

Convergence

Ensem' nou serv la vi!



Dossier P 7

Les Urgences...

Un monde qui n'a rien d'une série TV

P4 | Débat

Pierre Berger,
 Damien Sebileau :
 DRH du GHSR et du CHFG



P17 | Zoom

Le projet social du CHR



P18 | Qualité

Les résultats des visites de
 certification HAS - V2.
 Le programme IPAQH



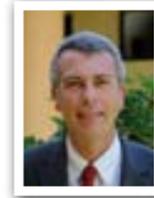
Au Sommaire

- 3 **Actualité | Agenda**
- 4 **Débat**
Pierre Berger, Damien Sebileau :
DRH du GHSR et du CHFG.
- 7 **Dossier**
Les Urgences....
un monde qui n'a rien d'une série TV.
- 17 **Zoom**
Le projet social du CHR.
- 18 **Qualité**
Les résultats des visites de certification HAS - V2.
Le programme IPAQH.

Convergence

- **Directeur de la Publication:**
Michel Calmon
 - **Réalisation:**
Luis Santos, Martine Rajzman
 - **Ont participé à ce numéro:**
Bénédicte Artarit, Arnaud Bourde,
Laurent Chen Chi Choung, Geneviève Courtois, Yasmina Djardem,
Guy Henrion, Brigitte Petitjean.
 - **Crédit photos:**
Corinne Tellier, Laurent Chen Chi Choung, Michel Tambon, Phovoir.
 - **Convergence est un magazine bimestriel.** Ce numéro est édité à 5000 exemplaires.
Impression Color Print - Le Port
 - **Rédaction:** Martine Rajzman.
 - **Contact:** luis.santos@chr-reunion.fr
 - **Infographie:** Leclerc communication
- Centre Hospitalier Régional de La Réunion
- Site Centre Hospitalier Félix Guyon
- 97405 Saint-Denis Cedex
Tél. 0262 90 50 01 Fax 0262 90 50 51
- Site Groupe Hospitalier Sud Réunion
- BP 350 - 97448 Saint Pierre Cedex
Tél. 0262 35 90 01 Fax 0262 35 90 04

Éditorial



Au cours de l'année 2008, Le Centre Hospitalier Régional a su conforter sa place et son rôle éminent dans le tissu sanitaire réunionnais.

Sa stratégie est désormais clairement définie, à travers les plans d'actions élaborés par filières de soins. Un travail remarquable a été réalisé à cet égard par les équipes médicales et soignantes du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion, de manière à affiner la recherche de complémentarité et d'excellence entre les sites Nord et Sud du CHR.

Le projet médical a été complété par un projet social établi grâce à l'implication forte des partenaires sociaux.

La modernisation des deux sites du CHR a été poursuivie, et de nouveaux projets sont prêts à être lancés, comme le pôle médecine au GHSR et le bâtiment soins critiques au CHFG, sous réserve que nous obtenions du Ministère les financements nécessaires.

Le rétablissement de la situation budgétaire est en cours, en particulier pour le Centre Hospitalier Félix Guyon. Le GHSR devrait mettre en œuvre en 2009 l'intégralité des actions prévues dans son plan de retour à l'équilibre, préalable indispensable à la réalisation de tout nouveau projet et à l'appui de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Grâce au partenariat étroit engagé avec l'Université de La Réunion, la transformation du CHR en CHU fait son chemin, avec la perspective de la création d'une unité de formation et de recherche en médecine à La Réunion, assurant les trois premières années de formation sur l'île et autorisant le développement du post-internat.

L'année 2009 verra, je l'espère, se concrétiser de nouveaux projets. L'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail des personnels sera notre priorité.

Je souhaite à chacun et à chacune d'entre vous une bonne et heureuse année 2009.

Le Directeur Général,
Michel CALMON

Gros plans gestes d'activités :
musique, sport, peinture, humanitaire...

Une nouvelle rubrique en 2009 : la passion cachée des agents du CHR

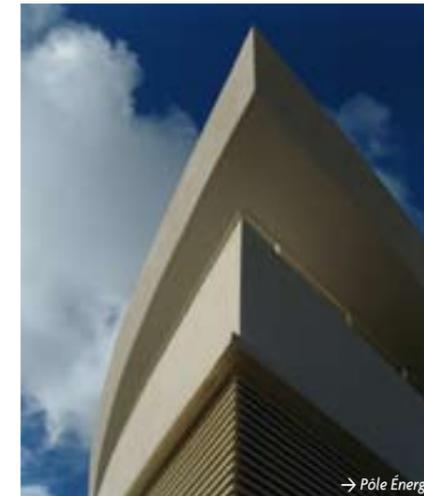
Dès le prochain numéro à paraître en février/mars ; nous réserverons un nouvel espace pour faire le portrait d'un professionnel hospitalier sous un angle différent : celui de sa passion, de son hobby, de son engagement personnel dans d'autres actions... Mais pour cela nous avons besoin de vous tous. Soit vous souhaitez directement nous expliquer ce que vous faites, soit vous aurez à cœur de parler d'un collègue timide ! Alors : musiciens, peintres, artisans, humanitaires, cuisiniers, illustrateurs, écrivains, sportifs... nous pensons assurément que sur 5000 collaborateurs, beaucoup entretiennent une passion remarquable. Et nous souhaitons la valoriser.

→ Contact : luis.santos@chr-reunion.fr

3 inaugurations au GHSR

Le 20 novembre 2008 fut une date importante pour le site GHSR du CHR. En effet, 3 manifestations ont acté des projets d'envergure : la pose de la 1^{ère} pierre du Pôle Femme Mère Enfant qui à l'horizon 2011 accueillera 226 lits et places sur 8 niveaux ; l'inauguration

du Pôle Énergie qui décuple les capacités, conjugue protection environnementale et équipement de haute technologie ; l'inauguration à St-Joseph, du Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents.



Agenda médical

STAGE ART DU TOUCHER EN GÉRIATRIE ET PSYCHIATRIE

→ Programme : Dr P.Y. Robillard

- 1- Quels critères pour évaluer le besoin du « Toucher » chez un(e) résident(e) ou un(e) patient(e) ?
- 2- Deux Touchers essentiels : relaxant et dynamisant
- 3- Technique du Toucher « minute » : détente main, visage, cou, nuque (en fauteuil ou lit)
- 4- Toucher « minute » au cours d'une toilette
- 5- Toucher du dos assis avec appui
- 6- Toucher spécifique pour les personnes atteintes de démences de type Alzheimer (Traduire le langage du corps « touché », superposer des dialogues compatibles avec l'objectif, valider le sentiment de confiance et/ou de sécurité, choix de la technique et du support le plus adapté)
- 7- Séance de Toucher et mémoire autobiographique (accompagner la séance du suivi émotionnel autobiographique, c'est-à-dire suivi et mise à jour de l'expression issue des « bons souvenirs » et mise à l'écart des autres)
- 8- Toucher et respiration (apprentissages de relaxation)
- 9- Quelques trucs pour « créer l'ambiance »
- 10- Savoir présenter ces prestations (en évitant le « ça vous fera du Bien » et savoir évaluer l'impact de ces prestations

→ Calendrier :

Toulouse 23 et 24 février, Nantes 9 et 10 mars, Montpellier 16 et 17 mars, Paris 23 et 24 mars.

→ Informations :

Jacques HEURTIER 04 67 20 84 42
anfg@orange.fr

JOURNÉE RÉGIONALE DES SOINS PALLIATIFS 25 AVRIL 2009

Le soin en situation de vulnérabilité. Aux villas du Récif- l'Hermitage.

→ Invités extérieurs :

- Godfroy Hirsch président de la société française de soins palliatifs
- Catherine Perrotin philosophe, présidente du centre interdisciplinaire d'éthique de l'université catholique de Lyon,
- Annie Petrognani, infirmière clinicienne, soins palliatifs, hôpital Sainte Perrine, Paris)

→ Programme complet et inscriptions :

Dr Benjamin Guy
benjamin.guy@chr-reunion.fr

Info pratiques

Animalerie de recherche

Par Arrêté Préfectoral 2008/1942 du 04 octobre 2008, une animalerie de recherche est agréée à La Réunion pour la réalisation d'expériences sur les animaux vertébrés vivants. Située sur le site de CYROI (Cyclotron Réunion Océan Indien), elle permet l'accueil de rongeurs : rats et souris. Les domaines d'activité sont :

- Recherche fondamentale
- Recherche zootechnique et médicale vétérinaire
- Essais d'activité d'efficacité ou de toxicité des médicaments et d'autres substances biologiques et chimiques
- Contrôle de la qualité des denrées alimentaires
- Enseignement
- Les types de protocoles expérimentaux mis en œuvre sont les suivants :
- Administration de substances sur animaux vigiles
- Examens cliniques sur animaux vigiles
- Examens cliniques sur animaux anesthésiés
- Euthanasie des animaux en vue d'examens et/ou de prélèvements
- Interventions chirurgicales.

L'animalerie située au CYROI est de type A 2, permettant l'accueil d'animaux conventionnels, ainsi que de modèles animaux (immunodéprimés, transgéniques...).



Elle comprend ainsi 2 zones spécifiques, chacune disposant d'un laboratoire distinct au sein même de l'animalerie. L'ensemble des locaux respectent les préconisations

d'aménagement : ventilation et traitement de l'air suivant un rythme permettant de fournir l'air pur et de réduire les odeurs, gaz toxiques, poussières ; température et humidité constante ; éclairage artificiel respectant les rythmes naturels des animaux, isolation phonique et musique d'ambiance, qualité des matériaux permettant un nettoyage rigoureux, autoclave spécifique, matériels adaptés visant à éviter les stress ou les blessures de l'animal.

L'animalerie est placée sous la responsabilité vétérinaire du Dr Eric CARDINALE

→ Pour toute information complémentaire
Christian Mériaux, Directeur GIP CYROI
Tél : 0262 938 804 et www.cyroi.fr

Débat : Pierre Berger, DRH du GHSR et Damien Sebilleau DRHR du CHFG.

→ Débat animé par Luis Santos.

Pierre Berger et Damien Sebilleau occupent tous les deux les fonctions de Directeur des Ressources Humaines (DRH), le premier au Sud, le second au Nord. Il faut des qualités certaines pour exercer ce métier : sens de l'écoute, esprit d'équité, capacité de rassemblement, détermination... Des qualités qui visent toutes à créer les conditions pour que chacun d'entre nous donnions le meilleur de nous même au service des patients. A dessein, nous n'évoquerons pas le PRE qui complique leur tâche et mobilise leur énergie. La mission qu'ils assurent recouvre beaucoup d'autres aspects qui intéressent le personnel et que nous souhaitons aborder dans le débat qui les réunit aujourd'hui

Luis Santos : Dans la tempête ou par temps calme le DRH ne se ménage pas. Normal, les agents attendent beaucoup de sa gestion. Prenez les nouveaux agents, dès leur arrivée à l'hôpital ils sont plongés dans le feu de l'action. Envisagez vous d'organiser un temps d'accueil pour mieux les intégrer dans nos institutions ?

Damien Sebilleau : Au CHFG, ce temps d'accueil existe, en particulier pour le personnel soignant. La Direction des Soins organise ainsi régulièrement des temps d'information avec les nouveaux arrivants. Un gestionnaire de la DRH est également présent pour répondre aux questions plus « administratives ». Cependant, nous souhaitons aller plus loin dans le cadre du CHR : le projet de soins ainsi que le projet social du CHR font ainsi de l'accueil des nouveaux agents une priorité. Enfin, un livret d'accueil commun aux deux établissements verra prochainement le jour.

Pierre Berger : La réflexion intervenue dans le cadre du projet social du CHR repose sur la tradition d'accueil propre aux hôpitaux. C'est déjà au niveau des écoles qu'il

convient à mon avis, de commencer à accueillir nos futurs professionnels en leur apportant des points de repère sur leur futur champ d'exercice. Celui-ci est par nature caractérisé par une certaine diversité, pour ne pas dire une certaine complexité. Par ailleurs, pour les nouveaux arrivants : avoir du plaisir à découvrir un nouveau lieu d'action où j'ai déjà mes principaux repères, où je me sente à l'aise, où je rencontre de nouveaux collègues qui m'accueillent et m'accompagnent dans mes premiers moments et avec qui j'ai envie de travailler... profitera in fine au patient (et en retour aux collègues) ; l'idée d'un parrainage par un collègue plus ancien que j'ai pu expérimenter dans une vie professionnelle antérieure, a montré à cet égard beaucoup d'aspects positifs.

Luis Santos : Comment qualifiez vous vos relations avec les représentants du personnel ?

Damien Sebilleau : Si je ne devais donner qu'un seul adjectif, je les qualifierais de « respectueuses ». Nous ne sommes bien évidemment pas toujours d'accord, mais si les représentants du personnel étaient toujours d'accord avec la Direction, à quoi serviraient-ils ?

Pierre Berger : J'essaie en ce qui me concerne, d'être le plus possible en « écoute active » et d'être clair dans mes propos. Je regrette simplement que mon agenda ne me laisse pas plus de possibilités pour les rencontres et les échanges avec les représentants et les agents.

Luis Santos : Le projet social est une opportunité de dynamiser le dialogue social, quelles grandes perspectives dessine t'il pour les professionnels ?

Damien Sebilleau : L'élaboration du projet social constitue effectivement un temps important du dialogue avec les partenaires sociaux, d'autant que, cette année, pour la première fois il est élaboré en commun entre les deux établissements du CHR.

En termes de calendrier, il a été adopté en fin d'année 2008.

Il s'organise autour de grandes axes : promouvoir le dialogue social, améliorer les conditions de travail, améliorer la gestion des carrières, développer la formation et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Pierre Berger : Je rajouterai à ce que vient d'évoquer Damien, le projet de questionnaire de satisfaction du personnel que nous allons tester auprès de l'ensemble des professionnels d'un pôle médical et que nous pensons, si l'essai est probant, pouvoir étendre à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Luis Santos : Concrètement pour un agent comment ces propositions se traduiront elles ?

Pierre Berger : Sans tomber dans une vision idyllique de ce que pourrait être « demain », c'est en travaillant avec le concours et la contribution de l'ensemble des partenaires sociaux et nos équipes que nous essaierons d'apporter des améliorations petites et grandes à la vie au et en dehors du travail. Ça consistera -comme indiqué dans les axes du projet social- en une meilleure prévention des risques, en des actions de formation plus tournées vers l'acquisition de compétences, en une gestion de carrière mieux dessinée...

Damien Sebilleau : Certaines propositions du projet social répondent à des préoccupations concrètes des agents : ainsi, l'aide à la prise en charge des enfants en bas âge du personnel figure parmi les objectifs qui ont été priorités par les membres du Comité de pilotage du projet social. De même l'élaboration d'un Plan de Déplacement d'Entreprise (PDE) doit permettre de mieux connaître les déplacements effectués par l'ensemble du personnel (notamment pour ce qui concerne les trajets domicile-travail) afin de pouvoir imaginer la mise en place d'alternatives au véhicule individuel.

Luis Santos : Que conseillez vous à un agent qui éprouve le besoin de se former ?

Damien Sebilleau : Avant toute chose, il doit définir ce besoin : la formation n'est pas un objectif en soi. Elle est là pour répondre à un besoin. Pour l'aider, il dispose de plusieurs interlocuteurs : son supérieur hiérarchique bien évidemment, mais éga-

lement le service de la formation continue qui peut l'accompagner dans sa démarche ainsi que, au niveau régional, l'ANFH (particulièrement pour ce qui concerne les bilans de compétence ou les Congés de Formation Professionnels)

Pierre Berger : L'entretien annuel d'évaluation et de formation (tel qu'il est prévu par le nouveau décret d'août 2008) apparaît pour l'agent, comme le moment propice assisté par son cadre pour clarifier et préciser son (ses) besoin(s).



Luis Santos : La situation sur le marché de l'emploi annonce t- elle des tensions ou êtes vous confiants sur son évolution à court et moyen terme ?

Pierre Berger : Les établissements vont s'engager dans un travail important de GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des compétences) qui devrait être à même de permettre à chacun des professionnels de pouvoir connaître les perspectives qui se dessinent dans son secteur (et/ou dans d'autres secteurs que le sien actuel). Plusieurs statuts cohabitent aujourd'hui à l'hôpital, on parle de flexibilité pour ajuster les dépenses aux recettes.

Damien Sebilleau : Il faudrait en fait plutôt parler de marchés de l'emploi au pluriel tant la situation est différente selon les métiers concernés : pour certains métiers, en particulier les moins qualifiés, il y a peu de postes disponibles et beaucoup de personnes à la recherche d'un emploi. Pour d'autres métiers plus spécialisés (infirmiers, kinésithérapeutes notamment), la situation est inverse : les professionnels sont en position de force et les établissements hospitaliers se retrouvent ainsi dans une véritable situation de concurrence afin de les attirer.

Luis Santos : La stagiairisation est elle encore à l'ordre du jour ?

Damien Sebilleau : Bien sûr, la stagiairisation, puis ensuite la titularisation, restent à l'ordre du jour. Le statut de la fonction publique hospitalière reste notre référence, même s'il est évident que l'incertitude que la T2A fait peser sur les budgets hospitaliers nous incite à une certaine prudence dans l'ouverture de concours. Aujourd'hui, la notion historique de « poste autorisé » est concurrencée par celle de « poste financé ».

Pierre Berger : Les travaux qui vont être engagés sur la GPMC et les tableaux de suivi des pôles devraient nous apporter les éléments qui nous permettront d'être « moins incités à cette certaine prudence » évoquée par Damien Sebilleau. L'objectif est de pouvoir partager une vision suffisamment lointaine pour construire avec les professionnels concernés un parcours professionnel « gagnant-gagnant ».

Luis Santos : Si on vous dit d'une part, respect des dotations budgétaires dans un contexte de T2A ou les recettes font les dépenses et d'autre part, dans le même temps, nécessité de renforcer la motivation et le niveau de formation des professionnels c'est un peu comme faire le « grand écart », que répondez vous à cela ?

Damien Sebilleau : Pour ce qui concerne la formation, il faut avoir à l'esprit qu'il s'agit d'un domaine qui ne souffre pas (ou très peu) des difficultés financières de l'établissement. En effet, les deux établissements du CHR étant adhérents à l'ANFH, nous ne faisons aucune économie sur la formation : nos cotisations sont réglementairement fixées et nous avons tout intérêt à inciter les agents à se former sous peine de voir ces cotisations bénéficier à d'autres établissements.

Pierre Berger : Pour ce qui concerne la motivation, elle ne saurait bien sûr se renforcer par décret. Bien des aspects de mon point de vue contribuent et contribueront à la motivation. Je n'en citerai que deux :

1- l'organisation en pôle qui se met en place est une formidable opportunité pour d'une part, associer plus étroitement les professionnels à l'élaboration de leur projet d'avenir de leur service et d'autre part, leur fournir régulièrement les résultats du travail accompli collectivement.

.../...



.../... 2- Sur le plan des ressources humaines, le nouveau dispositif sur la « formation tout au long de la vie » et la mise en oeuvre du projet social CHR élaboré avec les partenaires sociaux (politique sociale, améliorations des conditions de travail et de la gestion des carrières...) devraient être de nature à apporter peut-être pas toutes les réponses aux attentes des professionnels, mais à une grande part.

Luis Santos : Les pôles attendent la communication de tableaux de bord qui les renseignent sur l'utilisation de leurs moyens, à quel stade en êtes vous dans la production de ces tableaux à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif ?

Pierre Berger : Au GHSR, nous sommes en mesure de pouvoir fournir quasiment « au fil de l'eau » les données qui seront retenues pour alimenter les tableaux de bord de pôles.

Damien Sebileau : Une démarche en ce sens est actuellement en cours, avec l'appui méthodologique de la MEAH. Pour ce qui concerne le CH Félix Guyon, nos difficultés actuelles viennent essentiellement d'un système d'information RH obsolète. Ce point sera cependant bientôt résolu car nous nous alignerons dès l'année prochaine sur les logiciels utilisés par le GHSR. Ces derniers nous permettront de fournir une information plus fiable et plus régulière aux pôles concernant leur niveau de dépenses de personnel.

Luis Santos : Sans une implication responsable de tous, l'hôpital connaîtra des difficultés dans le contexte qui est aujourd'hui le sien. Quelle peut être la contribution des DRH pour renforcer cet esprit de responsabilité ?

Pierre Berger : « mieux expliquer pour mieux impliquer » pourrait être une des formules appropriées tant pour les DRH que pour l'ensemble des responsables.

Luis Santos : Observez vous un turn over sur certains métiers et si oui quelles propositions pouvez vous faire pour l'enrayer ?

Damien Sebileau : Au CH FG, on constate en effet une tendance à un turn-over plus important que par le passé, en particulier sur certains métiers pour lesquels les agents sont, comme je le disais tout à

l'heure, en position de force sur le marché du travail : infirmiers, kinésithérapeutes... Des actions de fidélisations pour atténuer ce phénomène peuvent être menées, notamment dans le cadre du projet social (amélioration de l'accueil, accompagnement dans le cadre d'un projet professionnel, etc.). Cependant, cette mobilité accrue des professionnels est aussi une évolution sociétale contre laquelle il est difficile de lutter.



Damien Sebileau

Il est tout de même important de noter que les hôpitaux réunionnais restent relativement attractifs, si on les compare à ceux d'autres régions françaises.

Pierre Berger : Les sociologues s'accordent pour dire que les générations actuelles et futures effectueront en moyenne sept métiers différents au cours de leur vie professionnelle. Les hôpitaux doivent prendre en compte ce constat pour s'adapter et anticiper cette réalité, en étant et en restant constamment à l'écoute des professionnels hospitaliers.

Luis Santos : Elle/Il est jeune, elle/il vient d'obtenir son diplôme et a choisi l'hôpital pour s'investir, quel message souhaitez vous lui délivrer pour l'encourager dans ce choix ?

Damien Sebileau : Tout d'abord lui dire que je ne peux qu'approuver son choix puisque j'ai fait le même. Lui dire aussi et surtout que l'hôpital est une structure formidable pour débiter et poursuivre une carrière professionnelle : l'hôpital n'est jamais figé, il est en évolution permanente. Et, puisqu'on parlait précédemment de mobilité, pour les agents qui envisagent leur carrière sous cet angle là, l'hôpital a un gros avantage par rapport à d'autres structures : on en trouve sur l'ensemble du territoire : des établissements de pointe, de proximité, des gros, des petits et des moyens : il y en a pour toutes les vocations !

Pierre Berger : L'hôpital lui offre et lui offrira une multitude de possibilités qu'aucun

autre lieu professionnel du monde de la santé est, à ma connaissance, capable de lui offrir.

Un professionnel travailleur, sérieux, rigoureux et capable d'évoluer en équipe trouvera énormément de perspectives et de satisfactions, beaucoup plus que dans tout beaucoup de secteurs de la fonction publique. Ce qui ne veut pas dire que ce sera facile et tout beau tous les jours bien sûr...

Luis Santos : Peut on être un DRH heureux, mieux, faut il l'être pour bien exercer son métier ?

Pierre Berger : Si le sentiment d'avoir contribué à faire avancer chaque jour d'un petit pas (ti lamp, ti lamp) et à ma modeste mesure notre hôpital, tout en préservant et préparant l'avenir pour le bénéficiaire des générations qui nous succéderont ; peut rentrer dans la définition, alors oui, on peut être un DRH heureux.

Damien Sebileau : Le métier de DRH est un métier de contact, de dialogue. Si l'on est heureux dans sa vie et dans son métier, j'ai tendance à penser qu'on est d'autant plus à l'aise dans ses relations avec les autres. Mais j'imagine que c'est également valable pour la majorité des métiers, en particulier les métiers du soins.

Luis Santos : Qu'attendez vous des entretiens annuels d'évaluation ?

Damien Sebileau : Qu'ils constituent un moment privilégié pour l'agent et son supérieur hiérarchique pour faire le point sur l'année écoulée mais, surtout, pour se projeter vers l'avenir, et se fixer des objectifs. Les moments disponibles pour s'arrêter sur ses compétences et son avenir sont déjà si peu nombreux quand on exerce dans une structure telle que l'hôpital, qu'il ne faut surtout pas galvauder l'importance de cet entretien.

Pierre Berger : L'entretien annuel d'évaluation va évoluer vers un entretien annuel d'évaluation et de formation. C'est dire l'importance grandissante que va prendre ce moment privilégié entre le professionnel et son cadre. Car, au-delà de l'évaluation classique tel qu'on la connaît, ce sera le moment privilégié pour faire se rencontrer le porteur d'une part du projet institutionnel de l'hôpital et l'agent porteur de son projet d'évolution individuel.



Les Urgences :

un monde qui n'a rien d'une série TV !

La médecine d'urgence reste l'une des activités les plus médiatisées de l'hôpital. A la fois parce qu'elle cristallise les problématiques de permanence des soins, que la notion d'urgence évolue et qu'elle intervient par définition sur tous les cas de crises sanitaires. Aussi parce que ses équipes toujours sur le qui-vive, prêtes à intervenir dans n'importe quelles circonstances avec des méthodes et des protocoles extrêmement précis ; fascinent le grand public. On ne compte plus les séries télévisées qui déroulent des scénarios romantiques sur fond d'interventions aux urgences ! On ne compte plus les reportages des rédactions pour « suivre » une équipe d'urgence », « passer 24h aux urgences »...

Pourtant, au quotidien, l'activité n'a rien du glamour. Et les professionnels ont peu de temps pour répandre leurs histoires de cœur !

Au CHR de La Réunion, la médecine d'urgence est organisée en filière avec la réanimation où les synergies sont importantes. Dans ce dossier nous n'aborderons que le seul panorama de la filière Urgences-Samu-Smur, pour bien en saisir l'organisation et les spécificités. La prise en charge des urgences est l'une des priorités de l'organisation du système de soins. Elle vise à garantir à tous un accès aux soins de qualité en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et des établissements de soins. Ainsi, le service d'accueil des urgences regroupe les secteurs d'activités liés à la prise en charge et au traitement des urgences : le Samu Centre 15 et le SMUR sont les plus emblématiques. Mais notre position insulaire et isolée dans l'Océan Indien a conduit à développer des activités fortes relevant des Urgences comme la Télé-médecine, les Evacuations Sanitaires, le secours en Mer, le secours en Montagne et la compétence NRBC.

.../...

.../...

Répartis sur le GHSR et le CHFG, près de 300 professionnels prennent en charge plus de 100 000 passages aux urgences par an à La Réunion, 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

Une question de régulation et d'éducation

En France et du point de vue médical, la notion d'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance : l'heure ou la demi-journée. Cependant, les évolutions de notre société où tout est rendu possible à la minute, on modifié cette approche du point de vue des patients qui revendiquent désormais le droit à être traités

en urgence pour des maux ou des pathologies qui pourraient suivre une prise en charge traditionnelle. De plus, recourir aux urgences de l'hôpital public permet aussi d'éviter les sur-coûts de consultations des cabinets SOS. De fait, bien qu'hyper performants, les services d'urgence n'arrivent parfois pas à suivre.

La planche de salut reste une régulation de haut niveau, effectuée par les Centre 15, qui permet de trier et hiérarchiser les cas. Ce qui suppose de plus en plus de médecins spécialisés pour réceptionner les appels et les qualifier. Ce alors



même que la démographie médicale est en chute et qu'il en faudrait également plus sur le terrain pour voir les malades. C'est une des grandes problématiques que doit résoudre l'hôpital public avec les autres partenaires de la santé et avec l'implication de la médecine libérale pour ré-équilibrer la prise en charge sur un territo-

re donné de sorte à laisser les cas lourds à l'hôpital et traiter en proximité ce qui relève de la médecine générale. Mais cela devra aussi s'accompagner d'une meilleure éducation citoyenne de la population pour que les urgences hospitalières ne soient pas sollicitées à volonté. La Réunion n'échappera pas à la règle.

→ Les filières d'urgence du CHR de La Réunion



L'aide médicale urgente a pour objet de faire assurer aux malades, blessés et femmes enceintes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Dans le système français de prise en charge des urgences médicales pré hospitalières, un SAMU existe dans chaque département. Il se doit d'organiser cette aide médicale urgente. Pour se faire, le SAMU qui comporte un centre de réception et de régulation des appels (centre 15) est chargé d'assurer une écoute médicale permanente.

La détermination par le médecin régulateur du SAMU-Centre 15 de la réponse la mieux

adaptée à la demande d'aide médicale urgente se fonde sur trois critères : l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée, l'appréciation du contexte et l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles. En fonction de ces critères, le médecin régulateur du SAMU-Centre 15, s'il estime nécessaire la réalisation de soins urgents et le transport d'un patient, pourra déclencher une intervention d'un véhicule pompier (VSAV) du SDIS (Pompiers) ou l'envoi d'une ambulance d'un transporteur sanitaire privé, complété ou non de l'envoi d'un véhicule du SMUR.

Devant cette possibilité d'intervention de moyens multiples, il apparaît que l'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite donc l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières. Les rôles respectifs et les relations des moyens de transports sa-



nitaires dans le département de la Réunion sont mentionnés dans une convention. On peut arriver aux urgences par ses propres moyens. Mais la majorité des admissions par cette autre porte d'entrée de l'hôpital est régulée par le SAMU Centre 15.

A la suite de l'appel au SAMU (15) et après l'avis du médecin régulateur, le patient devrait intégrer la filière d'urgence adéquate : **Accident Vasculaire Cérébral, infarctus du myocarde, Urgences chirurgicales cardio-vasculaires, Neurochirurgie, poly-trauma-**

tologie, Pathologie psychiatrique, urgences pédiatriques, Grands Brûlés...

LEXIQUE

- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- **VSAV** : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Victimes
- **SDIS** : Service Départemental d'Incendie et de Secours
- **ATSU** : Association des Transports Sanitaires Urgents

L'infarctus du myocarde : quand chaque minute compte

L'infarctus du myocarde constitue l'urgence cardio-vasculaire par excellence. Il représente une des nombreuses manifestations cliniques de la maladie athéromateuse. D'une extrême gravité du fait tant des complications immédiates comme la mort subite que des complications à long terme telles que l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde nécessite une prise en charge la plus rapide possible.

Tous les acteurs de la chaîne de secours jouent un rôle primordial tant au niveau de l'alerte, que de la décision de l'envoi des secours avec l'instauration d'un traitement d'urgence spécifique.

Toute douleur thoracique, même la plus anodine, doit motiver le recours à un médecin. Le public se doit d'appeler le 15 devant toute douleur de ce type car le SAMU est l'interlocuteur privilégié de ces urgences médicales graves. En effet, la régulation d'un appel pour douleur thoracique ne doit souffrir d'aucun retard. Elle doit être ra-



pide, précise et pertinente par le médecin régulateur. Toute douleur thoracique suspectée d'origine cardiaque impose l'envoi sur place d'une équipe médicale de réanimation d'un des quatre SMUR de l'île.

Une fois le diagnostic d'infarctus du myocarde posé, sur des critères cliniques, électro-cardiographiques ou biologiques, son traitement doit être institué dans les

plus brefs délais. Quelle que soit la stratégie thérapeutique mise en œuvre, thrombolyse ou angioplastie primaire, le but de ce traitement est d'entraîner une revascularisation la plus précoce et la plus efficace possible des artères coronaires occluses. Seul ce traitement urgent permet de limiter la zone de myocarde nécrosée et par conséquent l'insuffisance cardiaque résultante. Le temps, c'est du muscle...

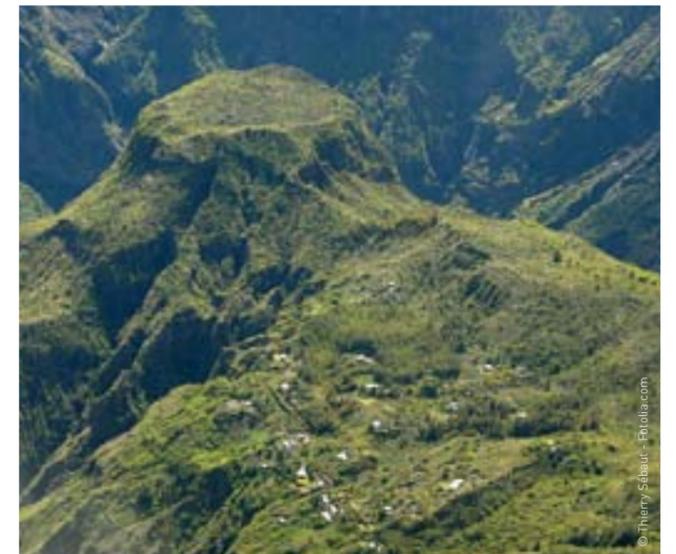
→ La télémédecine : vers un désenclavement médical des zones rurales

Le SAMU 974 utilise depuis juillet 2004, un nouvel outil informatique permettant l'échange d'information médicale sécurisé : la télémédecine. Ce système favorise la transmission de données médicales entre deux centres de soins permettant ainsi de pallier au manque de médecin généraliste ou spécialiste sur certaines zones du territoire réunionnais.

Le cirque de Mafate est le lieu idéal pour l'utilisation de la télémédecine de par son isolement géographique et la pénurie de personnel médical. Deux sites sur Mafate ont été équipés pour utiliser la télémédecine : Grand Place et Roche Plate. A l'intérieur de chaque dispensaire a été placé une valise de télémédecine comprenant un ordinateur, une camera et

un appareil photo numérique, ainsi qu'un tensiomètre, un saturomètre et un électrocardiogramme. De même, depuis avril 2008, un équipement identique a été installé au sein de l'hôpital de Cilaos en lien avec le service des urgences de Saint Pierre. Après 6 mois de fonctionnement, 100 patients ont pu bénéficier de cette technologie de pointe.

L'ensemble de ce matériel permet aux infirmières sur place de transmettre directement par liaison GPRS des fiches médicales, parfois associées à des photos, des films ou un électrocardiogramme. A l'autre bout, un médecin y analyse ces fiches médicales et adapte au mieux le moyen de secours nécessaires (conseil médical, consultation médicale différée ou évacuation hélicoptérée) et



renvoie une fiche médicale de réponse vers le dispensaire concerné. La télémédecine permet d'améliorer la rapidité de la prise en charge des urgences

médicales, apporte une aide complémentaire à l'action des infirmières des dispensaires et permet des consultations spécialisées au sein des cirques.

→ Le SAMU 974 Centre 15

Créé à La Réunion il y a presque 30 ans, Le SAMU Centre 15, a pour vocation de répondre aux appels (800 par jour en moyenne) et faire face à la demande de soins en régulant les moyens d'intervention. Il est impliqué dans les plans ORSEC, plans rouges, la formation des gestes d'urgences et participe à la recherche et aux essais thérapeutiques. Lorsqu'un appel arrive au SAMU, il est pris en charge par un **PARM** (permanencier). Suivant la gravité de l'urgence, le PARM fait appel au médecin régulateur ou médecin libéral. Le transport est choisi en fonction de l'état de la personne au téléphone.

Lorsqu'un appel arrive au SAMU, il est pris en charge par un PARM (permanencier). Suivant la gravité de l'urgence, le PARM fait appel au médecin régulateur ou médecin libéral. Le transport est choisi en fonction de l'état de la personne au téléphone.

Le rôle du SAMU est multiple :

- assurer une écoute médicale permanente au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA ou Centre 15) par la présence de médecins régulateurs 24h/24 qui effectuent un diagnostic de gravité
- déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée au problème médical
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation
- organiser le transport du patient et de veiller à son admission à l'hôpital

Les réponses proposées par le médecin régulateur varient selon la gravité de l'appel. Elles peuvent être :

- l'envoi d'une Unité Mobile Hospitalière d'un SMUR
- l'envoi d'ambulance non médicalisée à domicile
- l'envoi d'un VSAV, véhicule de secours aux victimes des pompiers
- l'envoi d'un médecin
- des conseils médicaux par téléphone.

■ **Les 4 SMUR** de la Réunion sont les effecteurs directs et naturels du SAMU. Ils sont situés au Centre Hospitalier Félix Guyon à Saint-Denis, au Groupe Hospitalier Sud Réunion à Saint-Pierre, à l'hôpital Gabriel Martin à Saint-Paul et à l'Association Sanitaire de l'Est à Saint-Benoît. Le SMUR effectue 8 000 sorties par an.

■ **Des médecins libéraux** participent à la régulation médicale depuis leur regroupement au sein de

l'ARMEL (Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral).

■ **Le Service Départemental d'Incendie et de Secours** et le SAMU sont liés par une convention qui détermine



les compétences de chacun. Tous les VSAV du département sont en liaison radio constante avec le SAMU (et avec leur Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours, dit CODIS) qui peut ainsi recevoir un bilan, orienter le patient, suivre son transport ou décider d'apporter une assistance complémentaire.

■ **Depuis le 1^{er} Février 2004, une convention détermine les conditions d'intervention des sociétés privées d'ambulance** avec le SAMU, sociétés qui se sont également regroupées en association (Association Départementale des Transports Sanitaires Urgents de la Réunion ou ATSU 974) selon les textes en vigueur.

→ À gauche : **Dr Arnaud Bourde**, chef de service des Urgences/SMUR CHFG

→ À droite : **Dr Frederik Staitowsky**, chef de service des Urgences/SMUR GHSR

→ Les Evacuations Sanitaires aériennes



Autre particularité de notre département, le savoir-faire acquis dans les évacuations sanitaires, que ce soit en provenance de Mayotte ou vers la métropole.

Car, malgré le développement de grande qualité de leur plateau médico-technique, les cliniques et hôpitaux réunionnais sont encore amenés à transférer des patients vers des structures métropolitaines dans le cas de certaines interventions ne pouvant être pratiquées localement. Le SAMU est ainsi régulièrement sollicité pour conseiller, organiser et réali-

ser le transport de ces malades, enfants ou adultes.

De 60 à 80 « EVASAN » sont ainsi effectués chaque année, grâce aux appareils des lignes régulières desservant notre lointain département. Une grande partie de ces patients sont sous assistance respiratoire, justifiant la présence d'une équipe médicale du SAMU composée toujours d'un médecin et d'un infirmier. Un pourcentage important de ces transferts sont constitués de nouveaux nés et d'enfants porteurs de cardiopathies congénitales.

La disponibilité constante d'une équipe complète dédiée à cette activité, sous forme d'astreinte, permet par ailleurs de répondre à toutes les grandes urgences chirurgicales non encore opérables dans notre département comme les greffes cardio-pulmonaires ou hépatiques. En quatre à six heures, il faut être capable de réguler et d'accepter une demande, puis d'organiser un transfert à partir de chaque hôpital de la Réunion pour embarquer la nuit sur les vols quotidiens d'Air France ou d'Air Austral vers Paris ou les autres villes métropolitaines.

Et ces avions sont loin d'être des Unités Mobiles Hospitalières...! Il faut constamment s'adapter durant les onze à douze heures de vol. Malgré la compréhension des passagers et l'écoute bienveillante des équipages, le travail à bord est souvent difficile : exigüité de la place, obscurité et bruit, matériel biomédical non spécifique, contraintes physiopathologiques bien particulières liées à la pressurisation et à la sécheresse de la cabine...



Le SMUR

Tous les jours de l'année, 24h/24, hors de l'hôpital, le SMUR assure l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée :

- Pour la prise en charge de tous les patients sans distinction d'âge ni de pathologie dont l'état requiert de façon urgente des soins médicaux et de réanimation, notamment du fait d'une détresse vitale évidente ou potentielle,
- Pour le cas échéant prendre en charge leur transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins (transports primaires),
- Pour le transfert, des patients nécessitant une surveillance médicale pendant le tra-

jet (transports secondaires) accompagné par une équipe hospitalière médicalisée, entre deux établissements de santé.

Les interventions du SMUR sont déclenchées et coordonnées par le SAMU Centre 15.

Vers une mise en réseau informatique des smurs...

Le logiciel APPLISMUR permet la gestion des dossiers médicaux des patients pris en charge par les SMURS de la Réunion, en étroite collaboration avec le SAMU 974.

S'appuyant sur les technologies de l'Internet, ce logiciel est



rapidement et facilement mis en service. Toutes les sécurités informatiques garantissent la confidentialité des dossiers médicaux.

Dès que la décision d'envoi d'un SMUR est prise par la régulation du SAMU au C.H. Félix Guyon, le dossier, immédiatement consultable est transmis au SMUR concerné par une impression

délocalisée, couplée avec un système d'alerte informant de l'urgence de l'intervention. Le Médecin du SMUR concerné peut accéder au dossier médical de la régulation, compléter secondairement les éléments médicaux de son intervention.

Le codage des interventions permet à chaque SMUR de tracer son activité.

Dans le cadre du plan Hôpital 2012, une étape suivante sera franchie par le SAMU 974 avec l'embarquement à bord des véhicules d'intervention de tous les SMURS d'un dossier médical informatisé, afin d'avoir une information maîtrisée et coordonnée en temps réel.



→ Les secours extrêmes : du battant des lames au sommet des montagnes...

La mer est à la fois un lieu de loisir et un milieu de travail où des marins professionnels, voire des personnes embarquées, sont susceptibles de recevoir une aide médicale.

Le Samu 974 représente le SAMU de coordination maritime régionale pour la zone sud Océan Indien de près de 5 millions de Km², assurant une veille permanente pour fournir les réponses les plus adaptées aux urgences médicales. Il est ainsi l'un des intervenants de l'assistance et des secours en mer, tel que le prévoit l'instruction interministérielle du 29 avril 1983. En liaison étroite avec le Centre de Consultations

Médicales Maritimes (CCMM) de Toulouse et le Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage au Port (CROSS), il lui appartient la mise en œuvre des moyens médicaux pour apporter l'aide nécessaire à toute personne se trouvant en situation de détresse en mer, et ce jusqu'à son admission éventuelle dans un établissement hospitalier.

Lorsque la situation de détresse se situe à moins de 300 mètres nautiques des côtes, le Centre Opérationnel Départemental des Incendies et Secours (CODIS) doit aussi être prévenu. L'information réciproque des trois services (SAMU, CODIS, CROSS) doit être systématique

afin d'éviter alors des dysfonctionnements.

Côté montagne, Le Peloton de Gendarmerie de Haute Montagne (PGHM) constitue un des partenaires privilégiés du SAMU 974.

En effet, en raison du relief montagneux de l'île, des opportunités de «sports intenses» (canyoning, escalade, randonnées) que la nature réunionnaise offre, les accidents et demandes de secours sont fréquentes.

Les hommes du PGHM interviennent en collaboration avec le SAMU pour tous les secours de victimes se trouvant sur des

lieux accidentés ou inaccessibles, tels que sentiers de randonnées, milieux aquatiques, ravinés, flancs de montagne etc. Toutes les demandes de secours type « montagne » doivent bénéficier d'une régulation conjointe SAMU-PGHM par le biais de conférence téléphonique à trois avec l'appelant. Ces procédures permettent une localisation précise de la victime, une évaluation de l'état de gravité et une coordination adéquate des moyens de secours pour décider une éventuelle médicalisation.

Les médecins qui interviennent dans ces conditions reçoivent au préalable une formation adéquate pour intervenir en

milieu hostile. Ils sont formés au treuillage, aux descentes en cordée, en rappel, etc.

Le PGHM participe aussi en collaboration avec le SAMU à la couverture médicale de manifestations sportives hors du commun telles que le « Grand Raid », course de montagne mythique et d'exception qui draine chaque année plus de 1500 participants à la Réunion pour traverser toute l'île à une



moyenne d'altitude de 2000 mètres.

Le Peloton de Gendarmerie de Haute Montagne est donc ainsi un maillon essentiel de la chaîne de secours à la Réunion dans ce domaine. Une collaboration étroite avec le SAMU est à ce sujet essentielle. Ces éléments font du SAMU et du PGHM des partenaires nécessaires, interdépendants et privilégiés.

La spécificité des Urgences Psychiatriques

Troubles du comportement, tentatives de suicide, détresse et souffrance morale... Souvent aux confins des détresses psychosociales, les situations d'urgences psychiatriques représentent aujourd'hui plus de 10% des admissions dans les services d'urgence des hôpitaux. L'hôpital général est souvent, là aussi, le dernier recours pour tous ces patients.

Ces urgences sont souvent trompeuses et difficiles à évaluer. Des problèmes médicaux aigus peuvent prendre l'aspect de troubles psychiatriques avec angoisse, agitation, délire.

A l'inverse la souffrance psychique peut s'exprimer à travers le corps et prendre l'aspect d'une douleur abdominale, d'une gêne respiratoire, parfois même d'une paralysie. Ces urgences peuvent parfois nécessiter 24 ou 48 heures d'observation pour juger d'une éventuelle hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé ou d'un possible retour à domicile. La prise en charge de ces malades au sein des urgences générales demande toujours beaucoup de temps et de moyens, moyens qui sont déjà fort occupés par ailleurs.

Au Groupe Hospitalier Sud Réunion, une structure d'accueil individualisée pour ces patients, comportant 6 lits à proximité des urgences, existe



déjà depuis près de deux ans, avec la présence d'un psychiatre disponible sur site 24H/24.

Au Centre Hospitalier Félix Guyon, l'année 2009 verra aussi, en partenariat avec l'EPSMR, l'ouverture d'une structure identique, qui sera installée dans l'ancien service des urgences.

Le renforcement des moyens humains existants, avec en particulier une meilleu-

re couverture médicale, permettra enfin la création d'un véritable accueil des urgences psychiatriques. Ouvert aussi 24h/24, il sera aussi associé à un secteur d'hospitalisation de crise de 10 lits. Ainsi sera complété le dispositif d'accueil des urgences générales dans le territoire de santé Nord-Est.

→ Situations d'exception et médecine de catastrophe

Une catastrophe résulte d'un fléau naturel d'une cause accidentelle. Elle se caractérise par sa survenue brutale et imprévisible, par un afflux massif de victimes et par un débordement rapide des structures médicales immédiatement disponibles. Récemment La Réunion a été confrontée à 3 situations relevant de la médecine de catastrophe : une suspicion de fièvre hémorragique, une suspicion de grippe aviaire et enfin une épidémie sans précédent avec le Chikungunya.

Pour y faire face, des plans de secours sont élaborés à la Réunion. Ils représentent l'ensemble des mesures qu'il convient de prévoir et de mettre en œuvre pour faire face aux conséquences d'une catastrophe.

■ La circulaire du 3 mai 2002, relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux massif de victimes, prévoit que chaque établissement de santé élabore un plan d'accueil des victimes dénommé "plan blanc" accompagné d'annexes spécifiques pour les risques **Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique (NRBC)**.

Cette circulaire met aussi en place une organisation zonale



pour les risques NRBC (7 zones de défense en métropole et 5 en outre-mer) Une zone de défense est le cadre privilégié pour assurer la coordination des efforts civils et militaires. Dans chaque zone, un établissement de santé dit "de référence" est désigné par le ministère. Pour la Zone Sud de l'Océan Indien (ZSOI) il s'agit du Centre Hospitalier Félix Guyon. Cette thématique est directement placée sous l'autorité du Directeur du Centre Hospitalier Félix Guyon.

L'organisation est très précise :

- **l'équipe zonale** (médecins, cadre, pharmacien) qui assure un conseil auprès des délégués aux affaires sanitaires et sociales et des autres établissements de santé, une expertise par la désignation de services référents et la formation du personnel potentiellement impliqué en cas d'accident NRBC.

- **l'ensemble du personnel de première ligne**, plus de 1 000 personnes dans toute l'île et à Mayotte sensibilisées à la thématique NRBC.

- **l'équipe d'intervention** (personnel du SMUR et des Urgen-

ces), régulièrement entraînée. Le dispositif NRBC s'accompagne d'un stockage de matériel de prise en charge des victimes en cas de catastrophe, d'un réseau de radiotéléphonie et d'équipements spécifique NRBC (tentes de décontamination, tenues d'intervention).

Une organisation est en place et a défini des plans d'intervention départementaux ou spécifiques à l'établissement ainsi que des exercices catastrophe (ex crash aérien, secours à naufragés, pandémie grippe aviaire...)

En janvier 2009, La Réunion sera dotée d'un poste sanitaire mobile de niveau 2.

Conçu pour assurer sur le terrain des soins spécialisés, il permettra de traiter environ 500 victimes pendant 24h, en dehors de l'hôpital. Ce poste pourra aussi contribuer à faire face à une rupture brutale d'approvisionnement en produits pharmaceutiques liés à l'urgence.



→ La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Elle est assurée par des cellules de prise en charge médicosociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. A La Réunion, il existe 4 PASS réparties sur les 4 arrondissements et situées dans les Centres Hospitaliers.

En 2006, l'Observatoire Régional de la Santé a enregistré plus de 1 200 passages aux PASS. La notion de Permanence d'Accès aux Soins de Santé est directement liée à celle de l'hébergement d'urgence.



La Réunion est pourvue de 12 établissements destinés à l'accueil en urgence, pour une capacité totale de 260 places environ. Même si les personnes sans logis ne font pas toutes appel dispositif d'hébergement d'urgence et que le dispositif lui-même ne prend pas en compte toutes situations, la photographie régionale de l'activité des structures d'hébergement d'urgence permet d'identifier la population réunionnaise des sans-logis.

Informations extraites du Tableau de bord de la Précarité 2008 disponible sur <http://www.orrun.net/precarite.php3>

L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU)

L'école du SAMU 974, le Centre d'enseignement de Soins d'Urgence est un acteur essentiel d'enseignement et de vulgarisation des différentes techniques de secours à destination des professionnels de santé et du grand public.

Par la participation des médecins des différents SMUR, ce centre a une activité à l'échelle de notre région et des îles avoisinantes. Les différents modules d'enseignement sont élaborés à partir de perception et du vécu au quotidien de ces professionnels de santé. Une telle structure permet de mieux connaître et expliquer le SAMU par la formation de nombreux partenaires de terrain.

Le CESU met à la disposition du public, par ses actions de formation, son expérience dans ce domaine, la richesse de ces professionnels qui contribuent à ce que chacun puisse demain acquérir un bon geste, le bon réflexe dans une situation d'aide et d'assistance à une personne accidentée ou en danger.

Un nouvel enjeu doit être aujourd'hui assumé par le CESU : la délivrance de formation aux gestes de soins d'urgence qui a vu



le jour le 03 mars 2006. Cette AFGSU est destinée à tous les personnels travaillant au sein d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale. Cette formation, obligatoire, permettra à terme d'améliorer la prise en charge des urgences dans les établissements de santé. L'AFGSU de niveau 1 (12 heures) s'adresse à tout le personnel de nos établissements, soignant ou non-soignant. L'AFGSU de niveau 2 (9 heures complémentaires) viendra en complément, plus orientée vers le

personnel soignant. L'AFGSU de niveau 3 est spécialisée pour la prise en charge des risques NRBC, dont le Centre Hospitalier Félix Guyon est le Référent pour la zone sud de l'Océan Indien.

Enfin, le rapprochement en cours de l'Institut de Formation des Ambulanciers et du CESU permettra une rationalisation des moyens afin d'aboutir à une meilleure structuration de ces enseignements pour répondre à tous ces challenges.

→ Le Réseau régional de Médecine d'Urgence des pays de la COI (REMU-COI)

Composé des chefs de service des Urgences des Comores, Madagascar, Seychelles et des chefs de service des SAMU de La Réunion et Maurice, ce réseau est animé par le SAMU 974 et a pour mission générale de développer la médecine d'urgence et de catastrophe dans les pays de la COI. D'un point de vue opérationnel, le REMU-COI s'est fixé les objectifs suivants :

- formation initiale et continue des personnels
- harmonisation des pratiques
- aide à la conception de stratégies nationales de médecine d'urgence et identification de projets adaptés

- intégration de la médecine d'urgence dans les politiques nationales de santé et dans les situations de crise
- renforcement de l'assistance mutuelle en situation de catastrophe

Parmi les prochaines actions du réseau, on notera la réalisation d'une mission d'évaluation de l'organisation des filières de médecine d'urgence à Antananarivo (HJRA) et à Moroni, la réalisation d'une mission d'évaluation et de formation au SAMU de Maurice, l'organisation d'un séminaire de formation continue destiné aux personnels médicaux et paramédicaux de la régulation des urgences aux Seychelles.



3^e Congrès Médecine Urgence Océan Indien 6-7-8 novembre 2009 – Réunion/Mayotte

Programme Réunion :

• Urgences cardio-vasculaires

Oedème pulmonaire, Hypothermie intentionnelle et traitement médical des ACR, Syndromes coronariens non ST+

• Urgences et éthique

Urgence et fin de vie, Prélèvements à cœur arrêté, Gestion d'une réclamation ou d'une plainte

• Urgences neurologiques

Régulation et filières de prise en charge des AVC, Urgences neurologiques des maladies tropicales, Quels traitements antithrombotiques ou antiplaquetaires, quand et comment ?

• Urgences et hémostase

Purpura fulminans de l'enfant, Troubles de la coagulation inexplicables dans le cadre de urgence, Les nouveaux médicaments antithrombotiques

• Urgences de la mère et de l'enfant

L'enfant en état de choc, Pathologies graves du 3^e trimestre de la grossesse : transfert, où, quand, comment, pour qui ? Le transport sanitaire aérien du nouveau né

• Urgences pré-hospitalières

Analgesie pré hospitalière, Choc hypovolémique et remplissage vasculaire, La prise en charge pré-hospitalière des troubles du rythme

Tables rondes : Urgences et Psychiatrie, Urgences et Filières, Urgences et démarche qualité

Ateliers :

- Atelier infirmiers : prise en charge de l'arrêt cardiovasculaire
- Atelier médecins: échographie aux urgences
- Atelier médecins : E.C.G difficile

→ Informations détaillées et inscriptions :

Odyssée. 0262 41 20 20.
runa.chatel@wanadoo.fr

Le projet social du CHR

Le projet social CHR signe le rapprochement entre les communautés hospitalières du C HFG et du GHSR. Ensemble, les partenaires sociaux et les directions des deux établissements ont saisi cette opportunité pour construire un projet qui réponde aux attentes des personnels. Le projet social 2009/2011 a été adopté en décembre dernier par les instances des deux sites du CHR.

Autour de quatre axes :

- « Axe 1 » Promouvoir le dialogue social et la politique sociale.
- « Axe 2 » Développer la formation et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.
- « Axe 3 » Améliorer les conditions de travail.
- « Axe 4 » Améliorer la gestion des carrières, 18 objectifs et 35 actions ont été étudiées.

Les objectifs ainsi définis sont à notre portée. La volonté de les réaliser avec le concours de l'ARH dans le cadre de la mise en oeuvre du volet social du CPOM (*contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens*), est forte et partagée par tous les acteurs sociaux. Les orientations retenues devront dans les années à venir améliorer le vécu professionnel de chacun.

→ D'un axe à l'autre



Pour favoriser le dialogue social (**axe 1**) il faut organiser des rencontres régulières avec les partenaires sociaux et leur donner accès en transparence aux informations qui faciliteront les échanges avec la direction. Un bon climat social permettra de déployer une politique sociale cohérente avec les attentes des professionnels d'une part et avec les ressources de l'établissement d'autre part. Parallèlement, on n'oubliera pas de répondre aux besoins de formation (**axe 2**) et

plus particulièrement la formation en faveur des catégories les moins qualifiées.

Dans un contexte évolutif qui exige une adaptation permanente, l'approche prévisionnelle est essentielle. La gestion des ressources humaines ne s'improvise pas. La connaissance des métiers de l'hôpital et des compétences qui leur sont liées, doit faciliter l'organisation des mobilités professionnelles et permettre la mise en place des stratégies qui favoriseront

la mobilisation des ressources nécessaires à son fonctionnement. Quand les compétences sont au rendez-vous et que leur sont donnés les moyens de se maintenir à niveau il faut leur offrir un environnement de travail adéquat (**axe 3**). Ainsi, on notera la volonté de permettre une prise en charge psychosociale complète et efficiente sur les deux sites. De même on ne pouvait pas passer à côté d'une réflexion sur l'ajustement des effectifs à la charge de travail dans la perspective



du développement et des restructurations d'activités au sein du CHR. On ne s'étonnera pas de trouver dans ce projet la nécessité de mieux intégrer les nouveaux agents. Enfin un hôpital sans stabilité perd en efficacité (**axe 4**). La fidélisation du personnel sera donc recherchée en réduisant l'emploi précaire et en développant une politique d'intéressement.

La direction s'attachera à faire passer dans les actes, ces orientations. Chaque année un bilan des avancées du projet social sera effectué devant les deux CTE pour mesurer les efforts accomplis. Avec ce projet social, nous renforcerons la capacité du CHR à agir collectivement en dépassant les cloisonnements et en développant la confiance qui seule rend possible la contribution de chacun à la performance de l'institution. Le détail des mesures opérationnelles du projet social est disponible et consultable auprès des DRH du CHFG et du GHSR.

Qualité : Les résultats des visites de certification HAS - V2 par Établissement

→ Les décisions de la Haute Autorité de santé

Sur le CHFG : L'HAS a prononcé une certification avec suivi. Dans un délai de 12 mois à compter du mois de décembre 2008 nous adresserons à la Haute Autorité un **rapport de suivi** reprenant l'ensemble des actions d'amélioration qui auront permis de maîtriser les conditions de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments au patient. La pharmacie, la DSSI et le service Qualité assureront le suivi de la réponse à apporter à l'HAS.

Sur le GHSR : L'HAS a prononcé une certification conditionnelle qui porte sur les points suivants : Le circuit du médicament de la prescription à l'administration, la qualité et l'hygiène en restauration et en blanchisserie. Sur ces différents points une visite de suivi à 9 mois (septembre 2009) est organisée. Les secteurs concernés sont dès maintenant mobilisés pour engager des actions d'amélioration avant la **visite ciblée**.

Sur les points suivants les établissements sont invités par l'HAS à poursuivre leur démarche d'amélioration de la qualité.

- Les conditions de travail et la prévention des risques professionnels
- La prévention du risque incendie
- Le consentement éclairé du patient et la réflexion bénéfice-risque
- La prévention de la maltraitance du patient
- L'organisation et la planification des activités interventionnelles en concertation avec les secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles.
- La collaboration effective entre les professionnels de la rééducation et du soutien et ceux des secteurs d'activité cliniques
- La gestion prévisionnel des emplois, les conditions de travail et la prévention des risques professionnels.
- L'organisation du dialogue social. L'accueil des nouveaux arrivants
- L'amélioration de l'hygiène des locaux
- L'adaptation des locaux aux handicaps du patient et/ou son entourage
- La prescription d'examen justifiée par l'état du patient
- L'accompagnement psychologique des professionnels
- L'évaluation de la politique des ressources humaines

→ **Chapitre 1 (20 critères)**
"Politique et qualité du management"

Filière MCO (médecine,obstétrique,chi rurgie)	A	B	C
CHFG	11	8	1
GHSR	9	7	4

→ **Chapitre 2 (43 critères)**
"Ressources transversales"
(GHR, Restauration, blanchisserie, sécurité, hygiène, transport...)

Filière MCO (médecine,obstétrique,chi rurgie)	A	B	C
CHFG	19	22	2
GHSR	11	25	7

→ **Chapitre 3 (62 critères et 63 pour SLD)**
"Prise en charge des patients"
par filière

Filière MCO (médecine,obstétrique,chi rurgie)	A	B	C	NA
CHFG	22	25	14	1
GHSR	12	40	10	-
Filière PSYchiatry	A	B	C	NA
GHSR	12	35	6	9

→ **Rappel sur les cotations**

A critère satisfait totalement
B critère satisfait en grande partie
C critère satisfait partiellement
D critère non satisfait
NA critère non applicable

→ **Chapitre 4**
"Les Évaluations de Pratiques Professionnelles"
Le CH Felix Guyon a présenté **13 EPP**
Le GHSR a présenté **17 EPP**

Les EPP	A	B	C
CHFG	11	2	-
GHSR	11	6	-

L'évaluation de la satisfaction du patient et du management

CHFG	2	6	1
GHSR	1	5	3

Le programme IPAQH: un recueil obligatoire d'indicateurs qualité

IPAQH = Indicateur de Performance de la Qualité Hospitalière

Par un courrier du 7 juin 2007, le ministère de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) informe les directeurs d'établissements de santé de leur décision de mettre en œuvre un recueil d'indicateurs de qualité dans l'ensemble des établissements de santé.

■ Objectifs :

- 1- Fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de gestion de la qualité
- 2- Répondre à l'exigence de transparence des usagers
- 3- Fournir des outils de pilotage à la tutelle : ministère et ARH (annexe qualité du CPOM)
- 4- Améliorer l'efficacité de la procédure de certification

À partir de 2008, chaque établissement devra donc fournir annuellement à la HAS un ensemble de données qui lui permettront de calculer des indicateurs. Ces données sont recueillies à partir d'audit de dossiers patient.

■ Types de prise en charge concernés par le recueil :

- À partir d'octobre 2008 : Médecine Chirurgie Obstétrique
- À partir du 3^e trimestre 2009 : Soins de Suite et Réadaptation
- À partir de 2010 : Psychiatrie



■ Thèmes retenus pour 2008 (par le service IPAQH de la HAS)

THEMES	ECHANTILLON	INDICATEURS
Dossier Patient (DPA)	80 dossiers patients	4 indicateurs : tenue dossier ; délai envoi courrier fin d'hospitalisation ; traçabilité de l'évaluation de la douleur ; dépistage troubles nutritionnels
Dossier Anesthésique (DAN)	60 dossiers	1 indicateur : tenue du dossier
Infarctus Du Myocarde (IDM)	60 dossiers	6 indicateurs portant sur les pratiques de prévention après la phase aiguë d'un IDM.

■ En tant d'établissements MCO, le CHFG et le GHSR sont concernés par ce recueil. Voici l'organisation adoptée dans chaque structure :

	CENTRE HOSPITALIER FÉLIX GUYON		GHSR	
Pilotage du projet	Oct 08- Mars 09	Dr BOHRER(DIM); M ^{me} ARTARIT (Qualité)	Oct 08- Mars 09	Service Qualité
Formation proposée par la HAS	31 octobre 08	DIM + service qualité	31 octobre 08	Médecin référent qualité + service qualité
Tirage au sort des dossiers	31 octobre 08	DIM	21 novembre 08	DIM
Thème DPA : Formation auditeurs Audit 80 dossiers	18 novembre 08 3 décembre 08	24 auditeurs	27 novembre + 04 décembre	5 auditeurs 1 médecin Service qualité
Thème IDM : Formation auditeurs Audit 60 dossiers	2 décembre 08 Mi décembre 08	6 auditeurs cardiologues	27 novembre + 04 décembre	1 auditeur 1 cardiologue Service qualité
Thème DAN : Formation auditeurs Audit 60 dossiers	2 décembre 08 Mi décembre 08	6 auditeurs anesthésistes	27 novembre + 04 décembre	1 IADE 1 anesthésiste Service qualité
Saisie des données dans le logiciel QUALHAS fourni par la HAS	Du 4 au 29 décembre 08	Service qualité	Mi-décembre au mi-janvier 09	Service qualité
Vérification des données	Janvier 09	Service qualité	Du 16 au 31 janvier 09	Service qualité
Transmission des données à la HAS	Au plus tard le 31 janvier 09	Dr BOHRER (DIM)	Au plus tard le 31 janvier 09	DIM Service Qualité
Analyse des données et proposition d'un plan d'action	Février - Mars 2009	Professionnels concernés, Validation par copil + CME.	Février - Mars 2009	Professionnels concernés, Validation par copil + CME.

■ Les enjeux :

Le recueil d'indicateurs permettra à l'établissement de :

- **suivre son évolution annuelle** (le même indicateur étant suivi plusieurs années)
- **se comparer aux autres établissements de même type** grâce aux données fournies par la HAS (fiche de comparaison détaillée au niveau régional, national, par type d'établissement).

■ L'évolution :

En 2009, le recueil en MCO sera élargi à d'autres pratiques cliniques et pratiques organisationnelles (à titre indicatif : prise en charge de l'AVC; prise en charge du Syndrome Coronarien Aigu; réunions de concertation en cancérologie; conformité des examens de radiologie; accessibilité aux personnes en situation de handicap).

→ Dans le cadre de la certification V3 prévu en 2012 au CHR: les indicateurs seront utilisés pour alimenter le rapport d'auto évaluation, évaluer la capacité de l'établissement à intégrer des indicateurs de qualité comme outil de management. Ils se substitueront à certains critères du référentiel.

→ **Complémentarité avec les démarches EPP:** les praticiens pourront s'appuyer sur les recueils d'indicateurs pour réaliser leurs démarches d'EPP, à condition que ces recueils soient suivis d'analyse et de mise en œuvre d'action d'amélioration.

L'HAS s'est rapprochée de la DHOS et des ARH afin d'harmoniser les demandes faites aux établissements de production d'information sur la qualité. Ainsi, les résultats des indicateurs recueillis à partir de 2009 seront transmis aux ARH, l'objectif étant de coordonner et de réduire les sollicitations dont font l'objet les établissements.

**DÉDUCTION
FISCALE
SUPPLÉMENTAIRE**
Exceptionnelle jusqu'en 2012

Ne vivez pas votre Retraite à moitié



Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique

Pour les agents de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics, leurs conjoints et les anciens agents, une retraite complémentaire par capitalisation, facultative, entièrement garantie.

Déduction fiscale des cotisations (réglementation PERP) + régime fiscal exceptionnel pour les rachats (pour les agents publics et les affiliés d'avant le 1^{er} janvier 2005).

Engagements intégralement couverts par les réserves et garantis par les assureurs du régime.
Affiliation possible à tout âge, à tout moment.

Depuis 40 ans
LA RÉFÉRENCE

N° Vert 0 800 208 208

 **PRÉFON**
L'AUTHENTIQUE SÉCURITÉ

Je souhaite recevoir immédiatement, sans engagement de ma part, votre documentation détaillée et gratuite sur PRÉFON-RETRAITE (également sur le plan d'ÉPARGNE, PRÉFON-DÉCÈS et PRÉFON-DÉPENDANCE). Écrivez lisiblement ci-contre vos coordonnées.

Je soussigné(e) : Mme, Mlle, M. (ayer les mentions utiles)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : [] [] [] [] [] Ville :

Téléphone : E-mail :