié par le logo de l'imprimante.
  - b. Dans un sac noir.
  - c. Dans leur emballage d'origine.

→ Afin de mesurer l'efficacité de notre tri et de notre circuit d'élimination des déchets, un audit externe a été réalisé du 18 au 22 septembre 2006. Celui-ci nous a permis de faire une analyse de l'existant, d'évaluer la conformité réglementaire de nos équipements et enfin de proposer des améliorations. Un groupe de travail a été constitué pour exploiter les conclusions de l'audit et poursuivre la démarche d'amélioration engagée.

Ce groupe, composé de membres des services de soins, services logistiques, services techniques, laboratoires, le médecin du travail, l'adjoint à la Direction Qualité et le cadre de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière a repris les objectifs d'améliorations proposés par les auditeurs externes, les a hiérarchisés et tous les membres du groupe ont apporté leurs compétences et leur énergie à ce travail.

Nous avons bénéficié de la collaboration étroite de la direction des services économiques et logistiques ce qui nous a permis de renforcer et valider nos propositions.

A terme, ce travail devrait nous permettre :

- de trier rigoureusement nos déchets à la source c'est à dire dès le soin ;
- d'utiliser au mieux le matériel de tri (sacs, porte-sacs, collecteurs) ;
- d'améliorer la sécurité du tri au local centralisé ;
- et enfin de réduire nos dépenses liées au transport et au traitement de tous nos déchets.

### Des actions déjà menées, d'autres à engager

Depuis octobre, le groupe de travail a déjà :

- réactualisé les protocoles du tri des déchets des services de soins et des laboratoires ;
- testé l'évaluation de l'application de ces protocoles ;
- Commencé à travailler le protocole de tri des déchets de l'UCPC et des services techniques ;
- assuré une signalisation de couleur sur les conteneurs par des ronds peints (jaunes ou noirs) ;
- séparé les conteneurs à déchets DASRI des DAOM au niveau des locaux intermédiaires ;
- défini avec le CLIN la durée d'utilisation des collecteurs piquants, coupants tranchants (PCT) : 7 jours ;
- participé aux essais et choix des futurs collecteurs PCT ;
- participé à l'élaboration du cahier des charges du prestataire de service pour les déchets ménagers et industriels

# donc je trie . . .



**LES DECHETS HOSPITALIERS**

UN ETABLISSEMENT DE SANTE PRODUIT ENVIRON 45 SORTES DE DECHETS

CARTONS	DASRI	FER
DECHETS VERTS	DECHETS DANGEREUX	PAPIERS
BOIS	D.A.O.M	DECHETS RADIOACTIFS
VERRES	GRAVATS	
AUTRES		

**TOUS AU TRI**

**MARDI 12 JUN 2007**

JOURNÉE DE SENSIBILISATION AU TRI DES DECHETS

STANDS D'ANIMATION et D'INFORMATION

Quizz

HALL DU RESTAURANT DU PERSONNEL De 10H00 à 15H30

Et Minibus VEOLIA parking entrée du personnel

- banaux ;
- assuré avec ce prestataire la signalétique des diverses bennes sur le site ;
  - proposé une filière de recyclage des papiers (actuellement en essai dans le bâtiment administratif).

Il nous reste à travailler sur la programmation de la formation au tri des déchets hospitaliers selon les nouveaux protocoles.

## Une journée «déchets»

Afin de sensibiliser l'ensemble du personnel de notre établissement à cette meilleure gestion des déchets, nous avons organisé une journée «déchets» le 12 juin . Plusieurs animations ont été proposées par le groupe de travail : l'historique du tri des déchets à l'hôpital, le coût de nos déchets et son évolution, le circuit des déchets en photos, la découverte des déchets des laboratoires...

Nos sociétés, partenaires de cette journée ont présenté leur matériel et le camion pédagogique de la société Véolia a renseigné les agents hospitaliers sur le recyclage et la valorisation des déchets.

Nous avons aussi profité de cette journée pour faire connaître les nouveaux protocoles de tri des déchets au laboratoire et dans les services de soins.

Notre «quiz» a permis à près de 200 personnes de tester leurs connaissances et plus d'un tiers des questionnaires ont eu 100 % de bonnes réponses.

Un tirage au sort a eu lieu et nous avons récompensé 10 agents.

Mme le Dr Falleri, médecin du Travail, a offert une de ses peintures pour le premier prix. M. Sauvage, ambulancier du Service Transport, a offert pour le deuxième prix un baptême de l'air.



Enfin, la participation de nos partenaires nous a permis de distribuer 8 autres lots.

Cette journée a eu beaucoup de succès, nous espérons qu'elle aura un impact sur les objectifs d'amélioration que nous nous sommes fixés.

Le travail du groupe se poursuit. Nous allons bientôt diffuser largement les nouveaux protocoles de tri.

Ensuite, nous envisagerons la mise en œuvre de nouvelles filières de tri et notamment celle du papier qui est mise en place dans le bâtiment administratif, mais qui pourra être étendue à davantage de secteurs d'activités.

## Dossier réalisé par le Groupe de Travail Déchets

## Histoire des déchets histoire d'une Poubelle

- Depuis le Néolithique, l'homme est déjà confronté aux déchets, mais ne se soucie pas de leur devenir.
- En 3000 av. J.C., en Egypte, on enfouit les déchets dans des fosses.
- En 2500 av. J.C. les Indous créent le tout à l'égout et les vides ordures dans les habitations.
- Au Moyen Âge, des collectes de déchets sont mises en place, et le premier texte de loi réglementant le rejet des ordures apparaît en 1350.
- 1661 voit arriver la première concession pour le nettoyage des rues.
- Le 9 juillet 1767 c'est le début du recyclage (compost).
- En 1883 interdiction des dépôts d'ordures ménagères dans les rues et mise en service des poubelles individuelles.
- Au 19e siècle l'incinération des ordures se développe.
- Il faut ensuite attendre la loi du 15 juillet 1975 pour définir la responsabilité des producteurs de déchets (pollueur-payeur)
- Puis, en novembre 1997 les DASRI sont classés en déchets industriels spéciaux et leur élimination est réglementée
- 1999 voit apparaître les modalités d'entreposage et les contrôles d'élimination
- Enfin, en 2003 les emballages selon les divers types de déchets sont définis par arrêtés



Eugène Poubelle, pionnier dans la gestion des déchets promulgue le 24 novembre 1883 le premier décret sur le ramassage des ordures ménagères

mode d'emploi

# Déchets bien gérés, qualité exigée



Un service de soins peut générer jusqu'à 67 sortes de produits considérés comme déchets. Tous n'étant pas considérés à risque au sens de la législation, il est primordial d'en effectuer le tri directement à la source ou au plus près du soin.



➔ Le premier lieu de recueil des déchets dans le service, se fait au niveau du chariot de soins au plus près du patient, par un premier tri, dans des sacs de contenance adaptée.

➔ Le second lieu concerne les utilités "sales". Le personnel soignant dépose les sacs provenant du soin dans les supports de tri, adaptés et matérialisés

➔ Le troisième lieu est celui de l'entreposage intermédiaire sur l'étage. Il regroupe l'ensemble des sacs de déchets produits par les unités de soin.

Les conteneurs de stockage des DASRI\* et des DAOM\* sont communs aux deux unités. Ils sont identifiés par des ronds de couleur jaune et noire peinte sur les façades

➔ Le dernier lieu est le quai à déchets. Le tri final y est organisé ainsi que le stockage avant envoi aux différentes filières de traitement.

\*DASRI : déchet d'activité de soins à risque infectieux  
\*DAOM : déchet d'activité d'ordures ménagères

**TRI DES DÉCHETS DES SERVICES DE SOINS**

### SACS JAUNES

**DASRI**  
Déchets d'activités de soins à risque infectieux

- Abaisse-langues
- Blisters à UU soignants
- Cartouches filtres respirateurs
- Charges complètes provenant d'un patient infecté
- Chiffonnettes à UU (patient infecté)
- Collecteurs d'urine vides
- Compresseurs, même non utilisés
- Crachoirs fermés
- Déchets anatomiques non identifiables
- Dispositifs médicaux, conditionnés ou déconditionnés
- Étuis péniens
- Fiches de contrôle ultime prétransfusionnel
- Flacons d'antibiotiques ou de médicaments
- Gants à UU après soins
- Lingettes à UU (services de soins ou médico-techniques)
- Masques patients tuberculeux
- Masques soignants
- Pansements
- Plâtres souillés de sang
- Poches à urines ou stomie
- Poches de solutés et de sang vides
- Redons, drains, sondes, tubulures diverses
- Seringues, même non utilisées
- Serviettes hygiéniques (gynéco/maternité)
- Tablier à UU soignant provenant d'un soin

### SACS PAPIER DOUBLÉ PLASTIQUE

Collecteurs contenant des liquides biologiques

- Flacons de perfusion en verre
- Flacons de redon en verre ou plastique
- Poches de sang & tubulures pleines
- Verre alimentaire

### SACS NOIRS

**DÉCHETS MÉNAGERS**

Ampoules plastiques et flacons versables (sérum physiologique et eau stérile)

Bidons / Flacons vides de tout produit ménager et désinfectant

Bidons vides de chaux sodée

Blouse à UU visiteur

Bombes aérosols

Charges complètes (bébé / adulte)

Chaux sodée en vrac

Chiffonnettes (patient NON infecté)

Coiffes / calots à UU soignants ou visiteurs

Draps d'examen

Emballage divers NON souillés de sang

Essuie-mains papier

Fleurs

Gants à UU pour ménage ou toilette quotidienne

Journaux, papiers

Masques visiteurs

Plâtres NON souillés de sang

Restes alimentaires

Sacs poubelles des WC des patients

Sur-chaussures soignants ou visiteurs

Tablier à UU repas

**SACS À FERMER HERMÉTIQUEMENT**

### PLACENTAS

Pots étanches

### DÉCHETS RADIOACTIFS

Tout matériel provenant d'un patient ayant reçu une dose thérapeutique d'iode radioactif.

**SE CONFORMER AU PROTOCOLE DIFFUSÉ PAR LA MÉDECINE NUCLEAIRE.**

### FILIERES DIVERSES

<b>CARTONS</b>	À plier	<b>COMPACTEUR</b>
<b>CARTOUCHES IMPRIMANTES</b>	À remettre dans l'emballage	<b>SERVICE INFORMATIQUE</b>
<b>Médicaments périmés</b>	Sac	<b>PHARMACIE</b>
<b>Pace-makers</b>	Pot, fermé.	<b>MAGASIN</b>
<b>Piles</b>	Dans un carton	

**! Respecter la limite de ramplissage !**  
**Bien les fermer !**  
**Déposer directement dans le conteneur des DASRI**

	COÛT PAR TONNE		COÛT TOTAL	
Années Les déchets	2006	2007 (estimation)	2006	2007 (estimation)
DASRI	439 euros	437 euros	1 455 tonnes	1 374 tonnes
DAOM	202 euros	160 euros	367 809 euros	305 255 euros
				= 62554 euros d'économie

éducatrice de jeunes enfants

# Accompagner, Aider, Rassurer

Dans une salle claire, aérée, ouverte sur un jardin clos, équipé de jeux d'extérieurs, travaille Madame CASTELLI, éducatrice de jeunes enfants.



→ Titulaire au sein de l'hôpital, Mme CASTELLI prend en charge les enfants des services de pédiatrie, avec deux tranches plus particulières : les 3 à 15 mois et les 12 à 16 ans.

Sur le rythme d'une dizaine d'enfants par jour, de 10h15 à 12h et de 13h30 à 15h45, les actions sont menées autour de deux axes majeurs :

- Sous une forme ludique : permettre le développement, la sociabilité ;
- Sous une forme relationnelle : assurer l'écoute, l'accompagnement.

Les enfants sont envoyés par le personnel médical des services, qui cible les priorités avec une possible individualité pour certains besoins. Les après-midi sont consacrés aux bébés dans les chambres.

L'accueil se fait dans la salle, équipée de livres, jeux d'éveil, activités manuelles, jeux en tout genre, pour toutes les tranches d'âges et de moyens informatique et audio pour les plus grands. La maman peut accompagner l'enfant. Seule, la salle de jeu est réservée exclusivement à l'enfant.

## De nombreux soutiens

L'action de Mme CASTELLI est complétée par la venue bénévole d'intervenants extérieurs, tels les musiciens de «l'ADDM», l'association «Comme un poisson dans l'eau»; des clowns (une fois par mois), les visiteurs de malades hospitalisés, l'aumônerie....

Si l'on trouve une grande diversité de jeux et d'outils pédagogiques, cela est dû aux dons de nombreux partenaires. On peut citer par exemple la clôture de l'espace vert devant la salle de jeux et l'équipement en matériel de plein air, financés par «le blé de l'espérance».

Enfin, une activité très importante est constituée par l'articulation avec l'institutrice, pour une action sur les 12-16 ans.

Madame Castelli, que je remercie pour son accueil, utilise trois mots pour définir son action : Accompagner, Aider, Rassurer.

**Jean-Luc ARMONICO**  
DIM



## Force 8 pour le CHA



→ La 16<sup>ème</sup> édition des régates inter-SAMU s'est déroulée cette année à Bandol du 13 au 17 mai. C'est devenu une tradition, le SAMU84 y était représenté, comme depuis de nombreuses années.

### centenaires

## 508 bougies soufflées...



→ Le mercredi 27 juin 2007 fut un jour de fête pour les résidents hébergés en Unité de Soins de Longue Durée du Village. Ce jour-là, plusieurs anniversaires ont été fêtés. Jeanne, Elise et Ferdinand ont célébré leurs 100 ans. Elise a soufflé ses 103 bougies, et Antoinette ses 105. Ce fut également l'occasion de souhaiter un joyeux anniversaire aux cinq résidents nés en juin. Cette journée a permis de rassembler résidents, familles et équipes médicale et soignante autour d'un programme rythmé :

- spectacle offert par un groupe de Flamenco alliant danse, chant et musique espagnol avec la participation de la famille d'une aide-soignante au chant et à la guitare
- morceaux de flûte traversière joués par la petite fille d'une des résidentes.

### Village

## Un semestre copieux...

- **2 février** : exposition de photos des animations qui ont eu lieu en 2006. A cette occasion, on pouvait rencontrer des résidents de la maison de retraite du Lavarin invités à partager les crêpes de la chandeleur.
- **20 février** : Le service «La Fontaine» fête Carnaval.
- **7 mars** : Les résidents se rendent au cirque Pinder au parc des expositions.
- **13 mars** : Repas oriental avec couscous dans un décor et une ambiance typiques.
- **27 mars** : Les résidents de «Farfantello» se sont rendus à l'école hôtelière pour déguster un repas gastronomique.
- **29 mars** : Sortie au Musée de la Lavande à Cabrières d'Avignon avec pique-nique sur place.
- **11 avril** : Repas asiatique sur fond musical tout en sirotant le «Saké». Et sortie à l'Île de la Barthelasse avec promenade au bord du Rhône pour les résidents des «Pléiades».
- **17 avril** : C'est aux Saintes Maries de la Mer que les résidents ont pique-niquer par une journée très ensoleillée.
- **18 avril** : Sortie à Saint Michel de Frigolet.
- **23 avril** : Sortie à Notre Dame de Rochefort.
- **24 avril** : Repas indien avec beaucoup de couleurs.
- **16 mai** : Journée Western avec spectacle de country danse.
- **30 mai** : Sortie à Gordes avec au programme visite du Musée de la Lavande et pique-nique sur place.
- **Le printemps** a également été la saison des plantations au jardin potager des «Pléiades». On pouvait y voir des plants de tomates, cornichons, courgettes et bien d'autres légumes.
- **13 juin 2007** : Vide grenier organisé par l'association VMEH et le personnel au profit des résidents du Long Séjour. Manifestation au cours de laquelle chacun, personnel hospitalier, familles des résidents, visiteurs, a pu se restaurer, emporter des friandises, acheter des bibelots.

### Réponses au Quizz "Le protocole du tri des déchets"

Q1 : c - Q2 : b - Q3 : a - Q4 : b - Q5 : a - Q6 : a - Q7 : b - Q8 : c - Q9 : b - Q10 : c



hommage

## Le départ en retraite du Dr Philippe RUBIN

Le vendredi 8 juin 2007, le Docteur Philippe RUBIN, chef de service en Endocrinologie, a fêté son départ à la retraite en compagnie de collègues médecins, amis, famille, élus, directeurs, agents hospitaliers actifs et retraités, et collaborateurs.

➔ Plusieurs discours ont été prononcés par : d'abord M. Francis DECOUCUT, Chef d'établissement, puis M. Michel BISSIERE, Président suppléant au Conseil d'Administration représentant Mme Marie-Josée ROIG, Maire d'Avignon, Ancien Ministre, Présidente du Conseil d'Administration, ensuite le Dr Philippe OLIVIER, Président de la Commission Médicale d'Établissement, et enfin le Dr Philippe RUBIN, permettant ainsi de retracer sa carrière, souligner sa personnalité, le remercier et le saluer.

Voici donc une rétrospective des mots qui ont été prononcés ce jour-là.

Né le 16 décembre 1941, le Dr RUBIN a effectué ses études à Marseille après une enfance en région parisienne à Enghien les Bains.

Externe des Hôpitaux de Marseille en 1962, Interne des Hôpitaux de Marseille en 1964, titulaire du certificat de maîtrise en chimie métabolique à la Faculté des Sciences en 1969, Assistant des Hôpitaux et Chef de clinique à la Faculté de Marseille en 1971, le Dr RUBIN réussit le concours de Praticien Hospitalier en 1975, devient Chef de service au Centre Hospitalier d'Avignon d'abord à temps partiel puis à temps plein à partir du 1er janvier 1978. Le Dr RUBIN représente la mémoire de l'hôpital en ayant connu l'hôpital Sainte Marthe, vécu le déménagement vers la Durance en 1982, et créé le service d'Endocrinologie au CHA.

### Une carrière bien remplie

La création de l'hôpital de semaine et le

développement de l'éducation du diabétique dont il est le précurseur sont les témoins d'une carrière bien remplie :

- 1984 : ouverture d'un hôpital de semaine pour développer l'éducation des diabétiques et l'expérience du personnel soignant
- 1987 : création d'une unité de soins ambulatoires par pompe à insuline
- 1998 : création d'une unité de soins ambulatoires pour pieds diabétiques
- organisation de l'éducation thérapeutique avec comme récompense pour l'équipe paramédicale l'attribution du prix de l'ALFEDIAM 1996 pour le dossier d'éducation et du suivi diabétique
- élaboration avec le Professeur Véronique VAGUE des bases ayant permis la création d'un réseau inter-hospitalier de traitement par pompe à insuline.

Le Dr RUBIN est également l'auteur de 42 publications et communications dont :

- la pathologie de la reproduction dont étude en microscopie électronique des glandes stéroïdosécrétantes, en particulier les gonades masculines et les surrénales
- la puberté
- la mesure du taux d'insuline plasmatique dans les hypogonadismes
- la mesure de la taille des cellules graisseuses.

Le Dr RUBIN a aussi été membre de sociétés savantes :

- Association de Langue Française pour



l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (ALFEDIAM)

- Société Française d'Endocrinologie (SFE)
- Groupe de Recherche Pédagogique En Diabétologie (GREPED)
- Diabetes Education Study Groupe (DESG).

Le Dr RUBIN prend ainsi sa retraite à l'âge de 66 ans.

L'avenir est d'ores et déjà préparé avec d'une part l'organisation en Pôle Métabolique et Cardio-Vasculaire qui rassemble l'Angiologie, la Cardiologie, la Chirurgie vasculaire et l'Endocrinologie, et d'autre part la nomination du Dr Eric Benamo en tant que Chef de service et du Dr Myriam KADEM en tant que Praticien Hospitalier dans le service d'Endocrinologie.

**Marielle PETIT DE GRANVILLE**

Chargée de Communication