CONVERGENCE

Ensem'nou serv la vi !

N° 21 | Juillet | Août | Septembre 2013

L'éducation thérapeutique du patient au CHU

P 10 | **Le soin, un métier**
Quand la musique adoucit les douleurs !

P 14 | **Qualité**
Le pôle Qualité, Sécurité des Patients, premier pôle transversal du CHU

P 19 | **Coopération**
Un partenariat conclu avec l'île sœur

Magazine du Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

Sommaire

3 ..... **Édito**

4 ..... **Actualité**
- Handicap / Les étudiants infirmiers se mobilisent pour l'accessibilité à Saint-Pierre
- Les Réunionnais n'oublient pas Alzheimer

5 ..... **Dossier**
- L'éducation thérapeutique du patient au CHU
- Zoom sur RéuCARE

11 ..... **Le soin un métier**
- Quand la musique adoucit les douleurs !

13 ..... **Focus**
- Le Centre donneur de moelle osseuse de La Réunion toujours en quête de donneurs

14 ..... **Qualité**
- Le pôle Qualité, Sécurité des Patients, premier pôle transversal du CHU

15 ..... **Recherche**
- La recherche en soins infirmiers et paramédicaux en plein essor

17 ..... **Enseignement, écoles et formation**
- Le développement des structures sanitaires et des professions paramédicales : de l'Île Bourbon à la Départementalisation (3e partie)

19 ..... **Coopération**
- Un partenariat conclu avec l'île sœur
- Les services d'Urgences d'Antananarivo renforcés

Convergence

› Directeur de la Publication : David Gruson

› Réalisation : Service communication du CHU de La Réunion

› Crédit photos : Aporos ; Pauline Stasi ; Frédérique Boyer ; Eglantine Robin, Michèle Grangeon, CHU de La Réunion, RéuCARE.

› Rédaction, secrétariat de rédaction : Frédérique Boyer, Pauline Stasi

› *Convergence* CHU de La Réunion est un magazine trimestriel édité à 5 000 exemplaires.

› Impression Color Print - Le Port
Imprimé sur papier PEFC - encres végétales

› Infographie : Leclerc communication

› Contact : Frédérique Boyer,
Service communication du CHU :
Tél. 0262 35 95 45
frederique.boyer@chu-reunion.fr

› Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion

› **Direction Générale du CHU**
11, rue de l'hôpital - 97460 Saint-Paul
Tél. 0262 35 95 40/41 - Fax 0262 49 53 47

› **Hôpital Félix Guyon**
97405 Saint-Denis Cedex
Tél. 0262 90 50 01 Fax 0262 90 50 51

› **CHU Sud Réunion**
BP 350 - 97448 Saint Pierre Cedex
Tél. 0262 35 95 55/56 - Fax 0262 35 90 04

Education thérapeutique et parcours patients : **des approches innovantes au service de la qualité des soins**

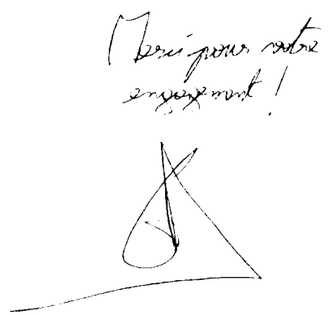
Le dossier de ce numéro de *Convergence* est consacré aux démarches initiées en matière d'éducation thérapeutique. Il montre, à travers des exemples concrets et des témoignages d'acteurs de terrain, l'intérêt majeur de cette approche pour toujours mieux prendre en compte les priorités de Santé publique de notre région. Ces actions font l'objet d'un engagement résolu des professionnels du CHU et de soutiens forts de l'Agence de santé Océan Indien. Dans un contexte économique dont chacun connaît la difficulté, le renforcement de ces démarches constitue un enjeu essentiel.

En effet, comme le montrent, par exemple, les initiatives prises dans le domaine du diabète, les programmes engagés en matière d'éducation thérapeutique sont à la fois facteurs d'une meilleure qualité des soins mais aussi d'une efficacité renforcée des processus de prise en charge.

C'est tout l'enjeu d'approches de santé organisées désormais selon les « parcours » des patients et non plus déterminées à partir des structures de prise en charge. En ce sens, le partenariat avec les professionnels libéraux s'avère fondamental. En effet, l'hôpital doit continuer à s'ouvrir sur ses partenaires pour resituer ses interventions dans le cadre d'un continuum de prise en charge des patients. Ici encore, des résultats sont d'ores et déjà visibles et mesurables s'agissant des démarches communes initiées en matière d'éducation thérapeutique. L'une des missions de l'instance paritaire CHU-URPS médicale – première au niveau national – instituée à la fin de l'année 2012 est précisément d'organiser les travaux communs susceptibles d'être engagés pour le renforcement des actions d'éducation thérapeutique.

Améliorer, au quotidien, en continu, la qualité de la prise en charge de nos patients : il s'agit bien sûr d'une mission fondatrice de notre tout jeune CHU de La Réunion. La création, depuis le 1er janvier 2013, d'un pôle « qualité-gestion des risques » transversal à l'ensemble du CHU et fédérant les compétences en matière de management qualité constitue une initiative pilote en ce sens. Ses missions sont également présentées dans ce numéro de *Convergence* par le Dr Nathalie Lugagne-Delpon qui en assume la responsabilité. Il s'agira, ici encore, d'un levier très précieux d'ouverture du CHU sur son environnement et ses partenaires au service de la qualité des soins.

David GRUSON
Directeur Général
du CHU de La Réunion



Handicap / **Les étudiants infirmiers se mobilisent pour l'accessibilité à Saint-Pierre**

Cette année encore, le front de mer de la ville de Saint-Pierre a accueilli les 2 et 3 mai derniers des Journées dédiées au handicap et à l'accessibilité. Ces journées ont été animées par l'Institut de formation en soins infirmiers du site Sud du CHU avec le soutien de l'Association Réunionnaise des Etudiants en Soins Infirmiers du Sud (Aresis).

L'équipe pédagogique de l'Institut de formation (IFSI), aidée par ses étudiants, a proposé de nombreux ateliers aux écoliers de la ville, afin de les sensibiliser aux difficultés quotidiennes rencontrées par les personnes en situation de handicap dans un environnement trop souvent mal adapté. Ainsi, les jeunes enfants se sont retrouvés confrontés à des situations complexes, mais « banales » pour une personne en situation de handicap :

Les visiteurs ont constitué un « arbre à handicap » en déposant un mot ou un dessin.

Installés dans un fauteuil roulant, les enfants devaient franchir plusieurs obstacles que l'on retrouve dans la cité (trottoirs, rues étroites...).

- Un « parcours de déficience visuelle » : les enfants devaient s'orienter à l'aide d'une canne, les yeux bandés, à l'intérieur d'un parcours d'obstacles, guidés par un étudiant infirmier.
- Un « parcours du combattant » : installés dans un fauteuil roulant, ils devaient franchir plusieurs obstacles que l'on retrouve dans la cité (trottoirs, rues étroites...).
- Un atelier de lancer d'anneaux : munis d'un cache-œil, les jeunes avaient pour mission de lancer un anneau autour d'une tige en bois.
- La langue des signes française : un groupe de marmailles pouvait s'initier au langage des signes, en apprenant quelques couleurs de manière ludique.
- Un atelier « saveurs du monde » : chaque jeune devait deviner les yeux fermés des saveurs venant de différentes régions du monde : Etats-Unis, Maroc, Inde, Italie, Chine et bien sûr l'île de La Réunion !

Les visiteurs ont fabriqué un « arbre à handicap » en déposant un mot ou un dessin, cet arbre a ensuite été remis à l'une des écoles de la ville. Ces deux journées ont permis aux étudiants infirmiers de mettre en œuvre leur mission de promotion de la santé et aux écoliers de Saint-Pierre de bien prendre conscience des difficultés rencontrées en situation de handicap.

S. Piron, *cadre formateur* ■
le groupe d'étudiants participants,
IFSI CHU Sud

Les Réunionnais **n'oublient pas Alzheimer**

Dans le cadre de la Journée mondiale de lutte contre la maladie d'Alzheimer, organisée tous les 21 septembre, La Réunion multiplie les actions toute la semaine du 16 au 22 septembre.

Le thème retenu cette année par France Alzheimer est : « Avec la maladie d'Alzheimer, quels projets de vie ? ». En effet, quand on est destinataire d'une annonce diagnostique qui n'est accompagnée d'aucun espoir thérapeutique capable d'enrayer le processus pathologique, il est souvent difficile, dans un premier temps, d'envisager une vie possible encore chargée de projets d'avenir.
Cette semaine permet de sensibiliser l'opinion publique et d'interpeller les médias, tout en valorisant les actions que mènent les associations départementales à destination des personnes malades et des familles.
Des conférences, des débats, des ateliers de théâtre, de chants ainsi qu'un village Alzheimer, ont été mis en place.
On peut souligner notamment une conférence-débat d'Anne-Marie Ergis, Professeur de Neuropsychologie à l'Université Paris-Descartes qui s'est tenue le vendredi 20 septembre. Anne-Marie Ergis a évoqué le projet sur lequel elle travaille depuis plusieurs mois, en collaboration avec le metteur en scène Shuli Cohen : la prise en charge des troubles de mémoire de patients atteints de la maladie d'Alzheimer à travers l'utilisation de techniques théâtrales et de chant. L'objectif de ce projet est de proposer un atelier théâtre à un petit groupe constitué à la fois de patients et de personnes âgées sans troubles cognitifs. Le théâtre permet de proposer de manière unique un type de prise en charge multimodale et stimulante au niveau cognitif, émotionnel et physique. Les participants doivent réagir à des situations fictives, ce qui favorise les interactions sociales.
L'association France Alzheimer Réunion a relayé cette Journée à travers son site internet et à travers sa page Facebook. ■

L'Education thérapeutique du patient au CHU

Selon l'OMS, « l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient malade chronique ». C'est en s'inspirant de cette définition, que La Réunion a impulsé depuis quelques années une véritable politique en matière d'ETP.

A l'heure actuelle, les programmes en ETP au CHU de La Réunion sont au nombre de 14. Le CHU Félix Guyon en compte quatre et le CHU Sud Réunion en comprend dix (voir le tableau ci-après pour la liste détaillée des programmes). Pour qu'un programme d'ETP puisse voir le jour, il doit être conforme à un cahier des charges national. Pour être mis en œuvre au niveau local, ces programmes doivent obligatoirement être autorisés par l'Agence Régionale de Santé Océan Indien (ARSOI) qui prend en compte divers critères comme les compétences des éducateurs, d'où l'importance de la formation (lire en page 7), les pathologies, la pertinence des patients ciblés, etc. L'ETP est financée majoritairement par les dotations régionales versées par l'ARSOI (et notamment les MIG -Missions d'intérêt général).

L'ETP consiste souvent en des séances individuelles ou collectives, afin de permettre au patient de dialoguer, de questionner.

> L'ETP fait partie intégrante du parcours de soins du patient

L'apport de l'ETP n'est plus à prouver, ses bienfaits sont reconnus autant par le monde de la santé que par les patients qui en profitent. L'éducation thérapeutique du patient permet la réduction du nombre d'hospitalisations et de séjours aux urgences, des visites médicales non programmées.
Elle fait partie intégrante du parcours de soins du patient. L'ETP se fait selon un processus défini. Tout d'abord, il faut naturellement l'accord du patient, puis le personnel soignant, habilité et formé en ETP, observe et recueille les données sur son mode de vie, ses besoins, afin de personnaliser au mieux l'éducation à son quotidien. L'ETP n'est jamais dictée et instaurée d'une façon unilatérale par le personnel soignant. L'ETP a pour mission d'aider à mieux faire comprendre au patient sa maladie chronique, de lui permettre de mieux vivre avec et ainsi de le rendre plus autonome. Surtout, l'ETP doit être compréhensible par tous, s'adapter aux âges, aux sexes, aux différents milieux sociaux et économiques. A titre d'exemple, le service de diabétologie-endocrinologie du CHU Félix Guyon a développé des supports éducatifs, afin de permettre au patient de suivre sa maladie au quotidien, de comprendre ses causes, ses effets. Le patient devient alors acteur de sa propre santé.
L'ETP consiste également souvent en des séances individuelles ou collectives, afin de permettre au patient de dialoguer, de questionner. Grâce à ces séances, le fait de savoir qu'il n'est pas le seul à souffrir de sa maladie l'aide également moralement.

> Une communication entre les nombreux partenaires

Pour Michèle Grangeon, infirmière spécialisée en ETP au service Cardiologie du CHU Sud Réunion, il est important de souligner que : « L'ETP ne se résume pas strictement à l'aspect santé du patient, parfois les aspects sociaux, psychologiques, environnementaux doivent aussi être pris en considération, il est important alors d'avoir une approche pluridisciplinaire, car une maladie chronique engendre souvent chez le patient d'autres problèmes qui font intervenir différents acteurs du monde de la santé ou de la société civile ». Il est alors essentiel qu'il y ait une communication entre les nombreux partenaires, réseaux ou associations qui œuvrent dans le .../...

Le médecin traitant très impliqué

En 2009, Le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) propose d'améliorer l'accessibilité de l'ETP en la centrant sur le médecin de 1er recours. L'ETP nécessite d'y être formé et d'avoir un programme agréé. En libéral, l'exercice individuel et l'absence de cotation spécifique complique sa mise en œuvre. Le médecin traitant peut s'impliquer à différents niveaux :

1- **Sensibilisé, il est prescripteur d'ETP,** oriente son patient vers les structures qui la propose. Des supports de liaison lui permettent d'être cohérent avec le programme.
2- **Formé, il est effecteur d'ETP**, réalise le diagnostic éducatif initial et des séances individuelles avec un réseau qui assure la coordination et des ateliers collectifs.
3- **Diplômé, il est promoteur d'un programme d'ETP,** dans une MSP, un Pôle, ou une association.
4- **Formé, il réalise des Actes Educatifs Ponctuels**, consultations individuelles itératives dédiées à l'ETP.

L'ETP doit être transversale entre la ville et l'hôpital pour renforcer la cohérence dans la prise en charge des patients chroniques.

Véronique Cochet ■
membre de l' URPS

domaine de l'ETP, afin de tout mettre en œuvre pour le bien-être du patient.
Selon René Baillif, cadre de pôle des disciplines médicales au CHU Sud Réunion : « L'ETP ne doit pas s'arrêter à la porte de l'hôpital, elle doit continuer à vivre, à être prise en charge dans la ville, notamment avec le médecin traitant grâce une bonne coordination. L'ambulatoire joue un rôle très important dans l'ETP ». La question de la transversalité de l'ETP se pose alors. Les programmes d'ETP, quel que soit le porteur de projet, devront privilégier l'approche transversale. Il faut alors travailler avec le même langage, afin que le patient ne soit pas perdu et que les formateurs, les soignants puissent avoir une approche commune de l'ETP.

> Des unités transversales sur les rails

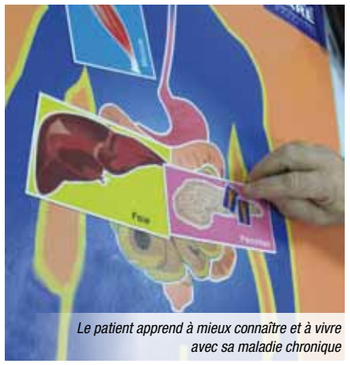
C'est pour essayer de répondre à cette problématique que l'ARSOI initie avec les principaux acteurs de l'ETP à La Réunion une structure plus harmonisée : les Unités Transversales pour l'Éducation du Patient (UTEP). Actuellement, le projet est encore au stade de réflexion concernant ses missions et son périmètre. Annyvonne Auffret, de l'Agence Régionale de Santé, a déjà réuni un groupe de travail, afin de « plancher » sur un cahier des charges relatif à ce vaste sujet.
Globalement, l'idée est de créer une structuration transversale régionale avec des appuis de coordination au sein de chaque établissement de santé public ; d'établir un cahier des charges de cette UTEP ; de l'inscrire dans le projet d'établissement ; de réaliser des programmes d'ETP pour les pathologies les plus prévalentes à La Réunion (Diabète, MCV&R, asthme) ; de formaliser les modalités d'intervention entre UTEP et ambulatoire (par exemple infirmière pivot chargée de coordonner le parcours de soins du patient) et de structurer les UTEP selon la nature des populations prises en charge : adultes ou enfants.
Le cadre de l'UTEP n'est pas encore « tranché ». Selon René Baillif, « l'UTEP aura la légitimité à fédérer les personnes et permettra d'échanger les pratiques, les outils, d'harmoniser ».

> La motivation des équipes est très présente

Depuis ces dernières années, la démarche en ETP a énormément évolué et progressé, la coordination entre les différents sites, services et entre les différents partenaires n'est pas encore complètement suffisante. La motivation des équipes, l'idée et l'envie sont là. La structuration en UTEP, qui devrait voir le jour courant 2014, devrait être le lien, le maillon essentiel pour favoriser le dialogue entre les nombreux acteurs de l'ETP à La Réunion, et améliorer encore davantage la prise en charge de l'ETP du patient, lui garantir l'accès à une ETP adaptée de qualité et de proximité. Selon, le Dr Debussche, endocrinologue, chef de service au CHU Félix Guyon, encore 80% de diabétiques n'ont pas accès à une ETP structurée. Or, il est essentiel de proposer l'ETP à tous les patients. ■

Programmes	Date d'autorisation	Sites
ETP dans le diabète de l'adulte	01/04/2011	Nord
ETP du patient-immunologie	01/04/2011	Nord
Plateforme d'ETP en pédiatrie	28/03/2011	Nord
ETP auto-sondage intermittent propre	31/10/2012	Nord
ETP du patient diabétique enfant	01/04/2011	Sud
ETP du patient diabétique adulte	01/04/2011	Sud
Patient insuffisant rénal chronique	01/04/2011	Sud
ETP du patient présentant une maladie cardiovasculaire	01/04/2011	Sud
Patient porteur d'une hypertension artérielle pulmonaire	28/03/2011	Sud
Patient vivant avec le VIH	28/03/2011	Sud
ETP migraines et céphalées chroniques	23/11/2011	Sud
Enfant et adulte atteint de la mucoviscidose	01/04/2011	Sud
Enfant atteint de maladie chronique	01/04/2011	Sud
ETP auto-sondage intermittent propre	23/11/2012	Sud

Tableau mis à jour par l'ARS en avril 2013.


Le patient apprend à mieux connaître et à vivre avec sa maladie chronique

Le point de vue de l'Agence de Santé Océan Indien sur l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif de permettre aux personnes atteintes de maladies chroniques de faire face à la maladie de manière autonome en développant en particulier, des compétences d'auto-soins et d'adaptation. Deux conditions permettent une éducation thérapeutique de qualité :

- **le processus doit être continu et inclus dans la prise en charge à long terme ;**
- **des compétences pédagogiques et relationnelles doivent être développées par les professionnels de santé formés.**

Les orientations de l'éducation thérapeutique, inscrites dans le Schéma d'organisations des soins du Projet de Santé Réunion-Mayotte sont les suivantes :

> encourager l'ETP au niveau des soins de santé primaires ;
> structurer les programmes hospitaliers autorisés autour d'unités transversales d'éducation thérapeutique du patient ;
> accompagner l'évaluation des programmes d'ETP ;
> développer l'offre régionale de formation en ETP.

Pour être mis en œuvre, les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être autorisés par la Directrice Générale de l'ARS OI. 52 programmes ont été autorisés à ce jour dont 3 à Mayotte. 41 programmes sont portés par des établissements de santé ; 11 programmes par des associations, réseaux de santé, maisons de santé, organisme complémentaire d'assurance maladie. L'ARS OI a constitué un comité de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs de l'ETP en 2013 et lance chaque année une procédure d'autorisation de nouveaux programmes actuellement en cours.

Chantal De Singly, ■
Directrice Générale de l'ARSOI

Se former en ETP sur l'île

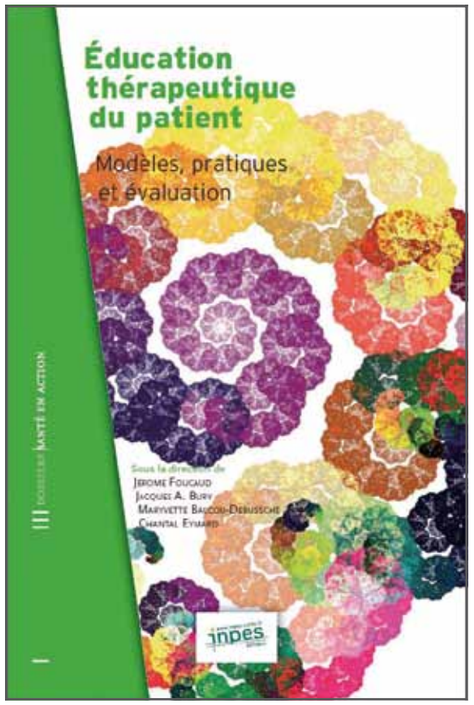
L'Université, en lien avec l'IUFM / ESPé et le SUFP, a mis en place depuis 2000 un Diplôme Universitaire (D.U) en Education et Prévention des Maladies Chroniques (EPMC). Ce D.U est réajusté régulièrement, afin de s'adapter le plus pertinemment possible à la demande d'agrément en matière d'ETP de l'Agence de Santé Océan Indien.

Ce diplôme, initié par Maryvette Balcou-Debussche, se déroule sur une année universitaire, il comprend environ cent heures de formation divisées en quatre sessions de deux jours ½, à cela s'ajoute un travail d'équipe.
Chaque promotion comprend une vingtaine de personnes, des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.). Cette année, une première promotion a vu le jour à Mayotte.
Le programme se compose en trois parties équivalentes et complémentaires :

- Les savoirs médicaux dans les maladies chroniques : des experts médicaux viennent parler de leur spécialité (cancer, problèmes respiratoires, cardio-vasculaires, etc.) afin que chaque stagiaire puisse actualiser ses connaissances médicales ;
- La gestion d'une maladie chronique en contexte : des connaissances basées sur l'identification propre à la région (sociaux, anthropologiques, experts de réseaux, etc.) ;
- Développement d'une situation éducative : on aborde le rôle du formateur, des apprenants, des savoirs, des consignes, afin d'avoir des éléments qui relèvent davantage des sciences de l'éducation.

Chaque stagiaire est amené tout au long du cursus à se questionner sur les différents problèmes rencontrés par le patient. L'idée est qu'au terme du D.U, le stagiaire puisse proposer au patient une situation d'apprentissage adéquate en faisant appel aux trois parties du programme.
Maryvette Balcou-Debussche aime à rappeler que : « L'ETP ne s'improvise pas. A la fin du D.U, les stagiaires sont réellement transformés dans leur posture ». ■

** MaryvetteBalcou-Debussche a participé à la direction de l'ouvrage Education thérapeutique du patient, publié par l'Inpes en juin 2010. Téléchargeable sur le site : http://www.inpes.sante.fr/*



La Réunion force d'innovation en matière d'éducation thérapeutique

Actuellement, beaucoup de personnes font de l'éducation thérapeutique mais sans forcément avoir l'occasion de questionner les modèles théoriques sous-jacents, de bien décrire les pratiques et surtout les évaluer, les analyser.

L'ETP peut se faire dans plusieurs espaces différents : associatifs, réseaux hospitaliers, informels, multimédia, mais il n'y a pas encore assez de travaux de recherche et d'évaluation pour rendre compte. Plusieurs angles peuvent être interrogés. En France, on est au début du questionnement par la recherche en ETP.

Il est à noter qu'à La Réunion et à Mayotte (avec Copemay) plusieurs programmes de recherche sont en cours actuellement, notamment dans le domaine du diabète.
…/…

Le programme ERMIES permet de comparer deux groupes de patients souffrant de diabète de type 2 mal contrôlé.

On peut citer quelques exemples de programmes significatifs :

> DIABéTIC est un projet d'application smartphone réalisé en partenariat avec l'Université, le CHU, deux laboratoires et un développeur. Ce projet vise à réaliser une application pour téléphone mobile, associée à une série d'accessoires, en lien avec un portail web hautement sécurisé, qui permettrait d'enrichir le dossier patient médicalisé. L'outil, extrêmement ergonomique et convivial, doit participer largement à l'éducation du patient et à la mise en place de pratiques adaptées à la maladie chronique.

Labellisé par le pôle de compétitivité régional Qualitropic, le projet DIABéTIC a été sélectionné en 2012 parmi les 14 dossiers à financer et valorisé en France dans le cadre des investissements d'avenir dans le domaine e-santé.

> ERMIES est un PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) associant les 4 Centres Hospitaliers de La Réunion et le réseau RéuCARE. L'idée de cette étude ethnosociologique est de comparer deux groupes de patients souffrant de diabète de type 2 mal contrôlé. L'étude montre que le groupe qui participe à davantage de séances d'ETP tire largement profit de ce supplément d'attention.

L'intérêt de cette recherche permet de savoir où en est la société, quels sont les éléments qui rentrent en jeu, de cerner les parcours de soins et les personnes qui s'occupent plus ou moins bien de leur santé, de prendre en compte les différentes cultures.

La question de la motivation du patient n'est pas suffisante, car chaque malade désire vivre le mieux possible. Il faut analyser tout ce qui pèse sur ces personnes, tout ce qui rentre en cause dans les domaines médicaux, mais aussi et surtout sociaux, économiques, culturels, ethnologiques, etc.

L'amélioration des moyens du suivi de la santé du patient sur le terrain est indissociable de la formation et de la recherche, c'est un triangle incontournable. La Réunion essaye d'allier ces trois éléments essentiels et complexes.

La recherche en matière d'ETP en est encore à ses débuts en France, un vrai travail à La Réunion est en train d'être réalisé ; c'est donc un domaine porteur d'espoir pour l'avenir. ■

INTERVIEWS

Convergence est allé à la rencontre de témoins qui pratiquent au quotidien l'ETP, l'une en tant que professionnelle de santé, l'autre en tant que patiente.

Eglantine Robin :

« L'apprenant doit être acteur, car il s'agit de sa santé »

Eglantine Robin est infirmière dans le service diabétologie-endocrinologie au CHU Felix Guyon. Titulaire d'un Diplôme Universitaire en Education et Prévention des Maladies Chroniques, elle témoigne avec passion pour Convergence de son expérience de soignante spécialisée en Education Thérapeutique du Patient.

Pourquoi s'être spécialisée en éducation thérapeutique du patient ?

« Au départ, ce fut par hasard, et neuf ans après je suis toujours dans ce domaine. Je ne m'en lasse pas, j'apprends encore tous les jours. L'ETP permet d'aller au-delà de la simple consultation, il faut se remettre sans cesse en question. Je ne me vois pas repartir dans les pansements, les soins techniques, même si cela est intéressant aussi. »

Quelle relation l'ETP permet-elle avec le patient ?

« Cela permet de se centrer davantage sur le côté humain du patient, passer du temps avec lui. La relation ne se déroule pas sur un, mais sur plusieurs moments. C'est un processus continu, on avance avec le patient, on le suit. C'est une réelle relation de confiance, nous ne sommes pas dans la toute-puissance du soignant. Nous devons accompagner le patient souffrant de maladies chroniques à changer de style de vie, à s'adapter à sa maladie. On connaît mieux sa vie en l'interrogeant sur sa façon de vivre ».

« C'est une réelle relation de confiance, nous ne sommes pas dans la toute-puissance du soignant », tient à souligner la jeune infirmière.

Comment se passe concrètement l'ETP ?

« L'ETP peut se réaliser de façon individuelle ou en groupe. Les groupes rassemblent entre 4 et 10 personnes. Les patients ne sont pas forcément homogènes, ils ne suivent pas le même traitement.
L'idée est qu'ils échangent, dialoguent entre eux, le formateur joue un rôle de régulateur, il écoute beaucoup, ce n'est pas à lui d'apporter le savoir.

C'est au patient de construire son propre savoir avec les outils mis à sa disposition. L'apprenant doit être acteur, car il s'agit de sa santé. Le but est que le patient comprenne sa maladie, le savoir doit apparaître sous différentes formes (livrets, dialogues..). Les groupes peuvent aborder différents thèmes : connaissance de la maladie, complications du pied, alimentation, etc. Les séances n'ont pas lieu essentiellement à l'hôpital, elles peuvent aussi se produire en ambulatoire dans des associations comme RéuCARE.

Enfin, il peut y avoir des temps individuels pour expliquer notamment les apprentissages techniques au patient ou parler avec lui de la façon dont il peut gérer sa maladie avec son quotidien ».

Quel bilan pouvez-vous tirer de votre expérience d'infirmière spécialisée en ETP ?

« Paradoxalement, c'est le côté 'hors hôpital' qui me plaît particulièrement, car on touche à la vie du patient dans son quotidien, l'ETP permet souvent au patient de rester chez lui. On s'adapte au patient.

Enfin, la palette de travail est très importante, j'ai l'impression d'exercer non pas 'un' mais 'des' métiers d'infirmières ». ■

« Ne plus être toute seule face à la maladie »

Adrienne a découvert qu'elle était diabétique en 1995, depuis deux ans, elle suit un programme d'ETP.

« J'ai beaucoup appris de choses sur la maladie », note Adrienne.

En quoi consiste l'ETP pour vous ?

« Les médicaments ne suffisaient plus à stabiliser mon diabète, le médecin à l'hôpital m'a alors proposé de suivre des cours au sein de l'association RéuCARE.

Ces cours collectifs ont lieu environ tous les trois mois, ils permettent de dialoguer avec d'autres malades, d'échanger différentes expériences sur nos maladies chroniques.
Surtout, ces séances m'ont permis de ne plus me sentir isolée, de ne plus être toute seule face à la maladie. »

L'ETP vous aide-t-elle à mieux vivre ?

« Tout à fait. Grâce à l'ETP, j'ai appris à manger de façon plus équilibrée. Autrefois, nous achetions cinq bouteilles d'huile par mois, maintenant, nous n'en utilisons que deux, on fait même des économies ! L'ETP m'a appris que l'on pouvait manger de tout, mais en petite quantité, cela a été très difficile au début, mais maintenant, je me suis habituée, je ne mange pas que du riz et des grains. L'ETP m'a aussi aidée à classer et connaître les aliments, je ne savais pas que la crème fraîche était un aliment gras, maintenant, c'est toute la famille qui mange plus équilibré.
Un petit livret que l'on m'a remis, m'aide à surveiller mon diabète et grâce à ces explications, je peux savoir ce qui est bon pour moi.
Par ailleurs, j'ai également appris beaucoup de choses sur la maladie, je comprends mieux ses mécanismes, les conséquences qu'elle peut avoir.
Enfin, je fais beaucoup plus d'exercices physiques, je marche davantage.
Mon diabète est maintenant stabilisé, je vis mieux avec la maladie ». ■

RéuCARE, véritable acteur de la coordination du parcours des patients

Le réseau de santé RéuCARE œuvre depuis 10 ans sur toute l'île pour la prévention des complications cardiovasculaires et rénales. Principalement actif dans l'éducation thérapeutique du patient, le réseau joue actuellement un rôle de plus en plus important dans la coordination du parcours des patients en situation complexe.

Composé d'une équipe de coordination (6 salariés) et de professionnels de santé membres (600 signataires), RéuCARE propose ses services à la fois aux professionnels et aux patients. Pas moins de 5 000 patients ont déjà bénéficié du réseau.

Conformément aux récentes directives nationales (guide méthodologique DGOS- octobre 2012), les missions de RéuCARE ont évolué ces derniers mois pour devenir un appui aux professionnels de premier recours dans la coordination du parcours des patients. La coordination entre professionnels, enjeu majeur dans la prise en charge des maladies chroniques, est en grande partie responsable de ces changements d'orientations. Ainsi, le réseau, qui jusqu'à présent, était vu comme un acteur de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), travaille aujourd'hui à être reconnu comme un acteur de la coordination du parcours. A ce titre, RéuCARE fait bénéficier aux professionnels -qu'ils soient des hospitaliers ou libéraux- ses services pour améliorer la coordination :

> Prise en charge de patients provenant d'établissements de santé pour assurer une transition hôpital-ville et un suivi en proximité.
> Recueil des données auprès du patient et de son équipe de prise en charge en vue de l'élaboration du Plan Personnalisé de Santé (PPS).
> Aide à la coordination des actions prévues dans le parcours de santé du patient :
  › Explication au patient du parcours de santé prévu ;
  › Explication au patient de l'intérêt des consultations spécialisées et examens ;
  › Points réguliers sur l'état de santé et l'évolution du parcours ;
  › Coordination du programme d'ETP, d'activité physique adaptée et d'aide psychosociale avec les différents partenaires du territoire (établissements de santé, collectivités territoriales, associations).
> Échange avec d'autres professionnels sur des cas complexes et participation à des formations pluridisciplinaires (renforcement du lien entre professionnels, notamment ville-hôpital).

Le réseau organise de journées d'échanges pluridisciplinaires où des réflexions sur des problématiques en lien avec la MRC/IRC sont abordées.

> Information sur les ressources disponibles en proximité.

Les patients souffrants de maladie rénale chronique

Le réseau œuvre pour la prévention des complications cardiovasculaires et rénales. Cependant, depuis 2013, les efforts de réuCARE se concentrent principalement sur les personnes atteintes de Maladie Rénale Chronique (MRC) de manière à retarder l'apparition ou l'aggravation de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) et aider à favoriser la greffe par donneur vivant et la greffe préemptive. Cette centration s'explique par le fait que l'IRC à La Réunion est une complication cardiovasculaire très répandue. Cela peut avoir une incidence considérable sur la qualité de vie des patients et constituer une part importante du budget de la santé (60 000 euros/an par patient dialysé). Concrètement, plusieurs actions ont été initiées :

> En collaboration avec le CHU Félix Guyon, un travail sur les points de rupture constatés dans le parcours de soins « Maladie Rénale Chronique de l'adulte » (HAS).
> Mise en place d'un programme de formation médicale après sondage d'avis auprès des professionnels.
> Organisation de journées d'échanges pluridisciplinaires où des réflexions sur des problématiques en lien avec la MRC/IRC sont abordées.
> Développement et diffusion d'outils d'aide à la pratique (dépistage, suivi, conseils aux patients, initiation de l'éducation thérapeutique individuelle).
> Vulgarisation et diffusion des recommandations de bonnes pratiques.
> Séance d'ETP de groupe portant sur la compréhension de la Maladie Rénale Chronique et la prévention de son aggravation, destinée aux patients débutants leur maladie.

Maxime Doran-Plante ■

Pour plus d'informations :
Tous les professionnels intéressés par ces missions peuvent prendre contact avec l'équipe de coordination du réseau par téléphone : 0262 **20 26 32**,
ou par courriel : reucare8@wanadoo.fr.

Pour en savoir plus : www.reucare.org

Quand la musique **adoucit les douleurs !**

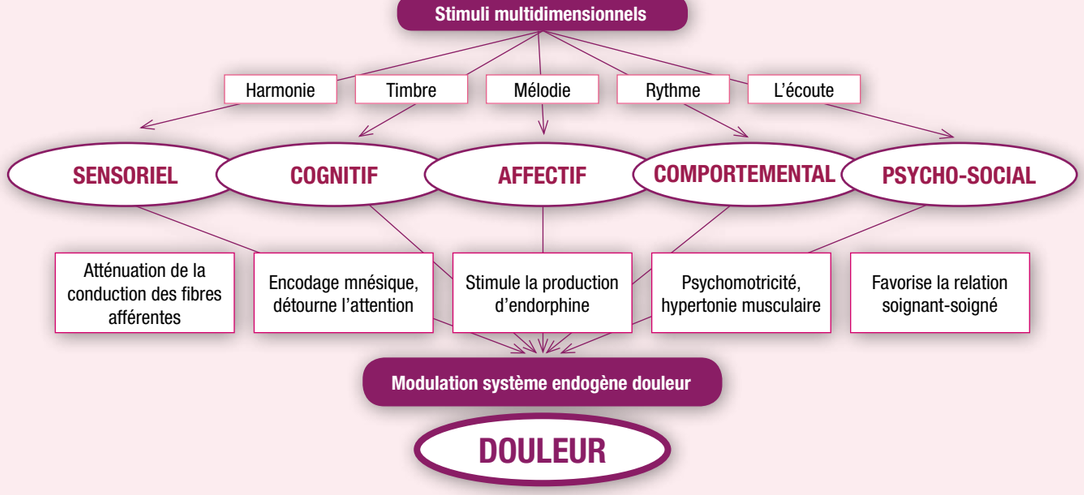
Longtemps considérée uniquement comme une activité ludique, la musique est aujourd'hui utilisée dans de nombreux cas pour rééduquer et soulager la douleur des patients. Cette thérapie par la musique s'appelle la musicothérapie.

Des études cliniques et neurophysiologiques récentes ont permis de mettre en évidence le rôle favorable de la musicothérapie dans le traitement de la douleur, des troubles anxio-dépressifs ou encore des troubles cognitifs. Provoquant une relaxation, la musique diminue essentiellement les phénomènes douloureux chez les patients présentant des douleurs aiguës et chroniques. En déplaçant l'attention, la musique diminue la tension musculaire et réduit l'anxiété. Dans le cadre de douleurs pré et post-opératoires, les patients placés sous induction musicale ont diminué leur consommation médicamenteuse jusqu'à 30%.

Les effets de la musicothérapie sont généralement rapportés au fait que la diffusion musicale individualisée agit sur toutes les composantes interactives de la douleur. Ainsi l'impact de la musicothérapie peut être dû à des effets neurophysiologiques, spécifiques à la douleur et à la musique, agissant sur les composantes sensorielles (provoquant une contre stimulation des fibres afférentes), cognitives (détournant l'attention, souvent en créant des images et en éloignant les pensées de la douleur), affectives (modifiant l'humeur associée à des états tels que la dépression ou l'anxiété diminuant ainsi les tensions et les sentiments d'angoisse) et comportementales (agissant sur l'hypertonie musculaire et la psychomotricité).

Cette discipline non pharmacologique est reconnue par le ministère de la Santé.

Les patients mélomanes ont le choix entre trois genres différents de musique : classique, actuelle et les musiques du monde. Le docteur Emmanuelle de Diego aimerait faire rentrer le Maloya dans la base musicale du logiciel Music Care



Des facteurs psychologiques peuvent aussi intervenir dans la réduction du phénomène douloureux chronique. En effet, la musique est choisie en fonction des goûts personnels du patient permettant ainsi d'individualiser une séance. La relation d'écoute est également travaillée avec les soignants et permet aux patients d'évacuer leurs tensions et d'avoir des discussions qui sortent du cadre de l'hôpital.

La musicothérapie réceptive, et notamment la détente psychomusicale, a une efficacité démontrée par des études contrôlées dans de nombreuses pathologies douloureuses qu'elles soient dentaires, obstétricales, cancéreuses, chirurgicales, neurologiques, rhumatismales et fonctionnelles.

Les séances de musicothérapie au CHU Sud Réunion reposent sur l'utilisation du logiciel Music Care. Il s'agit d'un logiciel développé par le musicothérapeute et docteur en Psychologie S. Guétin. Dix services du CHU Sud Réunion sont dotés de ce logiciel depuis le début de l'année 2013 et leurs équipes ont été formées à la musicothérapie dans le cadre du plan de formation institutionnel. Ce projet a été proposé par le Dr Emmanuelle De Diego, responsable de la Consultation Douleur Chronique du CHU Sud Réunion, soutenue par le Comité de Lutte Contre la Douleur et la Direction des Soins Infirmiers.

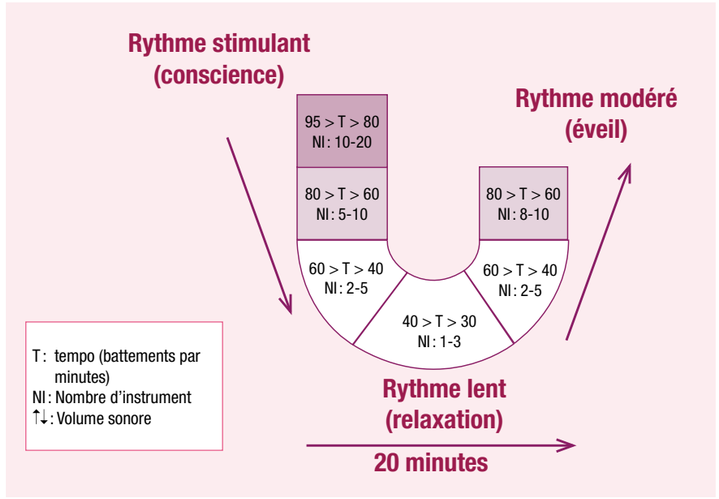
Les services concernés au CHU Sud Réunion sont : la Consultation Douleur Chronique, le Centre de Référence des Maladies rares, les services d'Addictologie, Pédiatrie Grand …/…

enfant, Réanimation Pédiatrique, Réanimation Polyvalente Adulte, Radiologie Générale, Cancérologie, Radiothérapie et l'Unité de Pied diabétique.

> La technique du montage en « U »

Le logiciel Music Care propose un outil de musicothérapie dont le patient peut bénéficier lors de sa prise en charge à l'hôpital dans le cadre de douleurs chroniques ou aiguës et de soins douloureux ou de troubles de l'humeur. Après une formation à l'utilisation du logiciel et à la mise en place des conditions optimales de réalisation, le patient a la possibilité de choisir, suivant ses préférences musicales, entre différentes séquences de musicothérapie basées sur la technique du montage en « U ». Ce terminal de musicothérapie a d'ailleurs valu à Music Care d'obtenir le 1er Prix Innovation des soins 2009, et d'être nommé aux 'Victoires de la médecine' 2010-2011, dans la catégorie Neurologie.

La séquence musicale de 20 minutes est représentée schématiquement par un « U ». Elle est composée de plusieurs phases de 4 à 5 minutes chacune, fondues et enchaînées, qui amènent progressivement le malade à la détente par une variation du rythme musical, de la formation orchestrale et des différentes composantes du son. Après une phase « descendante » qui amène à la détente maximum (partie basse du « U »), s'enchaîne une phase redynamisante (branche ascendante du « U »).



Les séances de musique instrumentale sont des compositions originales et dans des styles variés (classique, jazz, musique du monde…) adaptés à la demande du patient. Les séances nécessitent une écoute au casque, en position allongée (état favorisant la décontraction musculaire), les yeux fermés avec un masque oculaire et un éclairage faible, afin que le malade se sente à l'aise.

En effet l'implication et la coopération du malade sont primordiales. La détente, le détournement de l'attention, la relaxation profonde et l'amélioration de la relation patient-soignant sont des facteurs certains d'amélioration.

Dr Emmanuelle De Diego ■
Consultation Douleur Chronique, CHU Sud Réunion

Emmanuelle de Diego, « compositrice » de la musicothérapie à La Réunion

C'est sans doute parce que la musique tient une place très importante dans sa vie, que le docteur Emmanuelle de Diego, responsable de la Consultation Douleur Chronique au CHU Sud Réunion, a été à l'initiative de l'installation de la musicothérapie à La Réunion.

Selon le docteur Emmanuelle de Diego, la musicothérapie permet au patient de ne plus rester figer dans sa douleur.

■ Comment s'est mis en place le programme de musicothérapie à La Réunion ?

« C'est en participant en 2011 au Congrès de la société française de la douleur que j'ai découvert le programme de musicothérapie de Stéphane Guétin, à mon retour à La Réunion j'ai proposé ce projet dans le cadre du Clud. La Direction des soins infirmiers ainsi qu'une dizaine de services ont intégré la musicothérapie dans leur plan de formation institutionnel et c'est ainsi que des infirmiers, des médecins, des psychologues, etc. ont été formés à cette technique en février 2013. »

■ Comment le patient perçu-t-il cette méthode ?

« Les patients sont plutôt réceptifs, car ce sont souvent des douloureux chroniques, très en demande d'approche non médicamenteuse, notamment depuis les derniers scandales de certains médicaments. Il est important que le patient apprécie la musique, s'il n'est pas sensible à cela, nous l'aiguillerons alors vers d'autres soins comme la sophrologie…».

■ Qu'attendez-vous de la musicothérapie ?

« Nous traitons actuellement une dizaine de patients pour diverses pathologies, principalement des patientes d'ailleurs ! Les retours sont plutôt positifs.

Parallèlement, je débute actuellement une étude en soins courants sur l'intérêt profilatique de la musicothérapie dans la migraine épisodique avec le soutien du CHU et de la direction de la Recherche. Nous allons suivre 20 patients durant 3 mois puis nous évaluerons si la musicothérapie a eu une influence sur leur migraine.

Enfin, la musicothérapie permet d'avoir un discours avec le patient différent, de ne pas focaliser essentiellement sur sa souffrance, on tend alors vers un échange plus positif, de l'ordre du bien-être.

On sort ainsi de l'évaluation classique de la douleur, cela permet d'ouvrir d'autres champs dans la relation qui se crée avec le patient. » ■

Le Centre donneur de moelle osseuse en quête de volontaires

Créé en 1981 lors de la visite du Dr Colette Raffoux, le Centre donneur de moelle osseuse de La Réunion a fêté en mars dernier son 3 000e candidat au don. Pour autant, trouver un donneur compatible pour les malades leucémiques de La Réunion reste une gageure.

En effet, sur la cinquantaine de personnes ayant besoin d'une greffe de moelle osseuse chaque année dans le Département, seul un quart aura la chance d'avoir un donneur familial. Les autres, du fait du métissage de la population réunionnaise ne peuvent malheureusement guère espérer trouver un donneur volontaire ayant le même groupe tissulaire. Or, la greffe de moelle osseuse exige une compatibilité parfaite au niveau des groupes HLA.

La solution pour les Réunionnais ? Augmenter le nombre de donneurs volontaires de moelle osseuse sur le registre, car aider les pays de la zone comme l'Afrique du sud ou Maurice à développer ou créer un registre, ou encore mettre en place une banque de sang placentaire, demanderait beaucoup de temps.

La Réunion a fêté en mars dernier son 3 000e candidat au don, qui est une candidate, comme 2/3 des volontaires inscrits dans le registre international qui compte lui plus de 21 millions d'inscrits.

> Des caractéristiques HLA spécifiques qui rendent nécessaire le développement du nombre de volontaires à La Réunion

Les malades réunionnais ont un handicap en matière de greffe de moelle osseuse. A partir d'une base originelle, (le groupe tissulaire HLA-A2 qui est présent dans environ 50% de la population mondiale), des mutations ont abouti au cours des millénaires à une diversité extrême des groupes HLA avec une répartition géographique caucasienne, africaine ou asiatique. Certains groupes tissulaires sont ainsi fréquents dans certaines populations et absents dans d'autres. Les ascendances mêlées européenne, africaine et asiatique de la plupart des Réunionnais font qu'on ne peut espérer trouver de donneur compatible que dans un fichier comportant les mêmes métissages. Les exemples sont rares : Maurice, l'île sœur n'a pas de registre, l'Afrique du Sud dispose d'un fichier de 65 000 donneurs. Il convient d'augmenter le nombre de volontaires inscrits sur le registre local à La Réunion.

> La plupart du temps, on ne donnera jamais sa moelle

On s'inscrit comme donneur potentiel mais on ne donne sa moelle osseuse que si on est compatible avec un malade. Or, si les chances de compatibilité sont d'1/4 entre frères et sœurs, elles ne sont plus que de 1 sur un million entre non apparentés. Donc la plupart du temps, on s'inscrit entre 18 et 50 ans et on ne donnera jamais sa moelle, les donneurs sont retirés du registre à l'âge de 60 ans révolus. Par ailleurs, s'il n'y a pas de limitation pour les dons intra familiaux, on ne peut donner qu'une seule fois pour un malade non apparenté.

Deux modes de prélèvement, tous deux très sûrs, sont possibles : ponction sous anesthésie générale au niveau des crêtes iliaques ou cytaphérèse en flux continu. Ce dernier représente 2/3 des prélèvements actuellement. Dans le premier cas, il n'y a aucun geste au niveau de la moelle épinière, comme on le redoute parfois à tort, et donc aucun risque de paralysie. Le prélèvement est effectué au bloc par des opérateurs entraînés et pour minimiser encore le risque d'infection nosocomiale, c'est la première intervention du jour après stérilisation du bloc. Bien entendu, la prise en charge de la douleur post opératoire (décrite comme modérée par les donneurs prélevés) est systématique.

Les cytaphérèses sont pratiquées tous les jours dans les Etablissements Français du Sang pour prélever des plaquettes. Le prélèvement en flux continu utilisé pour les prélèvements de moelle osseuse est la technique la mieux supportée. Ce mode de prélèvement (que le donneur peut ou non accepter) nécessitant l'administration de facteurs de croissance, l'avis d'un hématologue est nécessairement requis.

> Les Centres veillent sur la santé des donneurs

Le rôle des Centres de Donneurs de moelle osseuse (qui doivent obtenir et maintenir une accréditation internationale dans leur mode de fonctionnement) est non seulement de trouver un donneur compatible pour chaque malade mais d'abord de veiller sur la santé des donneurs. Ainsi, un donneur, même s'il est le seul compatible au niveau mondial, ne sera pas prélevé si ce don peut s'avérer préjudiciable pour sa santé. Un suivi des donneurs prélevés est par ailleurs effectué pendant 10 ans.

On a tendance à focaliser sur d'éventuels problèmes, mais il ne faut pas en occulter l'immense joie dont font état tous les donneurs prélevés qui parlent du don comme un des jours les plus importants de leur vie et se déclarent prêts à recommencer !

Réunion don de moelle ■

> Des démarches simples

Sur simple appel au 0262 90 68 68 ou par mail : reuniondondemoelle@chu-reunion.fr, on reçoit un engagement et un pré questionnaire médical à remplir.

Une fois le questionnaire validé lors d'un entretien médical, un simple prélèvement de salive permettra d'effectuer le groupe tissulaire. On reçoit ensuite sa carte de donneur de moelle et il ne reste plus qu'à attendre que l'ordinateur détecte un jour une compatibilité avec un malade.

Vous avez d'autres questions ? Venez les poser au Centre donneur de moelle osseuse de La Réunion, inscrivez-vous à la formation organisée chaque année et diffusez ensuite l'information autour de vous.

Tél : 0262 **90 68 68** *(répondeur 24h/24)*

Le pôle Qualité, Sécurité des Patients, **premier pôle transversal du CHU**

Le contrat de pôle créant le nouveau pôle Qualité, Sécurité des Patients (QSP) pour les quatre prochaines années, a été signé le 28 juin dernier. Ce premier pôle transversal du CHU de La Réunion regroupe la direction Qualité & Gestion des risques, le service des relations avec les usagers, les services de gestion du risque infectieux et d'hémovigilance nord et sud.

Ce pôle, piloté par le Dr Nathalie Lugagne Delpon, aidée du directeur de la Qualité, Luis Santos, réunit des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, ainsi que des administratifs. Sa mission est d'animer, d'impulser et d'accompagner les démarches Qualité au sein du CHU.
Le pôle a vocation à investir l'ensemble des secteurs d'activité pour accompagner l'ensemble des hospitaliers dans la réalisation des objectifs Qualité qu'ils auront inscrits dans leur contrat de pôle.

Cela consiste à mettre à disposition des équipes, les outils et les méthodes qui faciliteront la tâche des professionnels pour conduire leurs actions Qualité. Ce pôle joue un rôle d'appui et de service pour les pôles cliniques, médico-techniques ou management. Un certain nombre d'experts (risques infectieux, hémovigilance, gestion des risques liés ou non aux soins, traitement des plaintes et réclamations) mettent leurs compétences au service des autres pôles.

> La complémentarité des compétences

Avec la création du pôle QSP, la gestion de la Qualité se médicalise : deux regards se croisent, celui du médical et celui de l'administratif.
Les décisions sont débattues dans un respect mutuel au sein du bureau de pôle qui rassemble tous les responsables d'activité. Les décisions sont prises en fonction du terrain tout en essayant de laisser une part d'autonomie à chacun.
Le pôle QSP est le garant de la mise en œuvre de la politique Qualité gestion des risques du CHU. Cette position singulière lui confère une responsabilité particulière, ses actions doivent recevoir l'aval de la Direction Générale et du président de la CME du CHU (tous les deux copilotes du système de management de la Qualité).
Pour faciliter la mise en œuvre de cette gouvernance, un CODIR/QGDR (Qualité & Gestion des Risques) qui regroupe le Directeur Général, les présidents de la CME, les directeurs de site, les directeurs des soins, le quatuor du pôle QSP, définit les orientations stratégiques. Le pôle rend compte de sa gestion auprès de cette instance.

A travers ce pôle, de nombreuses personnes mettent leurs compétences au service des autres pôles.

> Ce pôle bouscule les cloisonnements

La cohésion entre les sites Nord et Sud se consolide doucement. Globalement les acteurs du pôle n'éprouvent aucune difficulté à échanger et dialoguer.
En résumé, ce nouveau pôle transversal bouscule les cloisonnements, il se positionne comme aidant auprès des pôles du CHU et il se place volontairement aux côtés des professionnels de santé pour faciliter les améliorations de pratiques quel que soit le domaine d'intervention.

Luis Santos ■

Nathalie Lugagne Delpon, responsable du pôle QSP « Ce pôle préfigure l'hôpital du futur »

■ Comment envisagez-vous la gouvernance de ce pôle à cheval sur deux sites et qui rassemble à la fois des médecins, des soignants et des administratifs ?
« La gouvernance sur deux sites ne pose pas de problème puisque le pôle a pour vocation d'avoir un responsable de pôle basé au Nord, et un adjoint au Sud. Pour le reste, il existe les visioconférences, et le site de Saint-Paul.

Concernant les origines professionnelles variées du pôle, les équipes essentiellement transversales, sont déjà habituées à franchir la barrière soignants/administratifs pour établir des partenariats complémentaires. »

■ On parle du pôle QSP comme un soutien aux autres pôles. Quelle sera sa valeur ajoutée ?
« L'objectif de ce pôle est de donner une visibilité à des équipes engagées dans la sécurisation des soins et la qualité de la prise en charge des patients. Une visibilité au niveau du CHU, de sa direction, de l'ARS, mais aussi au niveau des usagers.

Selon Nathalie Lugagne Delpon : « La Réunion des équipes transversales au sein d'un même pôle est tout simplement logique ».

La réunion de ces équipes transversales au sein d'un même pôle est tout simplement logique.
Tous les acteurs de ce pôle sont réunis par un même objectif d'établissement, une approche transversale des problématiques mais aussi la même difficulté à transmettre des messages constructifs aux équipes de soins, sans être des moralisateurs. La frontière est mince.
Ce pôle préfigure l'hôpital du futur où les disciplines seront moins cloisonnées où l'objectif collectif primera. La principale valeur ajoutée, à court terme est de resserrer les liens professionnels entre le Nord et le Sud, et une politique commune de sécurisation des soins et d'écoute des usagers. »

■ Quel avenir envisagez-vous pour le pôle QSP à court terme et sur la durée du contrat ?
A court terme, le pôle QSP accueillera une jeune directrice, Gaëlle Dufour, qui reprendra la fonction laissée par Luis Santos. Ce sera certainement l'occasion de repenser la politique Qualité et Gestion des Risques dans le pôle.
A moyen terme, le pôle essayera d'améliorer l'efficacité et la rapidité de la prise en charge des EIG ; la qualité des évènements signalés par les FSEI qui doivent majoritairement être orientées vers la sécurité du patient ainsi que le dialogue et la transparence avec les équipes.
Enfin, à long terme, nous travaillons à la mise en place d'une structure régionale d'appui aux établissements de santé en matière de Qualité et Gestion des Risques. » ■

La recherche en soins infirmiers et paramédicaux **en plein essor**

La dynamique de recherche est présente sur le CHU depuis plusieurs années et de nombreux paramédicaux participent, à différents niveaux, à la recherche clinique médicale. La vocation universitaire de l'établissement constitue un levier favorable à la promotion d'un champ de recherche qui relève du rôle autonome des paramédicaux.

Initiée en 2010, la recherche en soins se structure sur les deux sites depuis novembre 2012, des professionnels s'investissent dans le cœur de leur métier pour faire évoluer les pratiques professionnelles. La recherche en soins peut se définir comme une démarche scientifique permettant de comprendre des problématiques et produire des connaissances nouvelles afin de réaliser des soins pertinents en s'appuyant sur des données scientifiquement validées.

Elle favorise la remise en question des pratiques professionnelles et concerne tous les professionnels qui souhaitent mener une réflexion sur leurs pratiques. La recherche en soins doit émaner de problématiques de terrain car elle vise à dispenser des soins de qualité.

> 2009, une étape majeure

Les sciences infirmières sont bien établies dans de nombreux pays comme le Canada ou les Etats-Unis. En France, la démarche est en cours de structuration. L'année 2009 marque une étape importante, la recherche paramédicale obtient le soutien des pouvoirs publics avec la création d'un Département des sciences infirmières et paramédicales (DSIP) au niveau de l'EHESP, destiné à l'enseignement et la recherche en sciences infirmières et paramédicales.
Cette même année, la DGOS lance le premier PHRI (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière) pérennisé en 2010 par le PHRIP (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale) visant à financer des projets de recherche comportant une investigation systématique conçue pour améliorer les connaissances, contribuant à l'amélioration des soins et des pratiques professionnelles.

Ce développement est conforté par la nouvelle formation infirmière (Licence, Master, Doctorat) qui place la recherche au cœur du système de formation et l'universitarisation des études officialise, en quelque sorte, la recherche en soins infirmiers.

L'axe recherche s'inscrit dans le projet de prise en charge du patient et le projet de soins de l'établissement.

L'axe recherche s'inscrit dans le projet de prise en charge du patient et le projet de soins de l'établissement.

> La recherche se structure avec la création du CHU

La recherche en soins est organisée avec la Direction de la recherche et l'Unité de Soutien Méthodologique (USM). Cette collaboration a débuté par la représentation de la DSIRMT au conseil scientifique de la DRCI en 2008.

Cependant, la recherche en soins reste naissante, même si elle a toujours été au cœur des préoccupations des DSI et inscrite dans les projets de soins institutionnels. En 2010, le GHSR a structuré un groupe qui s'est investi dans les projets de recherche et d'évaluation de pratiques soignantes.

C'est avec la création du CHU que la recherche se structure réellement. L'enjeu est important, le but n'étant pas de faire des chercheurs de tous les professionnels mais d'amener chaque professionnel à intégrer la recherche dans sa pratique.
Le but est de créer une dynamique, de promouvoir le développement de la recherche en soins et favoriser l'émergence de projets. Ces objectifs portent la communication et un projet de formation.
Au CHU, plusieurs actions sont mises en place :
■ Structuration au sein des groupes de recherche de comités de lecture, la participation aux journées de recherche et congrès ; …/…

- Soutien de l'USM pour les protocoles de recherche et la mise à disposition d'un temps IDE de recherche ;
- Une formation pour les membres du groupe recherche ;
- Un plan de formation pluriannuel.

> Les orientations pour 2013 2014

La circulaire DGOS/PF4/2013/105 du 18/03/13 relative aux PHRIP fixe les orientations et les grandes priorités suivantes : soins primaires, vieillissement, sécurité des patients. Celles-ci ne sont pas exclusives des autres thématiques ou problématiques de santé que les porteurs de projets souhaiteraient soumettre.

Les perspectives sont intéressantes, la prise en compte de l'importance du développement de la recherche paramédicale étant effective par la Direction du CHU et l'ARS. Celle-ci est inscrite comme axe de développement à part entière dans le volet recherche du projet HU. Les professionnels sont volontaires et intéressés mais ont besoin d'être «épaulés» pour avancer dans cette dynamique. La question de la valorisation des paramédicaux qui s'investissent doit également être posée. Cette réflexion devra être intégrée dans le dialogue des pôles sur les crédits d'intéressements recherche.

Contacts du groupe recherche :
CHU Sud Réunion :
Jean-Emile Payet 0262 35 90 00 poste 54429
CHU Félix Guyon :
Jasmine Payet 0262 90 50 50 poste 6161 ou 0692 26 77 38

Jean-Emile Payet et Jasmine Payet ■

Un COPIL et des membres actifs

Le groupe recherche est constitué d'un COPIL et de membres actifs, disposant d'un règlement intérieur et d'une note de cadrage

- Un directeur de soins, président de la CSIRMT : Jean-Marie Lebon
- Deux cadres supérieurs de santé désignés par le DSIRMT, pilotant la recherche en soins (Jean-Emile Payet, Jasmine Payet)
- Une IDE, détachée de la DRCI : Isabelle Rosiers.

Le groupe recherche est constitué de 15 professionnels au Nord et 24 au Sud.

Le groupe est consulté sur les projets et les EP3. Un partenariat est engagé pour le développement de la recherche en soins avec le Groupement Interrégional à la Recherche Clinique et à l'Innovation Sud-Ouest Outre-Mer (GIRCI SOOM) Une webconférence a permis aux différents hôpitaux d'échanger autour des problématiques de recherche. La formation a été évoquée. Des DU, des formations, du e-learning peuvent être proposés afin de permettre aux professionnels concernés de se former et d'échanger. ■

Le but n'est pas que de tous les professionnels deviennent des chercheurs mais d'amener chaque professionnel à intégrer la recherche dans sa pratique.

Les projets de recherche pour 2013

> ERIR
Etude contrôlée randomisée évaluant l'efficacité de la réflexologie plantaire vs effleurage du pied sur les nausées et vomissements chez les patients recevant une chimiothérapie anticancéreuse émétisante - chef de projet : Brigitte Saurat, IDE unité mobile de soins palliatifs.

> ERIAMS
Etude randomisée interventionnelle évaluant l'efficacité antalgique de la mobilisation passive et précoce de l'articulation scapulo-thoracique chez le patient hémiplégique en post-AVC - chef de projet : Isabelle Pioger, kinésithérapeute.

> COCONUT (diététique)
Etude multicentrique sur la consommation des compléments nutritionnels oraux dans les établissements de santé concernant trois établissements CHU, CHGM, EPSMR - Chef de projet principal : Bernadette Dumain, diététicienne; associés : V. Fontaine, G.Foucaud, F.Mayer, diététiciennes.

> INFOSIRUN (informatisation et pratique soignante).
Impact de l'informatisation des prescriptions sur l'administration infirmière des traitements médicamenteux, étude mono centrique - Chef de projet principal : Sarah Akhoun, IDE DIM ; associés : Thierry Hoarau, cadre pôle.

■

Le développement des structures sanitaires et des professions paramédicales : de la Départementalisation aux années 2000

Après vous avoir fait découvrir en début d'année (*Convergence n°19*), le développement des structures sanitaires et des professions paramédicales : de l'île Bourbon à la Départementalisation,* Convergence *vous entraîne cette fois-ci dans un passé plus proche, en retraçant l'histoire du développement des formations des ambulanciers, des auxiliaires de puériculture et des aides-soignants de la Départementalisation aux années 2000.

Un changement de société important et une véritable révolution sanitaire

La loi du 19 mars 1946 érige les colonies de la Guadeloupe, de la Martinique, de La Réunion et de la Guyane française en départements français. Le début de la départementalisation voit essentiellement le déblocage de fonds au bénéfice de l'aide sanitaire et sociale. En effet en 1946, les conditions de vie à La Réunion sont à l'origine d'une situation sanitaire précaire : espérance de vie de 48 ans, mortalité infantile de 180%, 6,5 enfants par femme et 29 médecins sur l'île.

Des structures départementales émanant des ministères sont mises en place sous forme de « Directions départementales » (Direction régionale de la sécurité sociale et Direction départementale de l'aide sanitaire et sociale en1947), et les lois sociales de l'Hexagone sont appliquées (Assurance vieillesse et aide médicale gratuite en 1948, Assurance maladie, maternité, invalidité et décès en 1954).

La construction du nouvel Hôpital Félix-Guyon, inauguré en 1957, est un symbole majeur du changement en cours. Le nombre de lits d'hôpitaux est multiplié par trois entre 1946 et 1956 et La Réunion se dote d'une médecine moderne.

Au cours des années, les formations vont se multiplier et surtout se professionnaliser à La Réunion. Les effectifs vont également sans cesse augmenter.

Le paludisme, qui représentait 38% des causes de mortalité en 1948, est éradiqué en cinq ans par une grande campagne antipaludique débutée en 1949. La mortalité infantile chute de façon spectaculaire dans les années 1950.

> La population réunionnaise va tripler en 50 ans

Ces progrès en matière de santé entraînent inéluctablement une explosion démographique. En 1931, il y avait 7 500 naissances pour 6 500 décès et en 1952, 13 000 naissances pour 4 600 décès. La population réunionnaise va tripler en 50 ans. Le paysage économique et social change considérablement, avec certes une augmentation du pouvoir d'achat, mais aussi une progression importante du chômage. Cependant, l'emploi progresse notamment dans les métiers de la santé et des services sociaux. Leurs effectifs passent de 350 personnes en 1954 à 6 400 en 1982.

Les structures sanitaires se développent et les formations aux métiers de la santé voient l'ouverture d'écoles et l'augmentation de leurs effectifs. Aujourd'hui, ces formations financées par les Fonds européens et régionaux attirent un grand nombre de jeunes Réunionnais.

La formation des ambulanciers

L'histoire de la formation d'ambulancier ne peut être présentée qu'en retraçant l'évolution des modes de transport sanitaire à La Réunion.

Au tout début, le déplacement des malades se faisait à dos d'homme ou sur chaise à porteur. Ce sont les hommes les plus forts et les plus robustes qui étaient appelés en fonction de leur lieu d'habitation.

Avant 1946, un embryon de réseau routier permettait le déplacement des malades, des blessés par des carrioles tirées par des mulets, des calèches tirées par des chevaux ou des charrettes tirées par des bœufs. A l'arrière de ses modes de déplacement, le malade était installé avec un membre de sa famille ou une personne connue pour ses dons de guérisseur ou de tisaneur. Pour les femmes enceintes, c'était la « matrone » du village qui officiait en tant que sage-femme et la plupart des accouchements se faisaient au domicile.

Après 1950, les municipalités sont devenues responsables du déplacement des malades, blessés et parturientes. Une ambulance communale était stationnée en permanence devant la mairie. Le malade était installé à l'arrière seul dans cette camionnette à moteur 2CV. Le chauffeur disposait uniquement du permis et un deuxième employé communal était assis à l'avant du véhicule. Aucune qualification n'était requise. Cependant, pour travailler sur l'ambulance, une bonne corpulence physique était nécessaire. Lors des déplacements, un drapeau flottant avec bruit au vent faisait office d'avertisseur.

> Une formation de 4 jours

1965-1966 : début de la formation des ambulanciers. Les pompiers ou la Croix-Rouge avaient la responsabilité de former les chauffeurs ambulanciers. La formation d'une durée de 4 jours était basée sur les gestes de secours.

Le chauffeur ambulancier, un employé communal, était stationné devant les dispensaires ou devant la mairie afin d'être joignable par téléphonique. Le véhicule utilisé était la plupart du temps une « 404 ambulance », équipée d'un avertisseur sonore en plus du drapeau. …/…

1975 : reconnaissance spécifique du métier d'ambulancier. A La Réunion, les premiers Certificats de Capacités Ambulanciers (CCA) ont été délivrés en 1975, après une formation dispensée par les pompiers dans leurs locaux de la rue Monthyon à Saint-Denis. Cette formation était étalée sur un an, à raison d'une journée par semaine (le samedi).

A partir de 1990, la formation des ambulanciers a été placée sous la responsabilité du CHD Félix-Guyon.

Conformément à l'arrêté du 21 mars 1989 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du diplôme d'Etat d'ambulancier, pour être admis en formation, le candidat devait avoir satisfait aux épreuves suivantes :

> Test d'aptitude physique (levée de charge), épreuve écrite, entretien oral. La durée de la formation était de 160 heures théoriques, avec pour contenu 3 modules (Santé ; Technique ; Aspects juridiques et déontologie). La formation est complétée par un enseignement pratique (Stage hospitalier : 24 demi-journées ; stage en entreprise de transport sanitaire : 26 demi-journées).

En 2007, l'école d'ambulancier du CHD se transforme en Institut de Formation d'Ambulancier.

Des contrôles de connaissances sont effectués tout au long de la formation et un examen final sanctionne les études par le certificat de capacité d'ambulancier délivré par la Direction des affaires sanitaires et sociales.

En 2007, l'école d'ambulancier du CHD se transforme en Institut de Formation d'Ambulancier (IFA) ; la formation est régie par un nouvel arrêté (26 janvier 2006).

La formation est actuellement dirigée par Daniel Jean-Baptiste.

La formation des auxiliaires de puériculture

La première école d'auxiliaires de puériculture fut ouverte à l'association Saint-François d'Assises de Saint-Denis en 1964.

Créée en 1995 à Saint-Pierre, l'école d'auxiliaire de puériculture était installée dans les locaux de l'école d'infirmières sur le boulevard Hubert Delisle dans les bâtiments appartenant au foyer Albert Barbot. L'école était agréée pour 15 élèves. La première rentrée scolaire a eu lieu le 13 février 1995.

Une cadre de santé puéricultrice assure la direction et les fonctions de formatrice auprès d'une promotion de 15 élèves issus de la liste complémentaire de l'école d'auxiliaire de puériculture de l'hôpital d'enfants de Saint-Denis (ASFA).

> Le premier concours d'entrée est organisé en 1996

A cette époque, les cours sont dispensés dans une salle qui avait servi de self aux élèves infirmiers.

Il est loin le temps où les cours étaient dispensés dans un ancien self.

Le Centre Hospitalier Général de St-Pierre, le Tampon (CHGSPT) disposait déjà à cette époque, des prémices du futur Institut d'études de santé puisqu'il regroupait sur le même lieu trois écoles de formations paramédicales (infirmières, aides-soignants et auxiliaires de puériculture).

En 1996, le premier concours d'entrée est organisé, l'école d'auxiliaire de puériculture et l'école d'aides-soignants sont regroupées. Une puéricultrice formatrice est recrutée.

En décembre 1998, les trois écoles paramédicales (infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de puériculture) déménagent du boulevard Hubert Delisle pour intégrer les nouveaux locaux de l'Institut de formation en soins infirmiers appelé aujourd'hui Institut d'Études de santé du Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion.

En 2006, un nouveau programme de formation est mis en place et les écoles d'auxiliaires de puériculture deviennent des Instituts de Formation d'Auxiliaires de Puériculture (IFAP).

De 2002 à 2012, l'IFAP du Centre Hospitalier de Saint-Pierre a permis à 151 élèves d'obtenir leur diplôme.

La formation est actuellement dirigée par Catherine Dijoux.

La formation des aides-soignants

Dès 1949, le grade d'aide-soignante est créé à titre provisoire afin de pallier la pénurie d'infirmières et répondre à un besoin d'hygiène dans les soins. Les Brevets d'enseignement professionnel sanitaire et social s'ouvrent. Le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignante (1956) devient obligatoire en 1960. Celui-ci deviendra Diplôme professionnel aide-soignant en 1996, puis diplôme d'Etat d'aide-soignant en 2007. Ce métier est intimement lié à celui de l'Infirmier(ère) dans une étroite collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

A La Réunion, l'école d'aides-soignants de Saint-Pierre dépendait à son origine de l'U.O.S.R., puis fut rattachée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) du C.H.S.P.T en **1996**. Aujourd'hui appelé Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS), il accueille 45 élèves aides-soignants encadrés par deux infirmières enseignantes.

Le CHU Site de Félix Guyon accueille également un IFAS qui forme plus de 40 professionnels par an.

La formation est actuellement dirigée par I. Fontaine.

Franck Bellier ■

Financés par le Conseil Régional de La Réunion, les Fonds européens et le CHU

l'Europe s'engage à La Réunion — Région Réunion www.regionreunion.com

Un partenariat conclu avec l'île sœur

C'est le 28 juin dernier qu'a eu lieu à La Réunion la signature de la première convention de coopération hospitalière entre le CHU, représenté par son Directeur Général, David Gruson et le ministère de la Santé de l'Île Maurice, représenté par son ministre, L'Hon Lormus Bundhoo.

A travers cet accord issu de trois ans de discussions, les deux parties souhaitent conforter et développer un véritable partenariat fondé sur un objectif partagé d'amélioration globale de la qualité et de la sécurité de l'offre de soins hospitaliers, ainsi que sur le développement de l'enseignement et de la recherche en lien avec l'UFR Santé du CHU de La Réunion et la faculté de médecine de Maurice.

La convention avec le ministère de la Santé de Maurice concrétise les excellents échanges qu'entretiennent les deux îles depuis plusieurs années.

Les parties mauriciennes et françaises souhaitent fixer un cadre formalisé au développement de cette coopération régionale, qui prenne en compte :

- Les particularités épidémiologiques de leur population, afin de cibler les actions de coopération dans des domaines reconnus de priorité de santé publique communs (diabète, obésité, maladies émergentes, VIH…).
- Les axes stratégiques de développement des établissements de santé des deux îles et notamment la création d'un schéma d'organisation hospitalo-universitaire à La Réunion et à l'ile Maurice.
- Le désir commun de renforcement de la qualité et de la sécurité de l'offre de prise en charge des patients dans la zone océan Indien.

La création du CHU offre une réelle opportunité pour le rayonnement de l'excellence française en santé dans la zone océan Indien. Cette convention s'inscrit dans le cadre de la stratégie de coopération en santé définie par l'Agence de Santé Océan Indien dans le Projet régional de santé.

Au cours des derniers mois, des partenariats stratégiques et de recherche ont été initiés ou consolidés avec le CHU de Tananarive, le gouvernement des Seychelles et le CHU de Durban en Afrique du Sud. L'année 2013 devrait aussi amplifier l'ouverture du CHU dans la zone Asie/océan Indien grâce à la prise de contacts avec de nouveaux pays tels que la Chine et l'Inde. ■

Cette convention, signée par le ministre mauricien de la Santé et le Directeur Général du CHU, porte sur trois domaines stratégiques : les soins, l'enseignement et la recherche

Les services d'Urgences d'Antananarivo renforcés

Un passé commun, une histoire parallèle, des liens du sang aux liens du cœur, tout nous unit, et parce que la médecine en général, et la médecine d'urgence en particulier, est le reflet des évolutions des sociétés, il n'est pas étonnant de voir les liens se renforcer entre les services d'accueil des urgences des hôpitaux universitaires d'Antananarivo et du CHU de La Réunion.

A l'heure où les avancées scientifiques et les programmes internationaux de recherche font la fierté et l'essence même du développement de notre établissement, il est fondamental que la communication et l'échange avec les îles voisines de l'océan Indien soient encouragés.

Madagascar, île sœur, île Rouge, Grande île… les qualificatifs ne manquent pas mais tous ne reflètent pas la réalité de ce pays de 13 millions d'âmes dont 2 millions vivent dans la capitale et 72,5% en milieu rural. L'espérance de vie y est de 58 ans, l'indice de fécondité de 5,6 enfants/femme mais la mortalité infantile de 75,2%. Si l'insuffisance de l'instruction est un problème sociétal majeur avec 33% d'analphabètes, les conditions de vie précaires sont aussi une réalité préoccupante (seulement 27,7% des Malgaches avaient accès à l'eau potable en 2001).

Dans ce contexte socio-environnemental difficile, comment envisager une optimisation de l'accès aux soins ? C'est le défi que les médecins urgentistes de Madagascar ont décidé de relever. Accompagnés dans leur démarche par le directeur du CHU, l'université d'Antananarivo et le ministère de la Santé, ils se sont donné trois premiers objectifs : redéfinir et améliorer l'accueil des malades aux urgences du CHU de la capitale, élaborer et faire partager par les équipes de soins des protocoles médicaux et paramédicaux adaptés et compatibles avec les dernières recommandations scientifiques, et enfin développer et animer un réseau de médecine d'urgence de l'océan Indien.

Depuis 2009, un partenariat professionnel et humain s'est développé entre les deux CHU. Les formations délocalisées ont permis de recentrer les problématiques et de mettre en place des plans d'action concrets et pérennes.

> Un accompagnement de nos équipes médicales

Un centre de régulation des appels va voir le jour. La mise en place d'un Service d'Aide Médicale d'Urgence, SAMU, à Madagascar est-elle envisageable ? Oui, ce n'est ni un rêve, ni une utopie : grâce à la volonté de tous et à un soutien institutionnel et politique effectif, un centre de régulation des appels va voir le jour, en septembre prochain, à Antananarivo.

Formation aux techniques de soins en urgence.

Du personnel formé, une salle dédiée, une logistique transférée depuis notre département et un accompagnement par nos équipes médicales devraient permettre, dès la fin de l'année, l'accès des habitants de la capitale aux conseils des médecins urgentistes et, si la situation le nécessitait, à l'envoi d'un transporteur adapté.

Cet échange entre les deux services d'Urgences des CHU d'Antananarivo et de La Réunion dépasse forcément le strict cadre professionnel : c'est parce que l'Histoire est écrite de la main de l'Homme qu'elle prend tout son sens.

François Hervé ■

JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2013

6 mois DE COMPLÉMENTAIRE santé offerts*

CODE PROMO : OP30PN

La MNH est la 1re mutuelle du monde de la santé et du social.

Le même instinct de protection. La même exigence en matière de prestations. La même fibre solidaire... La MNH partage beaucoup avec les professionnels de la santé et du social. Tout ce qu'une mutuelle, née dans le monde hospitalier, peut vous apporter.

MNH
Santé – Prévoyance – Services

L'esprit hospitalier en plus.

www.mnh.fr

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE

N°Cristal 09 72 72 00 34
APPEL NON SURTAXE

* Offre réservée aux nouveaux adhérents pour une adhésion prenant effet entre le 1er septembre 2013 et le 1er mars 2014, dont le bulletin d'adhésion est signé entre le 1er septembre 2013 et le 31 décembre 2013 (date de signature faisant foi) et adressé à la MNH avant le 31/01/2014 (cachet de la poste faisant foi). 3 mois de cotisation offerts la première année, 2 mois de cotisation offerts la deuxième année et un mois de cotisation offert la troisième année.

Vos correspondantes MNH :

Josie Guérin, Centre hospitalier départemental Félix Guyon, Saint-Denis - **Tél. 02 62 90 50 69** - mnh.fguyon@chr-reunion.fr

Camille Heekeng, Groupe hospitalier sud Réunion, Saint-Pierre - **Tél. 02 62 35 90 37** - camille.heekeng@chu-reunion.fr

MNH Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social. 331, avenue d'Antibes 45213 Montargis Cedex. La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculées au répertoire SIRENE sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance - Septembre 2013 - Crédit photo : Maria DARAMA.