

CONVERGENCE

Ensem'vous serv la vi!

➤ N° 22 | Octobre | Novembre | Décembre 2013



La sécurité du patient à l'hôpital

P 11 | Le soin, un métier
L'addictologue

P 14 | Recherche
La Réunion très investie
dans la recherche en périnatalité

P 18 | Coopération
Des anesthésistes mozambicains
formés à Saint-Pierre

- 3.....**Édito**
- 4.....**Actualité**
- Immersion au cœur de la médecine de plongée et de l'hyperbarie
 - Des jeunes patients exposent au CHU Félix Guyon
- 5.....**Dossier**
- La sécurité du patient à l'hôpital
- 11.....**Le soin un métier**
- Établir un lien de confiance avec le patient
- 12.....**Focus**
- Le sevrage du patient addicté
- 13.....**Qualité**
- La gestion des déchets d'activité de soins
- 14.....**Recherche**
- La Réunion très investie dans la recherche en périnatalité
 - APIDOM : Les projets « CréoQoL » et « Partosure – Océan Indien » retenus
- 16.....**Enseignement, écoles et formation**
- Le développement des structures sanitaires et des professions paramédicales : de la départementalisation aux années 2000 (4^e partie)
- 18.....**Coopération**
- Des anesthésistes mozambicains formés à Saint-Pierre
- 19.....**Paroles aux usagers**

Convergence

- › Directeur de la Publication :
David Gruson
- › Réalisation : Service communication du CHU de La Réunion
- › Crédit photos :
Aporos ; Frédérique Boyer ; Pauline Stasi ; David Mete ; Didier Prouteau ; Philippe Cony, Franck Bellier.
- › 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

Modernisation des sites du CHU : les projets sont lancés !



La fin de l'année 2013 a été marquée par des avancées très importantes pour confirmer l'engagement des opérations majeures de modernisation de notre tout jeune CHU de La Réunion.

L'Agence Régionale de Santé Océan Indien et les partenaires financiers majeurs de l'établissement que sont l'Agence française de développement et la Caisse des dépôts et consignations ont, en effet, adressé des signaux très forts permettant l'engagement de nos opérations d'investissement structurantes :

- > L'opération de développement des capacités en neuro-rééducation et sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sur le site du Tampon ;
- > Le Bâtiment de soins critiques sur le site de Saint-Denis, celui-ci incluant la future plateforme commune « 15-18 » qui représente une avancée majeure au niveau régional ;
- > La requalification et l'extension du Bâtiment central de Saint-Pierre dont la Haute autorité de santé vient de rappeler toute la nécessité dans une logique d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients.

La mise en service du nouveau Centre de recherches sur TechSud a, par ailleurs, permis de montrer, à nouveau, toute la dynamique du projet hospitalo-universitaire – notamment dans ses volets enseignement et recherche – pour contribuer à porter les actions fortes de l'établissement en lien étroit avec l'Université de La Réunion.

L'engagement des partenaires Union européenne, État, Région et Département doit naturellement également être fortement souligné dans la mise en œuvre de ces projets du CHU. De ce point de vue, le dialogue sera poursuivi pour permettre la pleine reconnaissance de ces opérations au titre de la prochaine génération de fonds européens qui constitue une opportunité majeure pour la poursuite du développement du secteur santé à La Réunion.

Ces avancées ont été permises par l'engagement au quotidien de l'ensemble des professionnels du CHU qu'il convient à nouveau de remercier sincèrement. Ces opérations de modernisation contribueront à l'amélioration du bien-être au travail dans le cadre d'une démarche plus large initiée à ce titre sur les différents sites et, dès le début de l'année 2014, à l'échelle du CHU. La mise en œuvre des axes du projet social du CHU continue, plus largement, de constituer un engagement très fort de l'établissement dont le suivi sera poursuivi.

Je voudrais, enfin, saluer les résultats également obtenus sur le terrain du partenariat avec les autres acteurs de l'offre de soins. C'est le cas de la consolidation des partenariats avec les hôpitaux publics de La Réunion et de Mayotte. C'est le cas aussi des démarches innovantes initiées avec nos partenaires libéraux.

Qu'il me soit donc permis de former le vœu, en ce début 2014, d'une année à nouveau très dense en réalisations au service de la qualité des soins apportés aux Réunionnaises et aux Réunionnais.

Merci pour votre engagement !

David GRUSON ■
Directeur Général
du CHU de La Réunion

Immersion au cœur de la médecine de plongée et de l'hyperbarie

Pour la première fois dans le monde de la médecine de plongée et de l'hyperbarie, plus de 250 spécialistes venus de 32 pays se sont retrouvés du 22 au 29 septembre derniers, sous l'égide de l'Aresub (Association Réunionnaise de Médecine Subaquatique et Hyperbare), à La Saline.

Alterner réunions scientifiques, ateliers de travail et plongées, les participants ont mis à profit cette semaine pour échanger et partager leurs connaissances et recherches dans ce domaine très technique qu'est la médecine de plongée et l'hyperbarie.

Ce congrès est l'occasion de se plonger au cœur du service Hyperbare du CHU à Saint-Pierre. La Réunion, qui possède son propre caisson hyperbare depuis 1982, occupe une place très importante dans ce domaine tant au niveau de la zone océan Indien qu'à l'international.

Le Dr Cyril d'Andrea, responsable du service Hyperbare, revient sur les diverses utilisations du caisson. «*Tout d'abord, bien sûr, lors d'un accident de plongée. On en recense environ entre 15 à 20 par an plus ou moins graves, ce chiffre est sensiblement le même d'une année sur l'autre. Les plongeurs de Madagascar, victimes d'accidents, peuvent également être rapatriés sur Saint-Pierre. Ensuite, le caisson permet également de tester les aptitudes de plongeurs professionnels, de conseiller ou encore de déceler d'éventuelles anomalies anatomiques.*

Les pieds des diabétiques

Mais l'activité de ce caisson est loin de s'arrêter au monde de la plongée et des accidents de



Entre 2 400 à 2 700 séances sont effectuées chaque année dans le caisson du service Hyperbare, dirigé par le Dr Cyril d'Andrea à Saint-Pierre.

décompression, l'hyperbarie, c'est-à-dire le traitement par oxygénation, a fait l'objet de nombreuses recherches et avancées ces dernières années qui lui permettent dorénavant de soigner un panel plus important de patients. En effet, le Dr Cyril d'Andrea tient à préciser que «*la médecine hyperbare est de plus en plus utilisée pour soigner de nombreuses pathologies comme l'intoxication au monoxyde de carbone, l'embolie gazeuse, les cicatrisations difficiles notamment des pieds chez les diabétiques, permettant d'éviter ainsi des amputations ou bien de définir à quel niveau le membre doit être amputé, ainsi que les plaies chirurgicales, les tissus brûlés lors d'une radiothérapie, etc.*». Pas moins de 2 400 à 2 700 séances sont recensées chaque année à l'hôpital de Saint-

Pierre, le caisson pouvant accueillir jusqu'à six places assises. La durée des séances varie en fonction de la pathologie des patients.

Tout d'abord, il y a une phase de compression correspondant à une entrée d'air dans le caisson qui est fermé hermétiquement, puis lorsque suffisamment d'air est entré dans le caisson pour atteindre la pression souhaitée, le patient va mettre un masque permettant d'inhaler 100% d'oxygène, enfin après un laps de temps défini, la phase de décompression va débuter de façon progressive.

Les séances sont placées sous la surveillance d'un personnel très qualifié. Trois personnes sont requises pour une séance : un médecin, un caisson master et un infirmier, toutes doivent avoir une condition physique irréprochable. Un suivi médical spécifique est mis en place. Le service Hyperbare de Saint-Pierre assure aussi un rôle de formation dans la zone de l'océan Indien puisque les équipes sont allées partager leurs connaissances à Mayotte, à Maurice et doivent retourner prochainement aux Seychelles.



Des jeunes patients exposent au CHU Félix Guyon

La Kaz'ados et l'association Kairos se sont associées pendant plusieurs mois, afin de proposer à de jeunes patients, suivis pour des pathologies diverses au CHU Félix Guyon et à l'Hôpital d'Enfants, de développer un projet photographique et visuel. Les photos prises par ces jeunes patients sont venues parer les murs de l'atrium du CHU Félix Guyon du 9 octobre au 10 décembre derniers.

Ils s'appellent Ahmed, Ayda, Émilie, Hayiria, Karim, Lindsay, Mariama, Mégane, Ymane ou encore Zainata, sont âgés de 12 à 21 ans, et sont devenus en l'espace de quelques mois des Robert Doisneau en herbes.

Accompagnés par leurs soignants de la Kaz'ados, du CHU Félix Guyon et de professionnels de l'image, qui les ont initiés à la photo numérique, ces jeunes patients ont raconté à travers ces photos, leur quotidien à l'hôpital ou ailleurs. Ces clichés, qui ont permis à ces jeunes de saisir des instants de vie et de voir la maladie et l'hôpital sous un autre regard, ont également créé des

liens dans les services, entre les adolescents et le personnel.

Des coulées de lave à Cilaos, en passant par la Fabrik et le Jardin de l'État, ils ont sillonné l'île d'est en ouest. L'occasion, pour ces adolescents venus d'horizons divers, de découvrir des sentiers inconnus et d'autres cultures.

Pas moins de 20 000 clichés sont nés de ces rencontres, des paroles graphiques parfois drôles, insolites ou graves mais toujours passionnées. Environ 125 photos ont été exposées dans le hall d'accueil du CHU Félix Guyon ainsi que sur les grilles du Jardin de



Pendant plus d'un mois, les murs de l'atrium se sont colorés des paroles graphiques de ces jeunes patients.

l'État en octobre dernier. L'exposition est visible actuellement à l'EPSMR.

La sécurité du patient à l'hôpital



La dernière enquête nationale permettant de mesurer la fréquence des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) date de 2009.

Il s'agit de l'enquête ENEIS. Cette enquête révèle qu'un événement indésirable grave associé aux soins (EIG) survient tous les 5 jours dans un service de 30 lits. Or environ 30 % de ces événements sont évitables. Garantir en tout lieu et toute circonstance la sécurité des soins est donc un enjeu de santé publique, reconnu comme une priorité d'action au niveau national. Fort de ce constat, le ministère de la Santé a organisé du 25 au 29 novembre derniers, la 3^e édition de la Semaine de la sécurité du patient à laquelle s'est associé le CHU de La Réunion.

Qu'est-ce qu'un événement indésirable grave ?

Un EIG est un événement ayant une nature négative pour le patient avec un caractère certain de gravité (prolongation de la durée d'hospitalisation, hospitalisation en réanimation, ré-intervention chirurgicale, ré-hospitalisation, morbidité ou décès), et qui sont en lien avec les soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique. Les EIG sont plus fréquents en chirurgie qu'en médecine et plus nombreux dans les CHU. Cela s'explique notamment par une plus grande complexité des cas pris en charge par ces établissements.

Selon l'ENEIS (enquête nationale sur les événements indésirables graves) de 2009, on dénombre de 275 000 à 395 000 événements indésirables graves par an en France, soit 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie, 4,7 en médecine) ou un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Ces données sont stables dans le temps (enquêtes ENEIS de 2004 et 2009) et comparables avec celles des pays étrangers. Plus d'un tiers des EIG sont évitables.

David Payet, gestionnaire des risques pour le CHU Nord est formel «*le risque zéro n'existe pas en médecine*». Il faut donc gérer ce risque, à savoir le connaître pour le réduire. Selon ce spécialiste du risque «*un des enjeux est de discerner la balance bénéfique/risque de chaque acte de soins*». Il est possible d'œuvrer dans différents domaines afin de garantir la qualité des soins et de gérer au mieux ces risques pour diminuer les événements indésirables graves (EIG). (Lire encadré).



David Payet insiste sur le fait «*qu'il est fondamental de tout mettre en œuvre afin de prévenir les risques, de les identifier avant qu'ils ne surviennent*».

La mobilisation des établissements de santé français depuis de nombreuses années pour lutter contre les infections nosocomiales, qui touchent près d'un patient sur 20, prouve bien que la sécurité des soins est un combat prioritaire. Les hôpitaux ont mis en place des politiques de prévention efficaces notamment au sein des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Dans l'enquête ENEIS 2009, le risque infectieux n'arrive qu'en 3^e position parmi les principaux risques identifiés.

Le risque lié aux actes invasifs (dont les interventions chirurgicales) arrive en tête de liste. Suivi par le risque médicamenteux qui arrive en 2^e position.

Le patient, co-acteur de sa santé

L'un des moyens de progresser dans la gestion des risques est de faire en sorte que le patient devienne co-acteur de sa santé, et de sa sécurité, lorsque son état le lui permet.

« **L**e patient ne doit pas avoir peur de parler, par exemple de sa douleur », comme nous l'explique David Payet. « Le soignant doit pouvoir classer l'intensité de la douleur. Les soignants pourront ainsi mieux la prendre en compte. La douleur peut aussi jouer un rôle d'alerte ».

Il est essentiel de développer une relation soignant-soigné plus équilibrée, dans une logique de partenariat, prenant en compte les facteurs individuels, y compris socio-économiques. Le fait que le patient soit un enfant ou une personne âgée doit être également surveillé avec attention. En cas d'impossibilité de communiquer avec le patient, les proches auront un rôle essentiel de relais.

« Il n'y a jamais de questions idiotes »

Pour David Payet, il est très important que le patient « s'interroge et interroge le personnel de santé : Pourquoi ce traitement ? A quoi sert-il ? Est-il compatible avec les traitements usuels ? ». Le Dr Lugagne-Delpon affirme à juste titre qu'en « médecine, il n'y a jamais de questions idiotes. Le patient doit pouvoir obtenir des réponses



Le soignant doit être à l'écoute du patient

aux questions qu'il se pose, afin de mieux comprendre sa maladie. Ce qui peut permettre d'éviter des conséquences fâcheuses. Il doit être actif autant que son état le permet. Le personnel doit de son côté faire preuve d'une "écoute active" du patient, même si le manque de temps ne rend pas la chose facile ».

Enfin, le patient doit avoir la possibilité, s'il le souhaite, de pouvoir inscrire ou faire inscrire dans son dossier médical, et à terme dans le dossier médical personnel (DMP), un message qu'il estime important pour la sécurité de sa prise en charge.

Une Maison des usagers pour Félix Guyon



Au sein même du site Félix Guyon, un nouveau lieu dédié aux usagers et à leurs proches, ouvrira ses portes dans quelques semaines.

Cette Maison des usagers, qui répond à une recommandation du ministère de la Santé, s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de leurs familles. C'est un lieu neutre, rassurant et convivial où les personnes hospitalisées ou suivies en consultation et leur entourage peuvent recevoir un soutien et obtenir des informations, des conseils.

Selon Philippe CONY, de la Direction des travaux et des services techniques « une vingtaine d'associations, dont la permanence de la CRUQ-PC, doit profiter des locaux de cette maison de plain-pied de 180 m², facilement accessible pour les personnes à mobilité réduite ». Le CHU Sud Réunion devrait lui aussi bénéficier d'une Maison des usagers très prochainement.

La sécurité médicamenteuse

La sécurité médicamenteuse est un processus complexe qui va de la prescription du médicament, à sa délivrance par la pharmacie et se termine par l'administration au patient.



« Aller sur le terrain, dialoguer, s'appuyer sur la valeur ajoutée des professionnels sont indispensables pour bien gérer les risques », selon Jean-Jacques Le Berre.

Jean-Jacques Le Berre, gestionnaire des risques pour le CHU Sud souligne « l'importance de la règle des "5 B" dans la sécurisation de l'administration médicamenteuse, c'est-à-dire administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment et au Bon patient ».

Selon le Dr Nathalie Lugagne-Delpon, responsable du pôle Qualité, sécurité des patients, premier pôle transversal du CHU de La

Réunion, « il est primordial de bien prendre en compte le traitement personnel du patient. En effet, si à titre d'exemple, un patient diabétique hospitalisé en orthopédie, n'a plus de traitement pour son diabète, cela engendrera de graves conséquences sur sa santé. Il faut absolument qu'il y ait une bonne communication entre le patient, le personnel médical, la pharmacie et le personnel de soins pour que la sécurité médicamenteuse soit assurée ».

La structuration des démarches de gestion des risques s'inscrit dans une logique d'amélioration continue dans la durée. Danièle Won-Fah-Hin, membre de la CRUQ-PC remarque à ce titre « qu'un effort très important a été réalisé au CHU sud depuis 4 ans, car auparavant les médicaments étaient déposés devant les différents pavillons. Cette habitude avait engendré des erreurs, Mais depuis ils sont distribués en mains propres et elles ont diminué.



Un grand effort est réalisé par le CHU pour réduire au maximum les erreurs médicamenteuses.

Par ailleurs, il faut également bien expliquer au patient les médicaments qu'il doit prendre, car parfois ne sachant pas bien lire, il va se référer à la couleur des comprimés. S'il se retrouve un jour avec des génériques, notamment à la sortie de l'hôpital, le patient sera déstabilisé et risque de se tromper de médicament ».

Apprendre de ses erreurs : un élément essentiel de la culture de sécurité



Pour le Dr Lugagne-Delpon « le concept d'apprendre de ses erreurs est fondamental, sinon elles risquent de se reproduire ».

« **L**a seule véritable erreur est celle dont on ne tire aucun enseignement », cette citation datant de la fin du 19^e siècle de l'explorateur américain John W. Powell, est encore pleinement d'actualité aujourd'hui. En effet, l'erreur peut résulter de causes multiples, nous avons donc tout intérêt à explorer ces différentes causes pour qu'elle ne se reproduise pas.

Pour le Dr Lugagne-Delpon « le concept "d'apprendre de ses erreurs", apparu aux Etats-Unis dans les années 80, s'est développé au CHU depuis quelques années. La gestion des risques pour permettre de sécuriser un système doit pouvoir alerter en cas de dysfonctionnement (humain, organisationnel, matériel, etc.), le but n'est pas d'être punitif, mais de travailler à la source, de comprendre ce qui s'est passé et ainsi de pouvoir analyser. La transparence est impérative ».

URPS : « Favoriser le décloisonnement entre la ville et l'hôpital »

Le Dr François Rahmani, président de l'URPS des médecins libéraux, souligne l'importance capitale de la communication et du transfert de données dans la sécurité des patients au cours de leur hospitalisation. Selon lui, un effort particulier doit être déployé vis-à-vis des professionnels de santé libéraux et de leurs patients, afin de favoriser le décloisonnement entre la ville et l'hôpital.

A cette fin, il préconise :

En dehors des situations d'urgence :

- > Le patient doit avoir une lettre de son médecin traitant expliquant le motif de la prise en charge hospitalière, le traitement médical suivi et résumant ses antécédents. Dès l'hospitalisation, le praticien hospitalier doit confirmer à son collègue de ville l'admission du patient par fax, sms ou par téléphone ;
- > Ne pas arrêter les médicaments prescrits en ville sauf avis contraire de l'équipe hospitalière ;

- > Associer le médecin traitant autant que de besoin aux soins du bloc opératoire ;
- > Anticiper la sortie du patient en prenant un rendez-vous avec le médecin traitant, avec les paramédicaux ;
- > Organiser si besoin l'hospitalisation à domicile en accord avec le médecin de ville ;
- > Établir un bilan de sortie comportant les éléments essentiels de la prise en charge ultérieure, le diagnostic et le suivi, (ordonnance si besoin, soins à prévoir dès la sortie, infirmiers, kinésithérapie...).

Un courrier doit être remis au patient et au médecin traitant et signé du praticien hospitalier responsable.

Lors d'une hospitalisation en urgence :

- > Contacter le médecin de ville responsable du patient et connu (exemple : téléphoner pour obtenir les éléments du dossier médical).

Dr François Rahmani, ■

Président de l'URPS des médecins libéraux

L'identité du patient tout au long du parcours de soins

L'identito-vigilance est un domaine dans lequel le CHU de La Réunion est engagé.

La Réunion est notamment confrontée à un problème répandu d'homonymies. Ainsi comme nous l'explique le Dr Lugagne-Delpon « de nombreux Réunionnais portent le même nom de famille.

Certains prénoms comme Marie sont très donnés. Il est donc essentiel de préciser les noms de jeunes filles, les dates de naissance avec les bons documents faisant foi. Il faut bien s'assurer de l'identité du patient avant de donner un soin. Le personnel hospitalier doit systématiquement demander au malade qui il est.

Le patient doit s'habituer à ce qu'on lui pose ces questions de façon récurrente : sa sécurité en dépend ».

L'administration du CHU demande également au



Une pièce d'identité est systématiquement demandée au patient.

patient de fournir une pièce d'identité en plus de la carte vitale, afin d'être certain qu'il n'y ait aucune erreur sur l'identité du patient.

Un bracelet au poignet

Véronique Carpin, cadre du pôle qualité sécurité du patient, explique « qu'un système de bracelet

mentionnant l'identité précise et détaillée du patient est en train d'être mis en place dans les différents services du CHU ».

Ce bracelet - à l'instar de ce qui existe déjà pour le service des Urgences - représente une sécurité supplémentaire en cas de déplacements dans l'hôpital, de prises en charges complexes ou à l'occasion de certains soins. « Le professionnel de santé doit vérifier à chaque fois le nom inscrit sur le bracelet. Toutefois, il est important de signaler qu'un patient, s'il le souhaite, peut le refuser, le CHU lui explique pourquoi il est préférable qu'il le garde à son poignet, mais libre à lui de l'accepter ou non ».

La structuration des démarches de sécurité des patients au niveau régional

Selon Jean-Jacques Le Berre « une réflexion en partenariat avec l'ARS débute actuellement afin de créer un réseau de gestion des risques au niveau régional. Ce réseau pourrait intéresser aussi bien les acteurs intra hospitaliers que les libéraux. Il aurait pour mission de favoriser les échanges et partages d'expérience, de développer la formation aux outils de la gestion des risques, d'ouvrir nos expertises et notre appui dans la zone océan Indien ».

Le « retour d'expérience »

La déclaration des EIG permet d'analyser les causes dans le dispositif de sécurité des soins. C'est grâce à cela que peut se développer le « retour d'expérience », qui permet de renforcer la sécurité des soins. Cela peut également aider à mettre en place, comme le souligne David Payet « une cartographie des risques qui a pour but de cerner, de situer et donc de prévenir les risques. L'axe prioritaire du CHU au quotidien est d'éviter ou de réduire les erreurs et leurs impacts ».

En effet, Jean-Jacques Le Berre explique que « les méthodes d'analyse des risques se sont inspirées de méthodes développées dans les industries à risque (aéronautique, spatiale, nucléaire, etc.). On définit les différentes étapes de la prise en charge du patient comme dans un processus complexe en prenant en compte les facteurs humains, environnementaux, organisationnels matériels, et les infrastructures. Cette approche permet une analyse de l'incident avec construction d'un plan d'action de maîtrise du risque ».

Bénédicte Artarit est ingénieur Qualité à Félix Guyon, son travail consiste notamment à récolter, à analyser les données, afin de mettre en place des recommandations, des conseils, des pratiques adéquates pour améliorer la gestion des risques.

La communication est donc essentielle pour éviter les EIG. « L'idée n'est pas de pénaliser, mais plutôt de redonner confiance aux professionnels de santé », comme le souligne David Payet. La communication doit s'effectuer à la fois entre le patient et les soignants, les soignants entre eux et cela autant à l'hôpital qu'à sa sortie.

« Le patient a un réel besoin de vérité »

Il doit exister une véritable culture de la transparence entre patients et professionnels, La loi du 4 mars 2002 définit la communication entre le professionnel de santé et le patient notamment lorsqu'un EIG intervient. David Payet fait remarquer qu'un patient comprend mieux la situation « lorsqu'on lui explique ce qui s'est passé. Il a un réel besoin de vérité ».

L'annonce d'un EIG est protocolisée, le patient doit être prévenu. Son entourage et lui font l'objet d'une prise en charge particulière, notamment psychologique, on leur explique les différentes démarches à leur disposition, notamment auprès des représentants des usagers. (Lire encadré de la CRUQ-PC). Un médecin et un médiateur les rencontrent s'ils le désirent. Parallèlement le service de gestion des risques réalise une analyse approfondie des causes de cet EIG.

Le dialogue est primordial, il doit permettre de faire émerger une véritable culture de la sécurité et de la transparence entre patients et professionnels.

« Le patient apporte un regard extérieur à l'hôpital »



Roger André, représentant des usagers du Conseil de Surveillance et Véronique Minatchy.

« Pour nous, la sécurité et la qualité vont de pair, il est impossible de les dissocier. La qualité des soins est primordiale pour le patient, il faut absolument faire le maximum pour lui assurer cela.

Ici, à La Réunion, le CHU est très à notre écoute, mais d'une façon plus générale, il y a trop souvent un manque de reconnaissance, de dialogue, d'écoute avec l'usager. C'est regrettable, car le patient, l'usager apporte un regard extérieur à l'hôpital, c'est très important d'en prendre conscience. Le patient souhaite une qualité d'accueil, de soins, d'hôtellerie. Grâce à l'information qu'il reçoit, le patient devient acteur, il va ainsi pouvoir décider de son parcours de soins. Notre collectif est force de proposition ou de soutien pour certaines causes, comme cela a été le cas avec la réouverture de la greffe rénale à La Réunion. Maintenant, nous militons pour l'ouverture d'un service de greffe cardiaque, car sinon les patients sont obligés de partir en métropole pour une très longue durée.

Le cas de Mayotte est un peu particulier, car c'est un DOM depuis peu, on commence à

mettre un système en place de représentants de usagers, nous construisons cela progressivement.

Le bénévolat est réellement un don de soi. »

Véronique MINATCHY, ■
présidente du CISS-OI (Collectif Interassociatif Sur la Santé de l'Océan Indien)

Le CISS en bref :

Le CISS Océan Indien, Collectif Interassociatif Sur la Santé de l'Océan Indien, regroupe une vingtaine d'associations de La Réunion et de Mayotte, c'est le 23^e CISS régional et le premier CISS dans un DOM. Les objectifs du CISS-OI sont de :

- > Défendre les intérêts et les droits, informer les usagers du système de santé et leurs associations ;
- > Former les représentants des usagers ;
- > Communiquer sur leurs revendications ;
- > Définir des stratégies communes pour améliorer la prise en charges des personnes.

Bien préparer la sortie du patient

On touche là à une étape-clé dans la sécurité du patient. En effet, il y a une vie après l'hospitalisation et il est essentiel que la sortie d'un patient hors des murs de l'hôpital n'entraîne pas une rupture dans les soins. Selon le Dr Lugagne-Delpon, la sortie du patient doit se faire « dans la continuité, dans le cadre du parcours de soins. L'information doit circuler entre le milieu hospitalier et les professionnels libéraux de santé. Le réseau doit être maillé ».

Des consignes doivent être données afin que le médecin traitant, l'infirmier ou le pharmacien connaissent l'état de santé du malade, les raisons précises de son hospitalisation, sa pathologie, etc. (Lire encadré de l'URPS).

Josette Maunier, représentante de la CRUQ-PC pour le Nord, insiste pour que « chaque patient sorte de l'hôpital avec une lettre très précise pour son médecin traitant afin d'assurer la continuité des soins ».

Un système de varangues de sortie

Le programme national de sécurité des patients pour la période 2013-2017 (PNSP), réalisé avec la HAS, souhaite élaborer et expérimenter un document de sortie type, intégrant la synthèse du séjour du patient, notamment lisible par lui.

Jean-Jacques Le Berre explique qu'afin d'assurer la sécurité des soins lors de la sortie d'un patient, le CHU Sud a commencé à instaurer « un système de varangues de sortie », organisation qui semble porter ses fruits. « Ces varangues ou salons de sortie préparent en amont la sortie du patient en regroupant l'ensemble des informations et, consignes nécessaires à sa sortie (ordonnances, futur rendez-vous, n° de téléphone utiles, ...). Un appel téléphonique est réalisé le lendemain de l'hospitalisation dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ». Ces varangues de sortie devraient à terme être développées dans différents services du CHU.

La qualité des soins et la sécurité des patients sont indissociables. La gestion des risques travaille à détecter les risques liés aux soins afin de les prévenir ou d'en atténuer les conséquences Le CHU de La Réunion a dédié un pôle spécifique à cette mission qui œuvre chaque jour pour résoudre au mieux cette difficile équation.

Des usagers mobilisés au sein du CHU



De gauche à droite : Josette Maunier, Gabrielle Fontaine, représentantes des usagers pour Félix Guyon, Danièle Won-Fah-Hin et Céline Lucilly pour le site du Sud.

La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ-PC), issue de la loi Kouchner de 2002 et du décret de mars 2005, relatif à la sécurité des soins, est chargée de veiller au respect des droits des usagers.

Elle a pour mission de faciliter leurs démarches, de veiller à ce qu'ils puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, d'entendre les explications de ces derniers et d'être informés des suites réservées à leur demande. La CRUQ-PC contribue donc à l'amélioration de l'accueil de la personne malade, de ses proches et, globalement, de l'ensemble de la prise en charge.

A ce titre, la CRUQ-PC est consultée sur la politique menée dans l'établissement, fait des propositions en ce domaine et est informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formulées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. Chaque année, elle rédige un rapport présenté au conseil d'administration de l'établissement de santé. Ce rapport et ses conclusions sont transmis à l'ARS. La CRUQ-PC se réunit une fois par trimestre. Ces membres sont tenus au secret professionnel. La durée de leur mandat est de trois ans, renouvelables. « Au sein de cette instance, nous cherchons des solutions, afin d'améliorer l'accueil et le confort des malades ».

Une oreille attentive, extérieure à l'hôpital

Gabrielle Fontaine, Céline Lucilly, Josette Maunier et Danièle Won-Fah Hin, représentantes de la CRUQ-PC respectivement pour le Sud et le Nord de l'île, font un réel travail afin de garantir la sécurité des patients

et leur apporter les conseils nécessaires. La palette de ces bénévoles est très étendue, elle va d'aider un patient qui a perdu son téléphone ou qui a un problème de climatisation, à lui expliquer ses droits en cas d'EIG, les tentatives de conciliation possibles, etc. « J'accueille et écoute les usagers, je les oriente vers la personne compétente qui se charge de les aider », affirme Céline Lucilly.

Parfois, comme nous l'explique Josette Maunier, elle se retrouve « à reconforter un père ou un mari de la mort d'un fils ou d'une épouse. Il n'est pas toujours facile de se détacher des douleurs de quelqu'un. Les usagers ont souvent besoin d'une oreille attentive, extérieure à l'hôpital ».

Gabrielle Fontaine, Céline Lucilly, Josette Maunier et Danièle Won-Fah Hin œuvrent pour améliorer au quotidien la sécurité des soins, la sortie du patient, le circuit du médicament ou encore l'identité des patients. Grâce aux données, aux plaintes, aux félicitations parfois aussi et aux permanences qu'elles assurent, elles sont des éléments essentiels au dialogue et à la transparence entre les usagers et l'hôpital.

Ces représentants de la CRUQ-PC, qui se qualifient parfois comme un trait-d'union entre les usagers et le CHU tiennent leurs rôles très à cœur, mais elles insistent sur le fait qu'elles « ne prennent jamais parti ». Le patient ou ses proches restent totalement libres de leurs choix, leur rôle n'est pas d'interférer, mais de conseiller, d'accompagner.

Les permanences de la CRUQ-PC sont assurées les mardis et jeudis après-midis pour le site du Sud de l'île et le mercredi matin pour Félix Guyon.

L'hôpital tient son rôle en matière de sécurité du patient

Dans le cadre de la 3^e édition de la Semaine de la sécurité du patient à l'hôpital, le CHU de La Réunion a organisé le 26 novembre pour Félix Guyon et le 28 novembre pour le site de Saint-Pierre, deux journées intenses et originales pour sensibiliser les professionnels et les usagers à cette problématique.

Pour un peu, on se croirait presque à une représentation du Malade imaginaire de Molière, mais pourtant à y regarder de plus près, nous ne sommes pas sur les planches d'un théâtre, et si le malade, allongé sur le lit, est effectivement imaginaire, les murs tout autour de lui sont bien ceux du CHU de La Réunion.

A l'occasion de la Semaine de la sécurité du patient, le CHU de La Réunion a choisi cette année de mettre en avant cette cause en jouant la carte originale du théâtre. Les halls de Félix Guyon et du site de Saint-Pierre se sont alors transformés pendant quelques heures en scène de théâtre, plus précisément en théâtre-forum. Une manière de faire jouer d'une façon ludique et interactive les différents acteurs de la sécurité, le personnel médical et le patient, tout cela sous le regard d'un modérateur.

Pour David Payet, gestionnaire des risques pour le site Nord du CHU, cette initiative a pour but « de communiquer davantage avec le patient, d'être plus au contact, plus proche avec les gens, et surtout de les faire devenir acteurs de leur sécurité et donc de leur santé. L'intérêt est de montrer d'une façon originale, et parfois même drôle, certaines erreurs de l'hôpital au quotidien afin d'en prendre conscience et de les éviter le plus possible ».

Apprendre à bien se laver les mains

Ces journées ont aussi été l'occasion de sensibiliser le personnel médical, les patients et leurs familles à différents thèmes très importants pour la sécurité du patient à l'hôpital. Ainsi différents ateliers ont été mis en place dans les halls des sites nord et sud du CHU.



Un atelier, animé par des professionnels de santé, a montré l'importance capitale d'un bon lavage de mains impeccable (sans bijoux, par frictions, etc.).

Les visiteurs ont notamment pu se rendre à l'atelier montrant une bonne hygiène de mains. Des démonstrations, animées par des professionnels de santé, à l'aide d'une machine permettant d'apprendre à se laver les mains

d'une façon impeccable, (sans bijoux, par frictions, etc.), étaient proposées tout au long de ces journées.

Par ailleurs, divers ateliers axés sur l'importance de bien s'identifier, sur la gestion d'erreur, sur la sortie du patient, sur le rôle majeur que peuvent



Le hall du CHU s'est transformé en théâtre le temps de quelques heures.

« C'est très audacieux de la part du CHU »

« Lorsque David Payet nous a parlé de ce projet de mettre en scène la Sécurité du patient à l'hôpital, j'ai tout de suite pensé au théâtre forum. Cette pratique du théâtre permet de faire participer le spectateur, de le rendre « spe-acteur », c'est-à-dire actif, tout comme le patient doit devenir acteur de sa santé. Le patient ne doit pas rester passif, il doit essayer de prendre son destin en main, de comprendre sa maladie.

A partir de cela, nous avons essayé de monter différentes scènes, parfois touchant l'intime. Nous avons particulièrement voulu faire ressortir certains domaines comme le langage médical bien trop souvent incompréhensible pour le patient ou encore la surcharge de travail du personnel. L'intérêt du théâtre-forum est que l'interactivité, créée avec le public, lui permet d'intervenir et donc de se mettre en scène afin d'améliorer la situation. Le public n'a pas forcément trouvé tout de suite les solutions aux problèmes, il a fallu plusieurs essais, refaire les scènes, cela montre bien qu'il est intéressant et vraiment nécessaire de rendre actif le patient.

Cette démarche d'amener le théâtre-forum dans les murs de l'hôpital est très intéressante, c'est très audacieux de la part du CHU, cela montre bien que l'hôpital s'ouvre vers l'extérieur et ne reste pas confiné en interne, alors qu'il pourrait très bien le faire. Cette

jouer les associations des usagers ou encore sur l'anesthésie-réanimation (organisé par la SFAR) ont permis cette année encore de travailler, de sensibiliser et d'œuvrer à l'amélioration de la sécurité du patient à l'hôpital.

ouverture lui apporte un autre regard, loin du poids parfois lourd que peut être celui des grandes institutions ».

Delixia PERRINE, comédienne ■



« On devrait faire cela plus souvent. C'est très bien fait, la réflexion est là. Le fait de se mettre en scène ainsi est très instructif. Cela permet de bien nous rendre compte à quel point un petit détail peut avoir des conséquences, on ne s'en rend pas assez souvent compte. Cette expérience permet de nous confronter à la réalité, c'est un réel cas pratique ».

Marine, étudiante infirmière en 1^{re} année

« C'est très intéressant cette interactivité, c'est à la fois drôle et ludique. De plus, cela nous permet d'apprendre d'une autre façon, c'est une autre pédagogie, ce serait bien même d'avoir des cours comme cela ! Je vais essayer de faire encore plus attention maintenant. Cela nous permet de porter un autre regard sur la vie à l'hôpital ».

Betsy, étudiante infirmière en 1^{re} année

Établir un lien de confiance avec le patient

L'addictologie est une discipline récente, née de la rencontre de l'alcoologie, de la tabacologie et de la prise en charge des toxicomanies.

La formation de référence est la Capacité nationale d'Addictologie (ouverte aux médecins déjà titulaires de leur thèse) ou le DESC d'Addictologie (pour les internes DES). Elle dure deux années. D'autres compétences sont importantes à acquérir, comme le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de tabacologie qui donne droit au titre de médecin tabacologue. Bien souvent les médecins addictologues sont également formés aux psychothérapies qui constituent une part importante de leur activité. Il s'agit des thérapies familiales et systémiques, des thérapies cognitivo-comportementales, voire d'autres approches (humanistes, psychodynamiques, etc.).

Les addictions au sexe, aux jeux vidéo, aux troubles des conduites alimentaires en augmentation

L'objectif de la discipline est de proposer des soins aux personnes en difficulté avec une ou plusieurs pratiques addictives. Il s'agit principalement des addictions avec prise de produits telles que des substances légales comme l'alcool éthylique, le tabac et, dans une part moindre, de substances illicites comme le cannabis (zamal), l'héroïne, la cocaïne, etc. Les addictions aux médicaments psychotropes (anxiolytiques, somnifères) font également l'objet de demandes de soins fréquentes. Les addictions comportementales, dites « sans drogues », comme les jeux de hasard et d'argent, les jeux vidéo, les addictions au sexe et les troubles des conduites alimentaires occupent une place minoritaire mais croissante depuis quelques années.

La Réunion fait partie des premières régions françaises pour son niveau élevé de mortalité liée à l'alcool. La prise en charge de l'addiction à l'alcool (ou alcoolisme) constitue la part principale de notre activité.

Le plus souvent l'addiction qui motive la démarche coexiste avec une ou plusieurs autres addictions ainsi qu'avec une problématique de santé mentale (anxiété, dépression, troubles de la personnalité). Les conséquences des addictions peuvent toucher tous les aspects de l'existence : santé physique, mentale, vie familiale, professionnelle et parfois avoir des conséquences judiciaires (violences, conduite sous l'emprise de l'alcool).



Les addictions sont des maladies chroniques

Idéalement, c'est le patient qui est demandeur de soins, il aura fait la démarche lui-même ou sera adressé par son médecin traitant, par son médecin spécialiste. Parfois, la demande émane de la famille (par exemple : les parents d'un adolescent, le mari, l'épouse), d'un service hospitalier ; il peut s'agir encore de soins, dits « sous contraintes », lorsque la justice assortit une condamnation à une obligation de soins.

La démarche de l'addictologue débute par l'établissement d'un lien de confiance avec le patient (on parle parfois d'alliance thérapeutique). Elle repose sur des entretiens généralement de 30 à 45 minutes, dans un climat de respect et d'empathie. L'objectif est de développer la motivation du patient aux soins, de réduire les risques liés à ses pratiques addictives et de favoriser le sevrage et son maintien de manière durable. Des traitements pharmacologiques d'aide au sevrage, d'aide au maintien de l'abstinence ou de substitution seront proposés en fonction de l'addiction concernée.

Pour être la plus efficace, cette démarche est globale : médico-psycho-sociale. L'addictologue travaille en étroite collaboration avec un réseau de plusieurs intervenants : médecin traitant, spécialistes, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, infirmières, psychologue, psychiatre et associations de patients (exemple : Alcooliques anonymes). Elle s'inscrit dans la durée car les addictions sont des maladies chroniques à l'instar du diabète, de l'hypertension artérielle.

La prise en charge des addictions constitue une importante priorité de santé publique puisqu'aujourd'hui elles sont la première cause de mortalité évitable dans nos sociétés. Dans un établissement comme le nôtre plus de 30% des hospitalisations ont un lien direct ou indirect avec les addictions. Les addictions sont encore insuffisamment prises en charge puisqu'on estime que seuls 10% des patients bénéficient de soins. L'addictologie est une discipline jeune, en plein développement.

Dr David Mété ■

Chef de service en Addictologie CHU Félix Guyon
Coordonnateur du D.U Addictologie Océan Indien

Le sevrage du patient addicte

Avant d'envisager un « sevrage », la première question qui se pose est celle de la demande de la personne. L'analyse de cette demande repose sur le discours du patient et des éléments contextuels. Parmi ces éléments contextuels, les injonctions sont à prendre en compte par l'addictologue. En effet, les phénomènes de contrainte consciente ou inconsciente imposée au patient ou vécu comme tel par lui ne sont pas rares. Par ailleurs, l'accueil du patient est fondamental. Il s'agit de le considérer tel qu'il est et non tel que l'on voudrait qu'il soit afin de pouvoir accéder à sa ou ses problématiques dans une approche qu'il est venu d'appeler médico-psycho-sociale.

La question du sevrage s'intègre dans une réponse plus globale

A l'issue de leur rencontre, l'addictologue va proposer au patient un soutien personnalisé, associé parfois à un certain nombre de traitements relevant du sevrage proprement dit.



Jean-François Ferré : « Le sevrage ne doit être ni un impératif ni un préalable ».

Ces traitements ont pour but d'atténuer voire de supprimer les effets liés au syndrome de manque. Ils ont parfois pour objectif de diminuer

les complications d'un syndrome de sevrage (comme cela peut-être le cas dans le syndrome de sevrage alcoolique).

Hormis les situations d'urgence médicale, ces traitements doivent d'abord s'intégrer dans une prise en charge globale dans laquelle les droits du patient et ses choix sont respectés.

Le sevrage ne doit être ni un impératif ni un préalable. Parfois il n'est pas possible soit parce que le patient ne le veut pas, soit parce que le contexte du moment est très défavorable et pourrait le mettre à mal.

Le sevrage n'est par conséquent qu'une réponse proposée par le clinicien à un patient donné à un moment donné après avoir analysé sa demande, le contexte de cette demande ainsi que les avantages et les risques d'un traitement éventuel.

Jean-François Ferré, ■
Chef de service en Addictologie CHU Sud

Le sevrage n'est qu'une étape

Le sevrage en addictologie est la démarche qui consiste en l'arrêt médicalisé des prises d'une substance addictive. Il concerne des patients souffrant d'addiction à l'alcool, au tabac, à des substances illicites (cannabis, opiacés, cocaïnes et ses dérivés) mais aussi à un certain nombre de médicaments psychotropes (des benzodiazépines comme le Rivotril©, des anticholinergiques comme l'Artane©).

Ce sevrage s'inscrit de façon idéale dans une démarche volontaire qui aura été préparée par des entretiens entre le médecin addictologue et son patient. Il peut avoir été précédé par une démarche de suivi pour un patient qui a besoin de temps pour développer sa motivation au sevrage. Pour ces patients qui ne sont pas prêts au sevrage ou qui le refusent, l'addictologue tentera de réduire les dommages liés aux consommations en proposant des mesures de réduction des risques.

Il sera mené dans le cadre de soins ambulatoires ou résidentiels (en milieu hospitalier) dans les situations les plus difficiles : échec d'une ou plusieurs démarches ambulatoires, présence de comorbidités importantes, contexte socio-familial difficile.



Cette démarche se conjugue à des mesures psycho-éducatives, à de l'éducation thérapeutique dans le cadre d'entretiens individuels ou de groupe.

Le sevrage n'est qu'une étape, la démarche de soins en addictologie s'inscrit dans la durée sur plusieurs années car l'addiction est une maladie chronique.

Dr David Mété, ■
Chef de service en Addictologie
CHU Félix Guyon



La démarche de soins en addictologie s'inscrit dans la durée.

> FOCUS

L'addiction se définit comme la poursuite d'un comportement malgré des conséquences négatives. Elle se caractérise par deux aspects essentiels : le craving (ou envie impérieuse de consommation) et la rechute. L'addiction est une maladie chronique cérébrale. Elle résulte de la conjonction de plusieurs facteurs : vulnérabilités individuels, l'environnement...

La gestion des déchets d'activité de soins du CHU : enjeux multiples et gestion des risques

Les enjeux de la politique actuelle de gestion des déchets au CHU de La Réunion sont de prendre en compte la sécurisation de l'environnement des soins, le développement durable de notre île et la maîtrise des coûts, dans le respect des réglementations nationales, européennes et internationales. Elle s'inscrit dans une démarche qualité, certifiée par la HAS.

> **Sécurité** : Une mauvaise gestion des déchets peut affecter non seulement le personnel soignant (chaque année des accidents exposants au sang liés à la gestion de déchets sont déclarés au CHU) mais également les patients, les visiteurs, les prestataires, la population de l'île. Les risques potentiels sont divers : infectieux évidemment, toxiques, chimiques, radioactifs, vulnérants, corrosifs, psycho-émotionnels, financiers, etc.

> **Développement durable** : tous nos déchets sont enfouis ou exportés en France métropolitaine selon leur nature et les risques qu'ils représentent. Ils sont pour certains, valorisés ou recyclés. Nous avons initié une politique de tri sur le CHU depuis 2004. Les principes de gestion respectent la convention de Bâle.

> **Maîtrise des coûts** : Il en coûte environ 1 500 000 € chaque année au CHU pour éliminer ses déchets. L'élimination des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) nous coûte 12 fois plus cher que celle d'un déchet ménager.

> **Le respect de la réglementation des recommandations** : le code de la Santé Publique, le code de l'Environnement, les directives européennes, la convention de Bâle, les décrets, circulaires et guides du ministère de la Santé, encadrent l'activité de gestion des déchets, l'ARS-OI en est le garant pour les établissements de soins.

> **Que deviennent les déchets d'activité de soins au CHU ?**



La législation française classe les déchets en **dangereux** ou **non dangereux**, ce qui conditionne leur mode d'élimination. Les déchets non dangereux suivent les mêmes filières que les déchets en ville.



L'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux nous coûte 12 fois plus cher que celle d'un déchet ménager.

Les déchets dangereux sont gérés selon leur dangerosité : les déchets à risque chimique, cyto-toxique sont exportés vers la métropole par voie maritime, les déchets radioactifs sont placés dans des locaux sécurisés jusqu'à l'extinction de leur radioactivité puis rejoignent leur filière respective. Les DASRI sont transportés par un prestataire vers un site sur l'île où ils seront désinfectés et broyés par un appareil validé par le Haut Conseil de la santé publique, puis ils seront enfouis.

Les professionnels du CHU sont régulièrement sensibilisés à une bonne gestion des déchets piquants, coupants, tranchants, causes d'accidents exposants au sang (AES). Ceux-ci sont placés dans des collecteurs spécifiques normalisés (NFX30500) et réglementairement de couleur jaune comme tous les emballages pour DASRI.

En ville, pour les patients en auto-traitement, le décret du 22 octobre 2010 (art. R 1335-8-2 ; R1335-8-3 du code de la Santé publique) prévoit une mise à disposition gracieuse de collecteurs ; une fois remplis, ceux-ci pourront être confiés soit à des établissements volontaires, pharmacies d'officine, laboratoires de biologie médicales ou pharmacies à usage intérieur.

> **Quelles perspectives pour le CHU ? Diminuer :**

> La quantité de tous nos déchets, les sites d'enfouissement arrivant à saturation ;

> La proportion de DASRI par rapport à l'ensemble des déchets ménagers pour en diminuer le coût, l'objectif étant de 15% de DASRI ;
> Les risques infectieux en formant les professionnels ;
> Les risques environnementaux en veillant à la composition des emballages.

> **Quelles perspectives ?**

La position de l'OMS est « la promotion des principes de gestion des déchets d'activité de soins ne nuisant pas à l'environnement tels qu'ils sont indiqués dans la convention de Bâle et de soutenir la convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants (POP) ». Ainsi, l'OMS préconise des technologies efficaces qui ne recourent pas à la combustion pour éliminer définitivement les déchets d'activité médicale et éviter à la fois la morbidité résultant d'une gestion dangereuse de ces déchets et les risques potentiels dus aux dioxines, aux furanes et aux PCB co planaires.

Les polychlorodibenzodioxines (PCDD), les polychlorodibenzofuranes (PCDF) et les polychlorobiphényles (PCB) sont respectivement appelés dioxines, furanes et PCB co planaires. Ce sont des substances persistantes, dont la molécule n'est pas dégradée dans l'environnement, et qui s'accumulent dans la chaîne alimentaire.

Caroline Oudin ■

La Réunion très investie dans la recherche en périnatalité

La périnatalité est l'une des trois priorités hospitalo-universitaires de la recherche en santé à La Réunion. Cette priorité a été établie en 2010 en raison des spécificités sanitaires de la zone océan Indien et des travaux de recherche en périnatalité déjà réalisés à La Réunion.

Les caractéristiques épidémiologiques périnatales sont très défavorables à La Réunion, comparativement à la Métropole, dans un contexte socio-économique lui-même défavorable : la mortalité maternelle y est de 26/100 000 (vs 9,6/100 000) ; la mortalité périnatale fluctue entre 13,6/1000 et 19/1000 ; le taux de prématurité est de 10% (vs 7%) ; 4,3% des grossesses sont observées chez des adolescentes de moins de 18 ans (dix fois plus qu'en Métropole) ; l'obésité affecte actuellement 18% des femmes avant la grossesse ; le diabète complique 8,6% des grossesses.

Trois bases épidémiologiques périnatales sont en place depuis plusieurs années : un observatoire des naissances du Sud-Réunion ; un registre des malformations congénitales de La Réunion ; un registre de la grande prématurité.

C'est dans ce contexte que la communauté hospitalière et universitaire de La Réunion a opté pour la création d'un Centre d'Etudes Périnatales de l'Océan Indien (CEPOI), complémentaire du Centre d'Investigation Clinique Epidémiologie Clinique (CIC-EC) qui est particulièrement en charge de la création, du suivi et de la gestion des grandes cohortes. Cette compétence du CIC-EC a été décisive lors de l'épidémie de Chikungunya, notamment dans la compréhension des effets du virus sur la mère et son nouveau-né.

A l'avenir, l'objectif général du CEPOI sera d'identifier et caractériser les particularités périnatales de la population des mères et des nouveau-nés de La Réunion et de Mayotte. L'approche sera multidisciplinaire et favorisera la recherche autour de nouvelles organisations et de nouvelles technologies particulièrement adaptées aux problématiques de santé périnatale à La Réunion.

On pourrait schématiquement distinguer : Des études associées aux particularités des mères et des nouveau-nés de l'océan Indien et en particulier :

La prématurité : amélioration des scores de gravité en cas de grande prématurité ; hypoprotidémie et hémodynamique du grand prématuré ; identification des caractéristiques cliniques de la prématurité et de la restriction de croissance fœtale à La Réunion et comparaison à d'autres départements français ; évaluation



Le taux de prématurité est de 10% à La Réunion contre 7% pour l'Hexagone.

comparative des coûts des soins hospitaliers et extra hospitaliers associés à la prématurité ; participation à l'étude nationale EPIPAGE 2.

La pré-éclampsie maternelle et son dépistage précoce par des dosages urinaires de marqueurs biologiques ; la création de courbes de poids de naissance spécifiques à La Réunion et à la Martinique, indispensables pour identifier les enfants malnutris in utero.

L'obésité morbide maternelle et ses conséquences pour la mère et le nouveau-né.

Des études ciblées sur les pratiques de soins :

- > L'étude « CARABIN », randomisée en double aveugle et multicentrique, évaluant l'efficacité de la caféine pour prévenir les apnées lors des bronchiolites avant l'âge de 3 mois.
- > Évaluation de l'efficacité de la formation des sages-femmes du CHU sur simulateur de haute fidélité pour la réanimation du nouveau-né en salle de naissance.

- > L'étude multicentrique « B-PEN », qui vise à l'optimisation d'une méthode de gestion des unités de réanimation néonatale en France.
- > La mise en place et l'exploitation à La Réunion d'une base de données de pharmacovigilance néonatale multicentrique pour apporter une information précise sur l'usage

actuel des médicaments dans les unités de néonatalogie françaises.

Ces recherches seront coordonnées et complémentaires de celles conduites au CIC-EC avec notamment :

- > Le développement d'un recueil général d'informations cliniques périnatales via le PMSI, élargi à l'information sur la situation socio-économique, l'éducation, les addictions, la nutrition des mères.
- > Le chaînage des données périnatales avec celles des observatoires existants à La Réunion (malformations congénitales, grands prématurés, registre des nouveau-nés infectés par le Chikungunya).
- > Le développement d'un recueil d'informations sur la nutrition des grands prématurés dans le cadre du même recueil multicentrique que celui dévolu au médicament (géré par le CEPOI).

Le CIC-EC de La Réunion et le CEPOI auront la charge de la recherche périnatale dans le projet Hospitalo-Universitaire de La Réunion. La complémentarité et le partage des compétences seront un facteur de cohésion et d'efficacité.

Pr Jean-Bernard Gouyon ■

APIDOM : Les projets CréoQoL et Partosure - Océan Indien retenus

Dans le cadre du Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Sud-Ouest Outre-Mer, un Appel à Projet Interrégional DOMien (APIDOM) a été lancé pour la 2^e année consécutive, destiné uniquement aux CHU de La Réunion, Martinique et Pointe-à-Pitre.

Son objectif était de promouvoir des projets de recherche clinique autour des thématiques fortes des trois DOM, permettant de valider des hypothèses scientifiques, éventuellement en vue d'être déposés plus tard à des appels à projet nationaux ou interrégionaux.

Il a porté sur quatre thématiques spécifiques qui ont été définies en commun par les 3 CHU d'outre-mer :

- > Diabète métabolisme nutrition maladies cardiovasculaires (dont insuffisance rénale) ;
- > Périnatalité ;
- > Maladies infectieuses et / ou émergentes ;
- > Maladies neurologiques, neuro dégénératives et neuro inflammatoires.

L'enveloppe financière était fixée à un plafond de 50 000 € par projet (avec la possibilité d'un budget de 80 000 € pour un projet présenté par deux CHU de l'interrégion pour un projet commun), le projet étant élaboré sur deux ans.

Le Conseil scientifique de sélection des projets s'est réuni fin juin 2013. Sur les sept projets présentés par le CHU de La Réunion, deux ont été retenus :

Le projet CréoQoL, porté par le Dr Laetitia Huiart, responsable de l'Unité de soutien méthodologique du CHU, qui porte sur la validation dans une population de patients diabétiques des échelles SF-36 et EQ-5D traduites et adaptées en langues créoles à la

Guadeloupe, la Martinique et La Réunion (lire encadré).

Le projet Partosure - Océan Indien, porté par le Dr Berthelot (service de Gynécologie-obstétrique du CHU Felix Guyon, Pr Von Théobald), qui a pour thématique l'intérêt du test de détection de la PAMG-1 pour évaluer le risque d'accouchement prématuré en cas de menace d'accouchement traité à La Réunion.

Les autres projets du CHU étaient très bien placés, et nous ne pouvons qu'être incités à les défendre et les porter avec persévérance, et au titre d'autres appels d'offres.

Lionel Calenge ■

Des questionnaires en créole pour les diabétiques

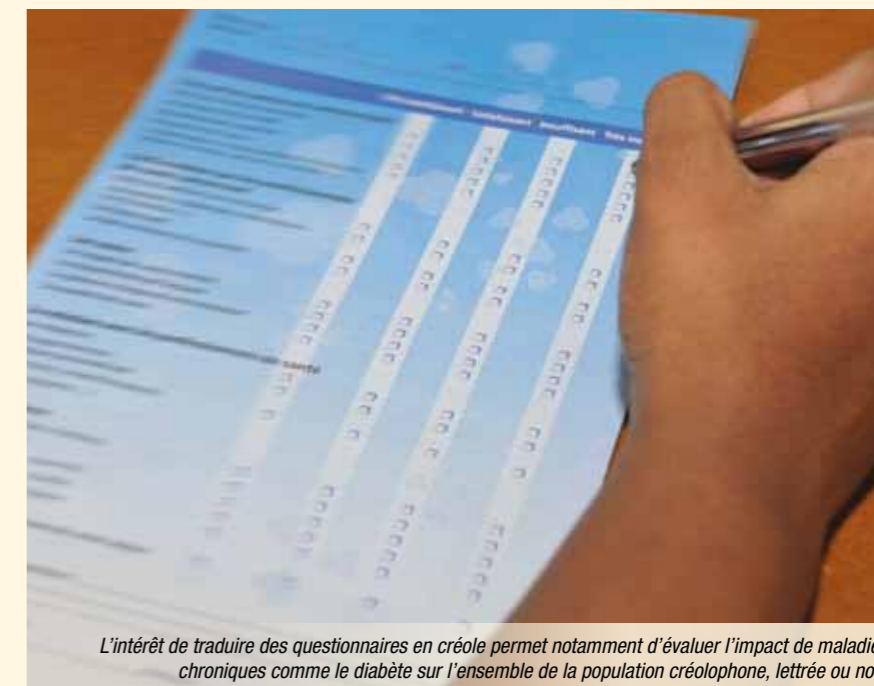
L'évaluation de la qualité de vie en santé est particulièrement importante pour mesurer l'impact des maladies chroniques. Les questionnaires constituent le principal outil de mesure de la qualité de vie dans les projets de recherche en raison notamment de leur facilité d'utilisation.

Aux Antilles et à La Réunion, le diabète est une pathologie fréquente et fait l'objet de nombreux projets de recherche. Une des difficultés rencontrées lors de la réalisation de ces projets est l'absence de questionnaires validés pour les patients créolophones.

Un groupe de travail commun unissant la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion, a été institué afin d'adapter et valider ces questionnaires en créole guadeloupéen, martiniquais et réunionnais. Ce groupe rassemble des médecins hospitaliers, des épidémiologistes, des statisticiens, et des linguistes des différentes îles impliquées.

Structurer un réseau de linguistes

L'intérêt de développer des versions créoles de questionnaires mesurant la qualité de vie



L'intérêt de traduire des questionnaires en créole permet notamment d'évaluer l'impact de maladies chroniques comme le diabète sur l'ensemble de la population créolophone, lettrée ou non.

adaptées culturellement et linguistiquement est de permettre l'évaluation de l'impact de maladies chroniques comme le diabète sur l'ensemble de la population créolophone. Une retombée indirecte attendue pour ce projet

est de structurer une collaboration entre les trois îles participantes, à la fois d'un point de vue clinique et méthodologique, mais également en structurant un réseau de linguistes.

Lionel Calenge ■

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

Après vous avoir fait découvrir dans le dernier numéro, l'histoire du développement des formations des ambulanciers, des auxiliaires de puériculture et des aides-soignants, *Convergence* vous entraîne cette fois-ci encore dans le passé, en se penchant sur la formation des infirmiers de la Départementalisation aux années 2000.

La formation d'infirmier

Au sortir de la guerre, l'état sanitaire de La Réunion est catastrophique (forte mortalité infantile, faible espérance de vie : paludisme...). Le nombre d'équipements sanitaires ainsi que les infirmiers/ères formés sont très restreints. A cette époque, n'existaient que l'hôpital Félix Guyon, la maternité coloniale, un laboratoire à Saint-Denis, l'asile de Saint-Paul et la léproserie de Saint-Bernard à la Montagne.



Promotion d'élèves infirmiers de 3^e année (Promotion 1985-1988).

Avec la départementalisation en 1946, les équipements collectifs sanitaires se développent, ce qui entraîne un besoin en personnel infirmier.

A partir de 1948, à l'école d'infirmières de Saint-Denis, le diplôme local fait place à un diplôme d'État et la formation passe de 1 à 2 ans. Cette école forme environ 8 infirmiers/ères par an. Ceux qui avaient le diplôme local avaient la possibilité de suivre des stages pour obtenir le diplôme d'État.

En 1956, 17 diplômés d'État sont délivrés. Parallèlement une école de formation d'infirmiers psychiatriques s'ouvre à Saint-Paul ; les élèves sont salariés ; ils travaillent le matin et suivent les cours l'après-midi.

En 1957, c'est l'inauguration d'un véritable hôpital moderne pour l'époque, le Centre Hospitalier Départemental de Bellepierre qui remplace l'ancien hôpital auquel est rattachée l'école d'infirmiers/ères. Les besoins en soignants sont importants.

En 1966, le nombre d'élèves en formation était de 196. Un internat de 65 places était mis à la disposition des élèves provenant de tout le département. Les études se déroulent sur 2 ans, dont une année commune avec les sages-femmes. L'uniforme est obligatoire dans l'institution : les filles en jupe bleue marine, chemisier blanc, chaussures blanches et les garçons en pantalon bleu marine, chemise

blanche, chaussures noires. Pour assister aux cours théoriques et pratiques, le port de blouses est obligatoire, on pouvait différencier les années par une présence de barrette sur chaque blouse. Le décret du 5 Septembre 1972 fixe la durée de la formation infirmières à 28 mois, ce qui engendre la séparation des deux formations sages-femmes et infirmiers/ères.

Dans le sud de l'île, les besoins en personnel infirmier se font sentir, avec l'ouverture à Saint-Joseph de l'hôpital en 1951, suivie en 1955 de celle de l'Hospice. En 1959, le sanatorium du Tampon ouvre ses portes puis est restructuré en 1988 pour devenir Soins de Suite et de Rééducation (SRR) et gériatrie. Saint-Louis ouvre également son hôpital rural en 1963, suivi de celui de Cilaos en 1965.

De multiples fusions avant d'aboutir au CHU en 2012

La création d'un nouveau centre hospitalier moderne regroupant l'hôpital de Saint-Pierre et le sanatorium du Tampon (hôpital intercommunal Saint-Pierre/le Tampon) en 1978, puis est inauguré l'hôpital Alfred Isautier à Terre Sainte (du nom de son bienfaiteur) en 1982. Ces opérations successives de regroupement aboutissent à la fusion des cinq hôpitaux du sud, à la création du Centre Hospitalier Régional - Groupe Hospitalier Sud Réunion en avril 2007 puis à celle du CHU en 2012.

Concernant les formations, la commission administrative de cet hôpital vote en 1973 le principe de création d'une école d'infirmières. L'agrément ministériel obtenu, la première rentrée a lieu en 1974 dans des locaux qui appartiennent à la Fondation Père Favron (ex UOSR⁽¹⁾), situés boulevard Hubert Delisle à Saint-Pierre et accueille une trentaine d'élèves. Rolande Payet assurera la direction jusqu'à 1984, puis Alain Chang-Leng lui succède. L'équipe pédagogique, outre le directeur, est composée de huit infirmiers/ères enseignants(tes), trois d'entre eux sont titulaires du CAFIM⁽²⁾.



L'ancienne école d'infirmiers, boulevard Hubert Delisle à Saint-Pierre.

L'arrêté du 26 avril 1979 fixe la durée de la formation à 33 mois. Puis en 1992, les écoles deviennent des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), les élèves changent de statut, ils deviennent étudiants.

Cet arrêté institue un diplôme unique et la suppression de fait du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

Une étudiante⁽³⁾ de la première promotion de ce nouveau programme de 1992 témoigne :

« Notre promo de 32 étudiants inaugure ce programme avec le nouveau statut. Nous voilà étudiants ! Pas facile pour nous et pour les cadres enseignants, de vivre ce changement au sien de cet établissement qui a changé de statut. Une vraie révolution ! Certains cours théoriques ne sont plus obligatoires, l'étudiant est libre et acteur de sa formation. Les professionnels du terrain ne comprennent pas toujours cette

évolution. Une dynamique nouvelle est créée, nous l'avons concrétisée, notamment par la création de la première association des étudiants en soins infirmiers de l'île (ARESIS⁽⁴⁾) et par l'organisation d'un voyage d'études à Mayotte. Ce voyage, inscrit dans un cadre de santé publique, nous a permis de découvrir un système de santé dans un autre territoire et de développer des liens de solidarité entre les étudiants de la promotion ».



Le jour de départ pour Mayotte.

> Regrouper sur un même site toutes les formations

En 1995, le Conseil d'Administration de l'hôpital intercommunal Saint-Pierre/Le Tampon adopte le projet de construction d'un nouveau centre de formation. Celui-ci comprend l'IFSI, l'école d'aides-soignantes et l'école d'auxiliaires de puériculture. Cette nouvelle structure, située à l'arrière de l'hôpital de Terre-Rouge, répond à un réel besoin, celui de regrouper sur un même site

toutes les formations et également d'accueillir un plus grand nombre d'étudiants et une équipe pédagogique renforcée.

L'installation dans ces nouveaux locaux débute en janvier 1998 puis se poursuit en 2003 afin de répondre à l'augmentation rapide et importante des quotas d'étudiants infirmiers (35 élèves par année au début des années 1990 pour atteindre 105 par an dès 2006).

> Évolution du nombre des professionnels infirmiers en exercice à La Réunion de 1946 à 1989

	1947	1960	1970	1981	1989
Sages-femmes	25		74	82	133
Infirmiers/ères	17	306	901	1269	2069
Infirmiers psychiatriques	0			340	379
Gynécologie Obst	4	4	4	4	4

La formation d'Infirmiers spécialisés

La 1^{re} formation d'infirmier spécialisé qui ouvre à La Réunion est celle de puéricultrice, en 2000, à Saint-Denis au sein de l'ASFA. Les 1^{ers} étudiants entreront en formation en 2001.

> Les infirmiers de bloc opératoire

L'évolution de la profession d'IBODE à La Réunion est étroitement liée à l'histoire des professions de santé, plus particulièrement celle des infirmier(e)s et des établissements de santé (développement des services de bloc opératoire et de stérilisation).

En France, aucune formation spécifique n'était prévue afin d'exercer au bloc opératoire. Dans les blocs exerçaient des infirmier(e)s qui étaient bien souvent polyvalents : aussi bien dans le rôle d'infirmier(e) anesthésiste que d'infirmier(e) instrumentiste et aide opératoire.

Ce n'est qu'en 1948 que l'Assistance Publique de Paris tentera d'ouvrir une école de « panseuses », fermée aussitôt par arrêté ministériel. A Marseille en 1965, naîtra la première école « d'instrumentiste-panseuse » de la Croix-Rouge française. Celle de Paris rouvrira ses portes en 1973.

A La Réunion, l'école d'infirmier(e) de bloc opératoire a ouvert ses portes à Saint-Denis, dans l'enceinte de Félix Guyon de mars 2001 à 2005. Elle a formé 3 promotions d'IBODE. Les infirmiers de La Réunion n'avaient ainsi plus besoin de faire leur spécialisation en Métropole. Après une période de fermeture, l'Institut Régional d'Infirmier(e)s de Bloc Opératoire Diplômé(e)s d'Etat (IRIBODE) rouvre en octobre 2010 au GHSR de Saint-Pierre, pouvant accueillir 15 élèves. La première promotion (2010/2012) de 8 élèves a été diplômée fin mars 2012.

Pour rappel :

> en 1971 est créé le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmiers de Salle d'Opération (CAFISO), délivré à l'issue de dix mois d'études.

A partir de ce moment, de nombreuses écoles verront le jour sur le territoire national.

> en 1992, le CAFISO deviendra Diplôme d'Etat d'Infirmiers de Bloc Opératoire (DEIBO)

> en octobre 2001, la durée de la formation est prolongée à 18 mois.

Actuellement, la formation d'IBODE est en pleine évolution. Tout comme l'ensemble des études paramédicales, elle devrait accéder, dans un proche avenir, à l'universitarisation de l'enseignement basé sur l'acquisition de compétences.

> Les infirmiers anesthésistes

En France, cette spécialité médicale et paramédicale est jeune. Ce n'est qu'à partir de 1943 que l'anesthésie devient une spécialité médicale à part entière. Le 1^{er} enseignement officiel d'anesthésie (commun médecins et infirmiers) est dispensé en 1947 à la faculté de médecine de Paris.

Ensuite en 1949, un enseignement spécifique pour les paramédicaux est ouvert ; c'est l'enseignement libre annexe des auxiliaires d'anesthésie, avec remise d'une attestation de fin d'études. Il faudra attendre 1957 pour qu'une Attestation d'Aide Anesthésiste soit délivrée par la faculté de médecine, puis 1960 pour voir

délivrer le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Anesthésiste (CAFAA).

La formation paramédicale se structure à partir de 1964, avec une durée de 18 mois et un programme d'études précis, puis de 4 mois en 1972. Ainsi, l'infirmier anesthésiste se voit reconnaître des compétences exclusives en 1988 (Certificat d'Aptitudes à la Fonction d'Infirmier Spécialisé en Anesthésie Réanimation - CAFISAR), puis un Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste en 1991, et un renforcement de ses rôles et responsabilités à partir de 1994.

Afin de répondre aux engagements européens des accords de Bologne créant l'espace européen de l'enseignement supérieur, la formation se densifie dès 2002, puis devient universitaire avec la reconnaissance d'un Master depuis 2012.

A La Réunion, du fait de l'évolution des structures sanitaires et des besoins en personnel qualifié, l'Institut Régional de formation des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat devient le 29^e institut français en 2002 et forme une dizaine d'infirmiers chaque année, à Saint-Pierre.

Franck Bellier, Christian Dennemont,
Gladys Gonneau, Rufin Selry ■

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



(1) UOSR : Union des Œuvres Sociales de La Réunion - (2) CAFIM : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Moniteur
(3) Maud CARO (cadre de santé au CHU Sud Réunion) - (4) ARESIS : Association Réunionnaise des Etudiants en Soins Infirmiers du Sud.

Des anesthésistes mozambicains formés à Saint-Pierre

Dans le cadre de la coopération internationale du CHU de La Réunion, une convention a été signée en décembre 2012 entre le ministère de la Santé du Mozambique, le CHU de Bordeaux et le CHU de La Réunion. Financé par l'AFD (l'Agence Française de Développement), ce partenariat dessine une double ambition : former les internes de spécialités du Mozambique en anesthésie et aider les infirmiers anesthésistes à devenir formateurs au Mozambique.

C'est dans ce contexte que la formation de dix infirmiers anesthésistes formateurs, assurée conjointement par l'IRIADE de Bordeaux et celui de La Réunion, a pu être mise en place. Initiée par une première mission de formateurs français en juillet 2013 au Mozambique, la venue de stagiaires à Saint-Pierre et à Bordeaux pendant trois semaines en novembre dernier a complété cette collaboration. Enfin, une dernière mission, en décembre 2013, devait permettre la mise en œuvre du référentiel de formation des techniciens en anesthésie réanimation au Mozambique.



Les stagiaires ont profité de leur séjour pour se rendre dans le bloc opératoire de Saint-Pierre.

Ce partenariat a pour but de permettre à dix techniciens supérieurs en anesthésie et réanimation de devenir formateur dans ce domaine. Didier Prouteau, cadre formateur à l'IRIADE de Saint-Pierre, a pris en charge les trois stagiaires venus se former à Saint-Pierre. Selon lui « cette coopération, qui correspond à la volonté impulsée par la direction du CHU de La Réunion et de son directeur David Gruson de s'ouvrir à la zone océan Indien, est une expérience très positive, tout le monde est gagnant ».

pu acquérir les différents outils comme les livrets d'encadrement ou les méthodes d'évaluation, essentiels pour devenir de bons formateurs ».

Un transfert de compétences

Ce mode d'action est conforme à l'objectif général qui irrigue la coopération régionale du CHU au sein de la zone océan Indien : assurer un transfert de compétences, aider les structures sanitaires partenaires à tendre vers un fort standard de compétences grâce au savoir-faire de nos équipes.

8 modules dont 2 sont assurés par le CHU de La Réunion. Les correspondants médicaux sont le Dr Arnaud Winer et le Pr Xavier Combes.

Franck Bellier, Lionel Calenge, Didier Prouteau



Pour Didier Prouteau « la venue de ces stagiaires mozambicains est une belle leçon d'humilité et d'espoir ».

Cette coopération s'est faite en plusieurs étapes. En effet, Didier Prouteau précise qu'« il a tout d'abord été nécessaire d'établir un état des lieux de la situation en allant au Mozambique, puis en fonction de leurs moyens, nous avons essayé de répondre au mieux aux attentes des stagiaires. Ils ont pu suivre la rentrée des infirmiers anesthésistes français avec les cours, puis observer le travail dans un bloc opératoire. Enfin, ils ont

Par ailleurs, il est à noter que des stagiaires du Mozambique seront prochainement accueillis en stage à l'IRIADE du CHU pour une formation à l'ingénierie pédagogique sur le terrain, aux côtés des formateurs et en présence des étudiants infirmiers anesthésistes. Sur le plan opérationnel, plusieurs modules de formation des internes de spécialité en anesthésie sont déjà intervenus. La formation se décline en

Esmaldina Mafumo, 50 ans, est infirmière à l'hôpital de Beira :

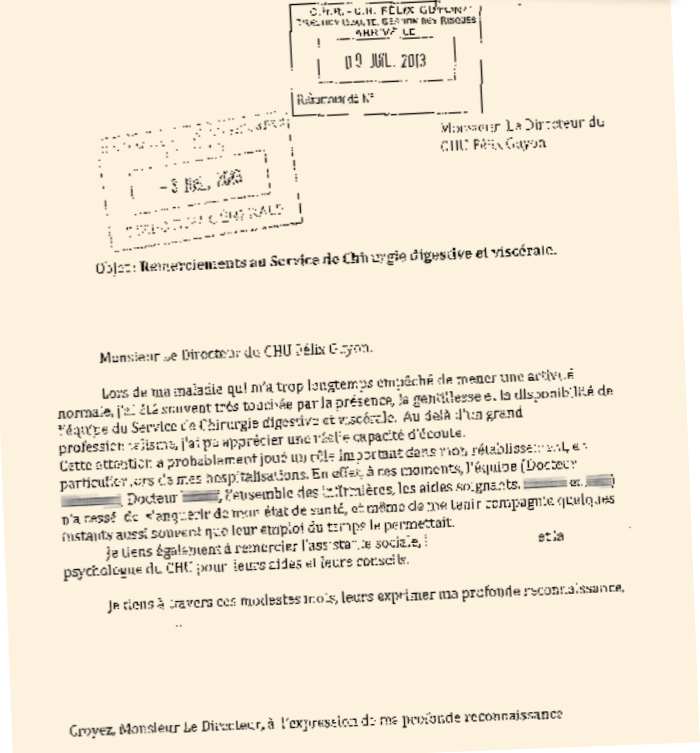
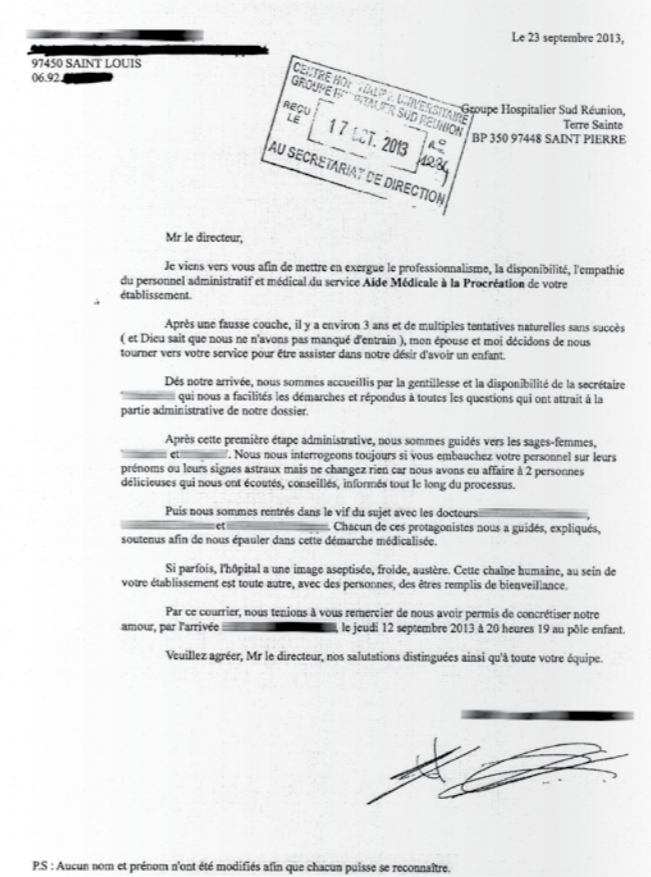
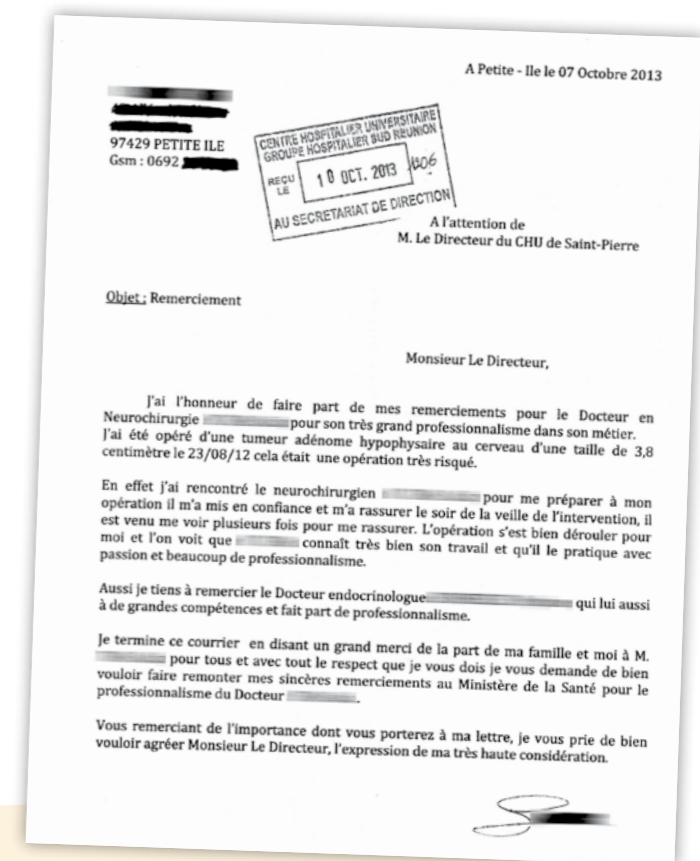
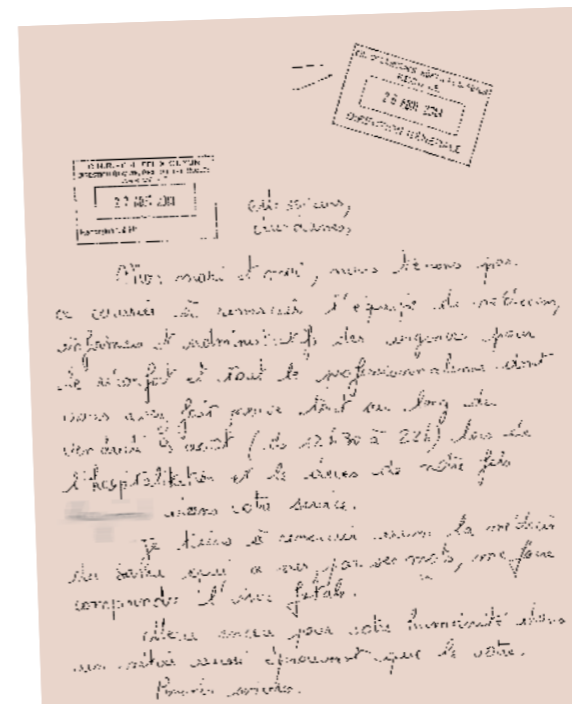
« Cette coopération est une vraie chance, c'est une expérience très enrichissante pour moi, cela me permet de comparer avec ce qui se fait au Mozambique, nous avons pas mal d'années de retard, nos moyens ne sont pas les mêmes. Le but de ce stage est que je puisse créer une école de formation pour anesthésistes à Beira, car pour l'instant il n'y a pas de centre pour devenir anesthésistes là-bas, or nous en avons un réel besoin. »

Lucas Murragama, 34 ans, est infirmier à l'hôpital de Nampula :

« Le but de ce stage est également de créer une école de formation pour anesthésistes à Nampula, la grande ville du nord du pays. Ce stage est propice à l'échange. Je pense que nous sortons plus compétents après ces semaines de formation. J'ai appris énormément de choses notamment au bloc opératoire. Les matériaux, les médicaments ne sont pas les mêmes. Enfin, j'ai pu voir comment il fallait faire pour encadrer des étudiants, comment fonctionne l'organisation d'un centre de formation avec le système de maître de stage, de tuteur et d'encadrant de proximité. Nous allons essayer de nous inspirer de tout ce que nous avons vu lors de cet échange. »

Des lettres d'encouragement en reconnaissance des soins prodigués

Chaque jour, les équipes médico-soignantes prodiguent aux malades des soins qui les guériront. Parfois le soulagement est si grand, la perception d'un retour à la normale si intense que le patient ou sa famille nous adresse un courrier touchant et sincère pour remercier ceux qui l'ont aidé à vaincre sa maladie. Ces lettres sont communiquées aux équipes concernées quand elles nous parviennent. Cette reconnaissance de l'utilisateur est toujours appréciée.





La médicale

assure les professionnels de santé

Soyez prévoyant pour vous et votre famille.



Photos: Fotagora / Laurent Sinus

Vie professionnelle, vie privée, La Médicale assure toutes vos activités

VIE PROFESSIONNELLE

- RC Professionnelle et Protection Juridique
- Cabinet Professionnel
- Assurance Prévoyance (arrêt de travail, maternité invalidité, prévoyance entre associés...)
- Assurance des emprunteurs

VIE PRIVÉE

- Complémentaire santé
- Assurance Prévoyance (capital décès, rente éducation, accidents de la vie...)
- Assurance-vie, Retraite, Épargne salariale
- Assurances Automobile, Habitation

Pour bénéficier de toute l'expertise de La Médicale contactez votre agent général Stéphanie WAN HOÏ

Délégation de La Réunion

102 D rue du Gal. Lambert

97436 Saint-Leu

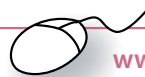
Tel : 0262 35 64 06 - Fax : 0262 35 64 97

lareunion@lamedicale.fr



Flashez ce code sur votre
SmartPhone pour obtenir
les coordonnées de l'agence !

Retrouvez-nous sur :



www.la.medicale.fr

et



application iPhone