

CONVERGENCE

Ensem'vous serv la vi!

► N° 28 | Avril | Mai | Juin 2015



La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation


P 5 | **Actualité**
Une nouvelle IRM à la pointe de la technologie au CHU Sud

P 13 | **Focus**
Le CHU inaugure sa plateforme centralisée d'endoscopie

P 14 | **Qualité**
La médiation à l'hôpital

- 3** **Édito**
- 4** **Actualité**
- L'Aurar, le CHU et le GHER collaborent pour une prise en charge optimale des patients
 - Le CHU de La Réunion et l'AFD renforcent leur coopération dans l'océan Indien
 - Innov'Réunion reste en « LIEN » numérique avec l'hôpital
 - Une nouvelle IRM à la pointe de la technologie au CHU Sud
- 6** **Dossier**
- La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation
- 11** **Le soin, un métier**
- L'anesthésiste, l'incontournable
- 13** **Focus**
- Le CHU inaugure sa plateforme centralisée d'endoscopie
- 14** **Qualité**
- La médiation à l'hôpital
- 15** **Recherche**
- Un « *contrat unique* » pour les recherches biomédicales à promotion industrielle
- 17** **Enseignement, écoles et formation**
- La formation en soins infirmiers et l'acquisition de compétences
- 19** **Coopération**
- Le CHU se penche sur les épidémies des arbovirus à Madagascar

Convergence

- › Directeur de la Publication : David Gruson
- › Réalisation : Service communication du CHU de La Réunion
- › Crédit photos : Aporos, Service Communication CHU, CHU, Diane Hespel, CHU, Pauline Stasi.
- › 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

De nouvelles approches organisationnelles pour mieux soigner !



Ce dossier de *Convergence* est consacré au développement de la chirurgie ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation complète. Il s'agit d'une orientation forte du « Plan ONDAM » 2015 porté par le Gouvernement dans un contexte budgétaire national et régional dont chacun connaît les contraintes.

Pour autant, cette nouvelle solution organisationnelle de prise en charge de nos patients ne doit surtout pas être relue sous le seul prisme de l'efficacité économique. Il s'agit, en effet, et surtout d'une nouvelle manière de mieux répondre aux attentes de nos patients dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins. Nous amplifierons donc résolument le déploiement de la chirurgie ambulatoire sur les sites Nord et Sud du CHU comme au GHER (conformément aux orientations du projet de prise en charge des patients sur le territoire de santé Nord-Est).

C'est la même logique qui préside à la poursuite de l'effort de déploiement de nouveaux équipements sur nos sites, conformément aux orientations du projet médical du CHU, comme l'a montrée l'inauguration récente de la deuxième IRM du CHU Sud Réunion. Celle-ci permettra un fonctionnement optimisé tout en réduisant les délais d'attente pour les examens et en s'inscrivant dans une logique de partenariat ouvert avec les professionnels libéraux.

Cette idée forte du recours à de nouvelles approches organisationnelles pour mieux soigner se retrouve naturellement au cœur des projets de déploiements des technologies de l'information et de la communication en santé. La démarche territoire de soins numériques – Plexus portée par l'Agence de santé Océan Indien a ainsi vocation à être porteuse d'innovations majeures à l'échelle de la Région dans la prise en charge des maladies chroniques et métaboliques.

Ces innovations organisationnelles et technologiques ne peuvent naturellement se déployer au service de nos patients sans l'engagement des professionnels sur le terrain. Afin de continuer à encourager cet engagement, nous avons débuté avec les partenaires sociaux les travaux de préparation d'un nouveau projet social 2016-2019 pour le CHU. Cette démarche devra – comme le permet le projet social actuel dont la mise en œuvre continuera à être suivie de manière attentive jusqu'à la fin 2015 – continuer à montrer concrètement que le projet hospitalo-universitaire porté par le CHU est aussi porteur de développement professionnel et d'avancées pour ses agents.

Mieux s'organiser pour mieux soigner tout en valorisant l'engagement de celles et ceux qui rendent ces innovations possibles. Il s'agit, vous l'aurez compris, d'une orientation majeure pour toujours mieux répondre aux besoins de santé des Réunionnaises et des Réunionnais.

Merci pour votre engagement !

David GRUSON ■
Directeur Général
du CHU de La Réunion

L'Aurar, le CHU et le GHER collaborent pour une prise en charge optimale des patients

Le CHU de La Réunion, le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) et l'Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à La Réunion (Aurar), ont signé le 17 avril au siège de l'Aurar à Saint-Gilles deux conventions de partenariat. L'objectif de cet accord est de mettre en commun les compétences et les moyens des trois institutions, afin de garantir une meilleure prise en charge des patients de La Réunion et de la zone Océan Indien.

Ces deux conventions, actées par David Gruson, Directeur Général du CHU de La Réunion et du GHER, et Marie-Rose Won Fah Hin, Directrice Générale de l'Aurar, doivent permettre d'améliorer la santé de la population et rendre le système de santé plus efficace en assurant une continuité du parcours de soins.

La première convention, signée entre le CHU de La Réunion et l'Aurar, est prévue pour une durée de cinq ans. Ce partenariat a pour objet de définir des objectifs communs de prise en charge dans le cadre du parcours coordonné de soins. Cet accord porte sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la dialyse péritonéale à domicile chez l'enfant, la prise en charge de l'obésité, les soins palliatifs, la prévention-éducation thérapeutique, la coopération internationale et enfin la recherche et l'enseignement.

La dynamique du Projet commun de Prise en charge des Patients du territoire Nord-Est

Quant à la seconde convention, signée entre le GHER et l'Aurar, elle porte, elle aussi, sur la prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) et la prévention-éducation thérapeutique des patients (nutrition, insuffisance rénale) sur le territoire Nord-Est de l'île. Cette coopération s'inscrit dans la dynamique du Projet commun de Prise en charge des Patients du territoire Nord Est. La coopération entre le GHER et l'Aurar sur la prise



Marie-Rose Won Fah Hin, Directrice Générale de l'Aurar.

en charge de l'IRC, devrait se traduire notamment par une organisation médicale commune entre le service d'hémodialyse du GHER et le pôle néphrologique de l'Est (Aurar).

Le partenariat entre le GHER et l'Aurar en matière de prévention-éducation thérapeutique a pour objectif de prévenir les facteurs de risques des pathologies ODHIR (Obésité, Diabète, Hypertension, Insuffisance Rénale). Les deux établissements développeront ainsi conjointement des actions visant à la prévention primaire, secondaire et tertiaire des facteurs de risques

ODHIR. Ces interventions pourront prendre la forme d'actions concertées d'information et de dépistage auprès du grand public et des professionnels de santé ambulatoires.

Une mise à disposition de locaux destinés à l'éducation thérapeutique des patients (insuffisance rénale et troubles de dénutrition) et aux consultations de suivi au sein du GHER et au sein de l'Aurar dans l'ensemble des territoires de santé, devrait aussi voir le jour grâce à ce partenariat.

Le CHU de La Réunion et l'AFD renforcent leur coopération dans l'océan Indien

C'est le 15 avril dernier que le CHU de La Réunion et l'Agence Française de Développement (AFD) ont signé une convention de partenariat, afin de développer les axes de coopération dans le domaine de la santé dans l'océan Indien.

A travers cette convention, le CHU et l'AFD s'engagent dans des actions de coopération, afin notamment de mutualiser leurs compétences et leur expertise, au bénéfice du patient et de la formation des acteurs de la santé.

Les axes de coopération s'organisent autour de l'Union des Comores, du Mozambique et du CHU de Tananarive à Madagascar.



Fabrice Richy, Directeur des Outre-mer de l'AFD et Stéphane Foucault, Directeur de l'AFD Réunion.

Une nouvelle IRM à la pointe de la technologie au CHU Sud

Le CHU Sud a inauguré le jeudi 30 avril une toute nouvelle IRM, le 1.5 Tesla. Doté des dernières technologies, cet appareil d'imagerie par résonance magnétique vient renforcer et optimiser la prise en charge des patients déjà existante dans le domaine de l'imagerie médicale.

Grace à l'acquisition de cette nouvelle IRM 1.5 Tesla, le CHU Sud dispose désormais de deux appareils très perfectionnés et complémentaires en imagerie médicale : le 1.5 Tesla et l'IRM 3 Tesla afin d'offrir une offre de soins optimale pour le patient réunionnais en matière d'imagerie médicale.

Il faut souligner que l'IRM est la technique d'imagerie de référence pour le diagnostic ou le suivi d'un grand nombre de maladies neurologiques, vasculaires, digestives, rachidiennes, articulaires et bien sûr en cancérologie.

Cette nouvelle IRM 1.5 Tesla devrait permettre, selon le Directeur du CHU de La Réunion, David Gruson de : «réduire le délai d'attente des patients d'une façon notable et de suivre davantage de patients. Ainsi, cette nouvelle IRM devrait permettre à 150 patients par semaine d'être traités, soit environ 7500 en une seule année».

Par ailleurs, la nouvelle IRM 1.5 Tesla, est également plus polyvalente et plus facile à gérer. Elle devrait permettre aussi de réduire le coût économique, car certaines pathologies ne nécessitaient pas forcément un recours à l'IRM 3 Tesla appareil, plus lourde. De plus, certains examens ne pouvaient être réalisés sur l'IRM 3 Tesla, car cela générerait plus d'artéfacts (matériel dentaire, matériel d'ostéosynthèse, matériel implantable vasculaire, patients porteurs d'ascite...). De nombreux matériels implantables ne sont pas validés pour les hauts champs, certains patients ne pouvaient donc avoir recours à l'IRM.

Ces deux appareils se révèlent donc être totalement complémentaires et améliorent la qualité du service apporté à la population de notre île.



De gauche à droite, Dr Guiserix, B. Von Pine, Dr Bintner, D. Gruson.

L'achat de ce nouvel équipement s'est intégré dans le projet médical d'établissement.

Un environnement musical

Ce nouvel appareil apporte également un réel confort au patient, car il se révèle nettement moins bruyant que les autres appareils d'imagerie médicale existants. En effet, le CHU de La Réunion a porté son choix sur un modèle disposant d'applications avec réduction de bruit, afin de permettre aux patients d'être moins stressés, notamment aux patients claustrophobes ou aux petits marmailles, souvent effrayés par le volume sonore de l'appareil. Ceci induira *de facto* la diminution du nombre d'anesthésies.

Enfin, toujours dans la même volonté d'offrir au patient une prise en charge de soins optimale, le CHU Sud a conçu autour de cette IRM, une nouvelle salle d'examen équipée d'un ciel virtuel. Le patient dispose même d'un environnement musical, il peut ainsi choisir sa propre musique et il peut, s'il le souhaite, avoir accès à la relaxation



par l'hypnose. Un système vidéo (reportages, dessins animés...), permet également de distraire le patient qui doit parfois supporter un examen supérieur à 20 minutes. ■

Le Tesla

Le Tesla (T) est une unité de mesure du champ magnétique :

1.5T = 20 000 fois le champ magnétique terrestre.

3 T = 30 000 fois le champ magnétique terrestre.

Innov'Réunion reste en « LIEN » numérique avec l'hôpital

Le salon Innov'Réunion a rassemblé le 26 mars dernier environ 200 participants autour du thème de la e-santé. Une belle opportunité pour le GCS TESIS de présenter son nouveau portail régional ville/hôpital pour lequel le CHU s'est porté établissement pilote.

Ce portail, baptisé *LIEN*, pour Liaison Instantanée Echanges Numériques, a pour

ambition de faciliter la coordination entre l'ensemble des établissements de santé du territoire et les médecins libéraux de la ville.

Actuellement en phase de bêta test, ce service a vocation à être déployé sur l'ensemble du territoire de l'océan Indien. Future brique du programme PLEXUS-OI, *LIEN* est un outil

sécurisé Plexus Ready, premier pas vers la dématérialisation des échanges entre professionnels de santé.

> www.tesis.re





Pratique avant tout centrée sur les patients, la chirurgie ambulatoire correspond à un mode de prise en charge permettant de raccourcir l'hospitalisation d'un patient pour une intervention chirurgicale sans hébergement de nuit. Cela signifie concrètement que le patient arrive dans un établissement de soins, qu'il subit un acte chirurgical sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire, puis qu'il repart chez lui moins de 12 heures après l'acte chirurgical, voire seulement quelques heures après.

Alternative à une hospitalisation « classique », la chirurgie ambulatoire est devenue l'une des priorités nationales dans le domaine de la santé, elle connaît actuellement une forte croissance. Le développement important de cette pratique ces dernières années engendre de nouveaux changements en termes de prise en charge du patient, de gestion du parcours de soins, de la sécurité, de l'organisation de l'activité et de la coordination des différents acteurs.

Fort de ses unités de chirurgie ambulatoire à Félix Guyon et au CHU SUD, créées en 2009 et renforcées régulièrement depuis, le CHU de La Réunion a su s'adapter à ces nouveaux défis.

Comme l'a souligné le Directeur Général du CHU, David Gruson, lors de la présentation du regroupement de l'unité de chirurgie ambulatoire de Félix Guyon en un seul et même lieu, le 4 mai dernier : « *Le CHU de La Réunion est actuellement en train de prendre le virage de l'ambulatoire. Cela signifie développer de nouveaux modes de prise en charge, transformer des champs hospitaliers et être encore plus efficaces* ».

En France, la chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de l'Agence régionale de santé.

L'objectif des tutelles est affiché : d'ici 2016, la majorité des actes chirurgicaux, soit 50%, doit se pratiquer en ambulatoire, le taux était de 42,7 % en 2013 pour la France.

Force est de constater que le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur en France par rapport à celui de nombreux pays européens. Ainsi à l'étranger, dans certains pays de l'Europe du nord, plus de 65% des interventions sont réalisées en ambulatoire. Toutefois, il faut noter que ces dernières années, la France est progressivement en train de rattraper son retard.

Une marge de manœuvre conséquente

L'île de La Réunion se situe dans le peloton de tête des régions françaises avec un taux de chirurgie ambulatoire de 45,9% pour l'année 2013 (établissements privés et publics confondus). Quant au CHU de La Réunion, il avoisine les 30%.



Le Directeur Général du CHU, David Gruson et le Pr Marc Gigante lors de la présentation de l'UCA de Félix Guyon le 4 mai dernier.

Il existe une disparité notable entre l'hôpital et les structures privées, car comme le souligne le Professeur Marc Gigante, chef du pôle Chirurgie Anesthésie Bloc opératoire de Félix Guyon : « *Le CHU a pour vocation de recevoir tout le monde, il est centre de recours, de ce fait, il ne peut donc atteindre les mêmes taux des établissements privés* ».

Toutefois, si le CHU ne peut rivaliser, de par sa nature même, avec des établissements privés qui pratiquent essentiellement des actes en ambulatoire, (cataractes, etc.), le CHU de La Réunion dispose encore d'une marge de

manœuvre conséquente et les activités des unités de chirurgie ambulatoire (UCA) des sites Nord et Sud ne cessent de progresser depuis leur création en 2009.

Environ 3000 patients par site prévus en 2015

Les unités de chirurgie ambulatoire des sites Nord et Sud du CHU ont accueilli respectivement 2875 et 2853 patients pour l'année 2014 et espèrent flirter avec les 3000 patients par an en 2015, elles misent même sur 3500 patients en 2016.

Un large consensus existe pour reconnaître les nombreux intérêts de la chirurgie ambulatoire et cela, quelques soient les différents acteurs, à savoir autant pour le patient, que pour l'établissement et les professionnels de santé ou pour des raisons économiques.



Le Docteur Gilles Boulesteix, Responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire de Félix Guyon.

Tout d'abord, l'ambulatoire est unanimement reconnu comme très positif pour le patient. En effet, à partir du moment où le patient est éligible à ce mode de parcours de soins, qu'il est d'accord, et qu'il a été informé en amont de façon précise de chaque étape de sa prise en charge, l'ambulatoire est alors un réel avantage pour lui, c'est un vrai confort dans son parcours de soins. (Lire en page 10)

De plus, la courte période, passée à l'hôpital par le patient, favorise encore davantage sa sécurité en limitant les infections associées aux soins. Ainsi, comme le souligne le Docteur Gilles Boulesteix, Responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire de Félix Guyon : « *Une sortie rapide du patient agit clairement sur la réduction des maladies nosocomiales* ».

Par ailleurs, l'ambulatoire permet au patient de conserver ses habitudes de vie compte tenu du retour à domicile le jour même, cela est notamment très bénéfique : « *pour certaines populations de patients, comme les enfants ou les personnes âgées, qui ont souvent besoin de garder leurs repères* », explique le Docteur Sandrine Lopez, Responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU SUD. En effet, les modifications de rythme peuvent parfois avoir un impact sur l'état de santé des patients.



Le Docteur Sandrine Lopez, Responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU SUD.

Un questionnaire de satisfaction est rempli par le patient à l'issue de sa prise en charge en ambulatoire. Les retours montrent que les patients sont très satisfaits des soins prodigués et de l'accueil reçu. Ils sont de plus en plus demandeurs de ce mode de prise en charge.

Un coût économique moindre

La chirurgie ambulatoire est également source d'économie dans les dépenses de santé. Elle permet une réduction significative des coûts, sans les frais de séjour, portant sur le personnel de nuit de l'hospitalisation traditionnelle. Le fait de ne fonctionner que de jour et non le weekend génère aussi des économies de personnel et de fonctionnement.

C'est donc une meilleure gestion financière de la santé publique. « *Au CHU de La Réunion, l'écart de coût moyen entre la chirurgie classique et la chirurgie ambulatoire est de 1 à 3* », précise David Gruson.



L'une des chambres de l'UCA du CHU SUD.

L'un des moyens afin de permettre à un nombre de plus en plus conséquent de patients de bénéficier des avantages d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire, est d'augmenter la disponibilité des lits dans chaque UCA.

Ainsi, comme le souligne le Dr Sandrine Lopez : « *Le taux d'occupation des lits était pour 2014 de 95,48% au CHU Sud. Pour les trois premiers mois de l'année 2015, nous sommes à 109% de taux occupation (hors patients externes), on espère à terme atteindre les 125% d'occupation des lits en faisant davantage 'tourner les lits'* ». Même objectif de la part du Dr Gilles Boulesteix, pour qui : « *Le turn over des patients et le*

flux au 'fil de l'eau en continu' est primordial. L'ambulatorie peut être un peu comparé à un 'rendez-vous chez le dentiste'. En effet, les patients arrivent à une heure fixée dans la journée, pas tous à la même heure, ils sont opérés, surveillés, puis ils repartent ensuite chez eux. Chaque lit peut être ainsi occupé par 1,5, voire par deux patients par jour».



La salle de l'UCA, destinée aux marmailles à Félix Guyon.

Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient

La gestion des flux est donc devenue un élément clé des UCA afin d'optimiser le nombre de patients pris en charge et leur garantir une qualité de soins et une sécurité optimale. Les UCA ont ainsi inventé une gestion innovante des plannings opératoires quotidiens et hebdomadaires.

En effet, face au développement de la chirurgie ambulatoire, il a fallu repenser une organisation nouvelle, centrée autour du patient, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. Cette nouvelle donne nécessite des locaux repensés et des équipes formées à l'organisation des prises en charge en ambulatoire.

A titre d'exemple, la centralisation de l'activité de chirurgie ambulatoire adulte et pédiatrique à Félix Guyon en avril 2014 sur un seul et même lieu, alors qu'elle était assurée auparavant sur

des étages différents au sein de l'établissement a entraîné une réelle amélioration de l'offre de soins au CHU Nord et a permis également, comme le fait remarquer le Dr Boulesteix : « d'alléger le bloc opératoire et de libérer des places en hospitalisation conventionnelle dans les services pour des patients plus lourds ».

La prise en charge repose sur une organisation structurée de l'unité de chirurgie ambulatoire permettant la sortie du patient le jour même. L'utilisation de techniques mini-invasives, de produits anesthésiants plus adaptés à une prise en charge en ambulatoire, permet une récupération plus rapide du patient.

Les conditions de retour au domicile doivent aussi être soigneusement étudiées en amont dès la première consultation du patient avec le chirurgien, puis avec l'anesthésiste.

Augmenter les plages horaires de l'UCA s'est révélé être également un levier pertinent pour accueillir davantage de patients en ambulatoire.

« Le fait d'augmenter nos horaires d'accueil de 7 à 19 h au lieu de 7 à 17 h vers le milieu de l'année 2011 nous a permis de prendre en charge de nouveaux patients. En effet, il nous est dorénavant tout à fait possible d'opérer davantage de patients avec des pathologies plus lourdes l'après-midi et de leur proposer une sortie le soir même », souligne le Dr Sandrine Lopez.

L'équipe de l'UCA de Félix Guyon offre également une amplitude horaire très grande en accueillant les patients de 6 à 18 h.

Des interventions de plus en plus complexes

Le fait d'étendre progressivement le nombre de gestes éligibles à l'ambulatoire, a permis de nombreux patients de bénéficier de ce mode de



L'une des chambres de l'UCA de Félix Guyon.

prise en charge, plutôt que d'une hospitalisation classique. Actuellement, 43 gestes marqueurs ont été retenus par la HAS. (Lire encadré page 10).

Les interventions les plus courantes sont : les extractions dentaires (dents de sagesse), les opérations des varices, les arthroscopies, la cataracte, les hernies, la chirurgie des bourses de l'enfant et de l'adulte, le canal carpien, la maladie de Dupuytren, les ablations de matériel d'ostéosynthèse (les plaques, vis, etc., utilisés pour réparer initialement les différentes fractures), les interventions gynécologiques (curetage, hystérocopie, certaines tumeurs du sein).

Mais la chirurgie ambulatoire ne se limite pas à une chirurgie « simple » mais peut également concerner, comme le précise le Dr Boulesteix : « des actes chirurgicaux de haute technicité. Des interventions de plus en plus complexes sont aujourd'hui ainsi réalisés en ambulatoire ».

Ainsi l'ablation de la vésicule sous coelioscopie, bandelettes sous urétrales pour corriger l'incontinence urinaire d'effort, urétéroscopies

« Il y a un mouvement continu de patients au sein de l'UCA »

Suzie Calteau, IDE coordinatrice en UCA pour le CHU Nord :



« J'ai participé à la création de l'unité de chirurgie ambulatoire à Félix Guyon en avril 2009, cela fait donc six ans que je travaille au sein de l'UCA. Auparavant, cela n'existait pas.

Personnellement, je pense que le fait d'avoir créé l'ambulatorie au CHU est une excellente chose. Au fil des années, on constate une augmentation notable des

patients en ambulatoire.

Je gère le management, la gestion de toute l'équipe d'infirmières.

Le taux de satisfaction des patients est très bon, presque du 100%. Les patients nous disent même qu'ils ont passé un 'bon moment'. Ils félicitent le personnel, la prise en charge et la qualité de l'accueil et des soins.

J'apprécie énormément le contact avec l'humain, il y a un mouvement continu de patients au sein de l'UCA. Les patients repartent bien. C'est nouveau tout le temps, c'est une découverte quotidienne ».

L'équipe de l'UCA du CHU Sud :

- > 5 IDE,
- > 4 aides-soignantes
- > 2 secrétaires
- > 1 cadre de santé se partageant entre l'UCA et les consultations externes
- > 1 responsable : le Dr Sandrine Lopez

Le service est composé de 4 chambres à 3 places chacune, d'une salle de 3 fauteuils pour la PEC des patients externes sous anesthésie locale (AL)

L'équipe de l'UCA du CHU Nord :

- > 5 IDE
- > 4 aides-soignantes
- > 1,3 ASH hygiène
- > 1 brancardier
- > 1 cadre de soin
- > 1 responsable : le Dr Gilles Boulesteix,

Depuis, le regroupement UCA adulte et UCA pédiatrique, l'UCA de Félix Guyon dispose actuellement de 15 lits.

pour l'ablation des calculs du rein ou de l'urètre, certaines opérations du cancer du sein, de la thyroïde, de la surrénale, l'ablation de ganglions, la chirurgie compliquée du genou, de l'épaule, certaines opérations pour éventration ou reflux gastro-œsophagien, voire certaines opérations neurochirurgicales, sont pratiquées. Enfin de plus en plus d'urgences notamment les traumatismes de la main (plaies, fractures) sont très régulièrement prises en charge sur la journée.



Les infirmiers veillent à la meilleure prise en charge des patients.

L'appel téléphonique du patient à J+1 par le personnel des UCA permet, précise le rapport d'activité de l'UCA du CHU SUD : « de cibler les interventions douloureuses nécessitant une attention particulière et de prendre les mesures correctives nécessaires à une prise en charge correcte de la douleur (améliorations et/ou

« On voit passer presque toutes les spécialités dans l'unité »

Pascale Guichard, IDE à l'UCA du CHU Sud :

« Cela fait quatre ans que je travaille à l'UCA après avoir travaillé pendant 23 ans en orthopédie, j'avais envie de changement.

J'apprécie la diversité des patients de l'unité, car on se retrouve face à toutes les spécialités ou presque, cela oblige à se réactualiser, à se documenter, à se remettre à jour. C'est un complément intéressant pour ma carrière. Le fait de faire des journées de 12 heures de 7 à 19h (3 fois/semaine) permet de suivre les patients de leur arrivée à leur départ.

De plus, le fait d'être une petite équipe permet de bien travailler ensemble.

On appelle le patient à J-1, puis le jour interventionnel, on accueille le patient. On relève les données, réalise un bilan si nécessaire, toute la préparation préopératoire puis généralement une aide-soignante accompagne la personne au bloc. Une fois le patient revenu dans le service, on fait la surveillance postopératoire (le premier lever, la reprise alimentaire, les pansements, etc.) vient ensuite, la préparation de la sortie avec la remise du dossier et l'appel de l'accompagnant.

Enfin, à J+1, on appelle le patient avec un petit questionnaire ».

modifications des pratiques, des protocoles de PEC de la douleur, ...).

Le patient devient l'acteur majeur

La chirurgie ambulatoire engendre de nombreux avantages, elle optimise la sécurité, la qualité et le confort de la prise en charge du patient, ses

bénéfices pour les patients sont classiquement admis. Le patient devient l'acteur majeur de sa prise en charge ambulatoire. Elle permet de dégager des économies substantielles pour l'assurance maladie, améliore l'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie.

« Je souhaite que le patient dédramatise »

Diane Hespel, cadre de santé en UCA et en consultations externes pour le CHU Sud :

En quoi consiste votre travail ?

« Mon travail rassemble plusieurs domaines :

Tout d'abord, la partie management des ressources humaines, les plannings, la formation du personnel...

Ensuite, la partie organisation de l'unité, mise en place, aménagement



« Je suis au service du patient », souligne Diane Hespel.

et amélioration des procédures et protocoles permettant la prise en charge du patient, car il ne faut jamais rester sur ses acquis, mais rechercher une évolution constante. L'objectif est

d'accompagner les équipes le mieux possible, afin qu'elles puissent apporter une prise en charge optimale au patient.

Je suis aussi en charge de la gestion du matériel, des commandes, des stocks...

A cela s'ajoute le suivi de l'activité, j'étudie les causes d'échec, de succès et je rédige le rapport d'activité mensuel et annuel, afin d'optimiser au maximum l'UCA, car c'est un domaine qui est, à l'heure actuelle, en constante augmentation.

Je vérifie également les patients éligibles à l'UCA lors des campagnes, initiées par l'ARS, pour mise sous accord préalable. Pendant cette campagne d'une durée de six mois, l'ARS choisit cinq gestes marqueurs parmi les 43 gestes relevant de la chirurgie ambulatoire. Tous les patients, soumis à ce geste, devraient passer en UCA. S'ils ne sont pas éligibles

pour des raisons médicales, sociales, etc., une demande d'entente préalable doit alors être faite auprès du médecin de la Sécurité sociale, afin qu'il puisse analyser la recevabilité de la requête. Cette dernière est faite à l'issue de la consultation d'anesthésie ».

Qu'est-ce qui vous motive au sein de cette unité ?

« Le patient ! Je suis au service du patient, du 'client'. Je souhaite que tout se passe bien pour lui en lui facilitant son parcours à l'hôpital, qu'il dédramatise, même s'il ne peut oublier complètement le passage au bloc et le geste chirurgical. Je souhaite que le patient ressorte de l'UCA avec le 'smiley'. J'ai choisi des couleurs vives sur les murs de l'UCA, afin que les personnes ne ressentent pas trop le milieu aseptisé d'un hôpital, je m'assure que le personnel puisse disposer de tout le matériel adéquat pour son confort de travail et donc pour la meilleure prise en charge du patient. C'est un effet boule de neige, tout le monde est content, pas de stress.

Ce qui est très motivant à l'UCA, c'est la qualité de cette prise en charge, on essaye systématiquement de tirer l'unité vers le haut ».

Quel bilan pouvez-vous faire à l'heure actuelle de cette unité ?

« Très positif, car l'activité est en constante augmentation. Le questionnaire de satisfaction, rempli par les patients à l'UCA, montre à quel point, ils sont contents de la qualité de leur prise en charge. Le personnel est très épanoui également et très motivé, on recherche la qualité et l'augmentation de l'activité. On espère ouvrir davantage de lits avec la restructuration du bâtiment principal ».

« Je suis content de rentrer chez moi »

Le parcours de soins d'un patient en chirurgie ambulatoire est bien spécifique, il comprend plusieurs étapes. Jean F. est opéré au CHU Sud, il a accepté d'être suivi tout au long de cette journée un peu particulière. Rencontre.

Jean F. doit être opéré par un chirurgien du canal carpien gauche. Le geste médical est assez court, peu douloureux et peu hémorragique, il est donc **éligible en UCA**.



Lors de la consultation d'anesthésiste quelques jours avant l'intervention

Un rendez-vous est alors pris chez l'anesthésiste à l'hôpital qui valide l'intervention chirurgicale et sa prise en charge en ambulatoire. En effet, Jean F. répond aux différents **critères** de l'ambulatoire :

D'un point de vue **médical**, Jean F. n'a pas d'antécédents ou de risques particuliers l'empêchant de repartir le jour même de l'intervention et il habite à moins d'une heure d'un médecin ou d'un lieu de soins.

D'un point de vue **social**, il bénéficie d'un accompagnant, sa femme le ramènera chez lui en voiture, veillera sur lui et pourra en cas de problème téléphoner pour lui.

D'un point de vue **administratif**, son dossier est complet (carte vitale, etc.).

Enfin, Jean F. est tout à fait d'accord pour repartir le jour même et a bien saisi les différentes recommandations et préparations pour l'intervention : « *je préfère rentrer chez moi le jour même, cela me rassure et c'est surtout moins stressant* ».

Les infirmières lui expliquent les différentes précautions à prendre concernant son retour à la maison le jour de l'intervention. Elles lui rappellent également l'importance d'acheter en amont les antalgiques prescrits contre la douleur.

L'appel à J-1

A J-1, une infirmière du service de l'UCA du CHU Sud procède à un appel téléphonique type, elle s'assure notamment de son état de santé et vérifie qu'il sera bien présent le lendemain. Elle lui rappelle également les différents impératifs pour que son intervention se déroule de manière satisfaisante, à savoir qu'il doit être à jeun et qu'il doit prendre deux douches avec un produit antiseptique. Le soir et le matin même de l'intervention.

L'intervention

Le Jour J, Jean F. arrive avec sa femme à l'UCA vers 7 heures du matin. Une infirmière vérifie son état de santé puis, si tous les critères sont au vert, il suit alors le circuit classique du bloc. Il est transféré en salle d'anesthésie pour être endormi localement. Jean F. est ensuite opéré au bloc par le chirurgien. Après un passage obligatoire en salle de réveil, Jean F. retourne dans l'une des chambres de l'UCA où il reste quelques heures, afin de se reposer de son opération.



Le jour J, il est 7 h, Jean F. relit quelques consignes dans l'une des chambres de l'UCA du CHU Sud.



C'est le moment de partir pour le bloc.



Dans le bloc.

Les infirmières de l'unité surveillent son état, lui apportent quelques collations, puis appellent sa femme pour qu'elle le ramène chez eux.

Il est **13 heures**, Jean F. quitte l'UCA la main un peu endormie, mais soulagé que tout se soit bien passé, il rentre chez lui. « *J'ai subi une petite opération, c'est plus simple pour ma famille, pour moi, de ne pas devoir dormir une nuit à l'hôpital, car cela impliquerait toute une organisation avec ma famille beaucoup plus compliquée. J'ai été très bien accueilli par le service, très bien pris en charge, il n'y a eu aucun soucis, je suis vraiment content de rentrer chez moi* ».



Jean F. quitte le CHU Sud vers 13 h.

L'appel à J+1

A J+1, le service de l'UCA procède à un nouvel appel téléphonique type auprès de Jean F., afin de s'assurer de son état de santé et des suites de l'intervention. ■

Les actes pratiqués en Chirurgie Ambulatoire

1. Accès vasculaire
2. Adénoïdectomies
3. Angioplasties membre supérieur
4. Angioplasties périphériques
5. Arthroscopie de la cheville
6. Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties
7. Avulsion dentaire
8. Chirurgie anale
9. Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)
10. Chirurgie col, vulve, vagin
11. Chirurgie du pied
12. Chirurgie de l'avant pied
13. Chirurgie de la conjonctive (pterygion)
14. Chirurgie de la main
15. Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren
16. Chirurgie de la main réparation des ligaments et tendons
17. Chirurgie des bourses
18. Chirurgie des bourses de l'enfant
19. Chirurgie des hernies de l'enfant
20. Chirurgie des hernies abdominales
21. Chirurgie des hernies inguinales
22. Chirurgie des maxillaires
23. Chirurgie des varices
24. Chirurgie du cristallin
25. Chirurgie du nez
26. Chirurgie du sein/tumorectomie
27. Chirurgie de l'épaule
28. Chirurgie du strabisme
29. Chirurgie de l'utérus
30. Cholécystectomie
31. Cure de paraphimosis
32. Exérèses de kystes synoviaux
33. Fistules artérioveineuses
34. Geste sur l'uretère
35. Geste sur l'urètre
36. Geste sur la vessie
37. Interruption tubaire
38. Lithotritie Extra Corporelle
39. Prélèvement d'ovocyte
40. Réparation de perte de substance
41. Exérèse de lésion sous-cutanée
42. Exérèse de lésion cutanée
43. Chirurgie du poignet

L'anesthésiste, l'incontournable

Maillon essentiel de la chaîne, l'anesthésiste est l'un des personnages clés en chirurgie ambulatoire. De la consultation préalable à l'intervention, l'anesthésiste fait partie intégrante du parcours de soins du patient. *Convergence* est allé à la rencontre de ces spécialistes.

« La nécessité de maîtriser les flux des patients »

Laurent Gavage, PH en anesthésiste-réanimation au CHU Nord, est spécialisé en anesthésie pédiatrique et en anesthésie locorégionale.

Quel est selon vous l'intérêt de l'ambulatoire ?

« L'ambulatoire est un mode de prise en charge centré sur le patient qui implique une gestion rigoureuse des moyens mis en œuvre.

C'est un plus pour le confort du patient, mais cela a également du sens d'un point de vue économique. Puisqu'en diminuant les durées de séjour hospitalier in fine, on permet de faire des économies à la Sécurité sociale.

L'activité du bloc opératoire à Félix Guyon est en nette augmentation et le nombre de salles réduit, d'où la nécessité de maîtriser les flux des patients (programmation). Cette problématique est la clé de la réussite d'un parcours clinique en ambulatoire.

En anesthésie, il n'y a pas de technique spécifique à la prise en charge en ambulatoire. Il faudra tout même privilégier des agents anesthésiques à durée de vie courte et à effets secondaires réduits pour permettre la sortie du patient dans les meilleures conditions possibles. L'ambulatoire nécessite une bonne préparation et une très bonne organisation. Il faut bien expliquer au patient ce qu'est l'ambulatoire, afin que tout se déroule le mieux possible. C'est l'intérêt de la consultation pré-anesthésique qui doit permettre de valider l'éligibilité du patient à l'ambulatoire et d'expliquer le parcours clinique ».

Et quand l'ambulatoire ne fonctionne pas ?

« La principale cause de retard de sortie et de ré-hospitalisation est la douleur postopératoire intense non contrôlée et les effets secondaires des médicaments donnés pour la traiter (nausées et vomissements postopératoires) ».

Existe-t-il des alternatives ?

« C'est tout l'intérêt de l'anesthésie locorégionale qui permet d'anesthésier un ou plusieurs territoires concernés par la chirurgie et qui permettra de lutter efficacement contre les douleurs au repos, mais surtout contre les douleurs à la mobilisation.

Dans le cas où l'on anticipe des douleurs postopératoires sévères au-delà de la durée



« La nécessité de maîtriser les flux des patients (programmation) est la problématique clé pour la réussite d'un parcours clinique en ambulatoire », souligne le Dr Gavage.

d'action des anesthésiques locaux, on peut, dans certains cas, mettre en place un cathéter périmerveux continu à domicile. Ce cathéter, placé à proximité d'un nerf ou d'une racine nerveuse, permet la diffusion d'un anesthésique local.

Ceci implique toute une organisation en aval pour le suivi des patients à domicile.

Nous avons de la chance à La Réunion, puisque sous l'égide du Dr Mohy de la consultation douleur au CHU Félix Guyon et du Dr Nakamura du CHU Sud, cette organisation existe déjà.

Depuis 2012 à Saint-Pierre et 2013 à Saint-Denis, des patients, souffrant de douleur chroniques sévères, bénéficient de la pose d'un cathéter périmerveux continu en ambulatoire.

Environ 40 patients ont déjà bénéficié de cette technique à La Réunion. Une fois le cathéter

posé, le patient peut alors rentrer chez lui et le garder plusieurs semaines. Ce type de prise en charge est une spécificité du CHU. C'est un exemple de coopération Nord-Sud, tout est bien organisé.

L'intérêt de ces cathéters périmerveux continus à domicile est multiple : cela permet de diminuer la douleur, de faciliter les soins de plaies, d'améliorer la cicatrisation, de permettre une kiné précoce et optimisée, de diminuer le risque d'infection nosocomiale, d'améliorer la qualité de vie du patient, de réduire la durée d'hospitalisation et donc de réaliser des économies de santé.

C'est un exemple parmi d'autres d'une activité qui peut être réalisée en ambulatoire ».

« On réalise des anesthésies très polyvalentes »

Ianis Tsokanis est assistant spécialisé en anesthésiste-réanimation au CHU Sud.



« Le patient en ambulatoire relève de gestes qui donneront théoriquement peu de complications postopératoires (hémorragies, douleurs...) », précise le Dr Tsokanis.

Quel est l'intérêt d'une anesthésie locorégionale ?

« Pour les chirurgies de courtes durées et peu douloureuses comme le canal carpien, il y a un réel intérêt à réaliser une anesthésie locorégionale lorsque naturellement le patient le tolère, notamment d'un point de vue émotionnel, tant pour la procédure d'ALR (anesthésie locorégionale), que pendant la chirurgie, car le patient ressent le toucher, même s'il n'a pas mal. Ce type d'anesthésie permet au patient d'avoir une aptitude à la rue très rapide à condition qu'il ne connaisse pas de complications. Il récupère alors progressivement l'usage de son membre. On utilise des médicaments anesthésiques locaux de courtes durées d'action.

L'anesthésie locorégionale permet au patient de ne subir aucun désagrément de l'anesthésie générale comme les nausées, les vomissements postopératoires, pas de troubles du comportement ou de la mémoire, la fatigue est aussi réduite. Le patient sort de l'hôpital dans le même état où il est rentré avec juste un membre opéré, endormi pendant quelques heures. Le patient récupère progressivement la motricité puis sa sensibilité. Il peut avoir un peu mal, on lui prescrit alors des médicaments

antalgiques per os qui permettent de prendre le relais quand l'anesthésie locorégionale se lève ».

Comment se déroule votre travail ?

« On réalise des anesthésies très polyvalentes ici, on va travailler un peu sur toutes les spécialités chirurgicales, ce qui est très intéressant. Le service est très bien organisé, l'ambiance y est très agréable. Tous les vendredis, on fait un staff collégial entre anesthésistes pour les patients lourds, cela permet de s'échanger des techniques, de nous maintenir à flot, même sur des anesthésies que l'on ne fait pas souvent. Peu importe l'ancienneté que l'on a, tout le monde a son mot à dire !

Concrètement, je peux faire 3 comme 12 anesthésies par jour en moyenne, cela dépend de la nature des gestes. Un canal carpien va être très rapide, une ponction de FIV également, par contre une lobectomie du poumon va prendre toute une matinée ».

Et le fait d'avoir un patient ambulatoire ?

« Le fait d'avoir un patient ambulatoire ne change pas ma manière de travailler en tant qu'anesthésiste, par contre, pour les patients, c'est différent. Le patient en ambulatoire relève de gestes qui donneront théoriquement peu de



complications postopératoires (hémorragies, douleurs...).

Il est possible également de faire une anesthésie générale en ambulatoire (chirurgie courte : coloscopie, hystérocopie...), le patient peut alors sortir le jour même, car les produits injectés sont à élimination rapide.

L'idée est que l'on essaye de faire des blocs courts en ambulatoire, car anesthésier un membre trop longtemps est susceptible d'être facteur de désagréments pour le patient, il peut être en effet, désagréable de sentir son membre immobile pendant de longues heures. De plus, il peut se faire des lésions cutanées ».

Le CHU inaugure sa plateforme centralisée d'endoscopie

Le CHU de La Réunion a inauguré le lundi 4 mai une plateforme centralisée d'endoscopie. Cette nouvelle plateforme, située à Félix Guyon, doit permettre de répondre à la demande croissante de soins en endoscopie à La Réunion.

C'est en présence de David Gruson, Directeur Général du CHU, de Serge Camatchy, vice-Président de la Région, de Bernard Von Pine, Président du conseil de surveillance du CHU, du Pr Marc Gigante, Chef de pôle de Chirurgie-Anesthésie-Bloc opératoire, du Docteur Marc Laurent, Responsable de la plateforme d'Endoscopie, du Dr Gilles Boulesteix, chef du service d'Anesthésie-Réanimation et de Lionel Calenge, Directeur adjoint du CHU, qu'a eu lieu l'inauguration de la nouvelle plateforme d'endoscopie au CHU Nord.



Le Dr Marc Laurent et le Dr Gilles Boulesteix.

Compte tenu de l'augmentation de 15 à 20% par an du nombre d'actes en endoscopie digestive au CHU de La Réunion, il était devenu essentiel pour l'établissement de se doter de nouveaux moyens afin de raccourcir les délais et d'apporter une offre de soins optimale aux Réunionnais dans le domaine de l'endoscopie.

Trois salles d'endoscopie

Auparavant dispersées dans des locaux inadaptés, cette nouvelle plateforme, située juste à proximité de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire et du bloc opératoire, centralise les activités d'endoscopie dans un environnement plus propice.

« Cette nouvelle structure, précise le Docteur Marc Laurent, Hépatogastroentérologue, en charge de cette nouvelle plateforme, est composée de trois salles d'endoscopie équipées de matériel performant et d'une grande zone adaptée pour le traitement et le stockage des endoscopes souples ». Ces trois salles permettent la réalisation d'actes simultanés avec ou sans anesthésie générale concernant



Avec cette plateforme centralisée, le CHU espère à terme réaliser environ 80 actes par semaine.

l'endoscopie digestive, l'endoscopie bronchique, l'endoscopie gynécologique.

La plateforme dispose d'un matériel moderne et performant avec des vidéoendoscopes Haute Définition de dernière génération, des échodendoscopes. L'acquisition de ce matériel neuf a permis de rationaliser le fonctionnement de la structure (brancards, tables, chariots pour endoscopes, hystérosopes...). Deux salles ont été complètement équipées pour permettre la pratique d'anesthésies générales : installation des fluides médicaux, respirateurs, monitoring ; chariot d'intubation artificielle, défibrillateur... Enfin, un amplificateur de brillance et une table adaptée permettront de délocaliser totalement l'activité d'endoscopie interventionnelle qui se pratique encore au bloc opératoire.

Grâce à ces nouvelles infrastructures, les délais d'attente des patients seront donc moins longs, notamment en ce qui concerne les coloscopies, les conditions meilleures et plus confortables, avec la possibilité d'anesthésie générale, pour à terme atteindre une proportion d'actes sous anesthésie autour de la moyenne nationale (76% au niveau national contre 31% au CHU Félix Guyon).

L'augmentation de l'activité devrait se poursuivre également pour les demandes d'examen de dépistage du cancer colo-rectal.

Un accès quotidien à cette activité

De plus, cette plateforme est un atout supplémentaire pour développer l'ambulatoire (<10% à l'origine du projet contre 63% au niveau national) et les bilans programmés. Enfin, la pratique de l'endoscopie interventionnelle spécifique d'un CHU sera facilitée par l'obtention,

à terme, d'un accès quotidien à cette activité.

Ces démarches ont permis au premier trimestre 2015 de procéder à pas moins de 700 actes d'endoscopie digestive dont 43% sous anesthésie générale (contre 31% l'an dernier), à 102 bronchoscopies et à 36 hystérosopies.

Avec cette nouvelle plateforme centralisée, le CHU de La Réunion souhaite à terme réaliser environ 4200 actes d'endoscopie digestive par an, soit environ 80 actes par semaine répartis de la façon suivante : 1550 actes sans anesthésie générale et 2650 actes avec anesthésie générale.



Le nettoyage et la désinfection des endoscopes thermosensibles se fait dans une grande unité centralisée disposant de trois laveurs désinfecteurs, de paillasse semi-automatiques avec pompes d'irrigation et d'armoires de stockage ventilées permettant un stockage de 72 h contre 12 h auparavant.

La médiation à l'hôpital

Introduite par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, la fonction de médiateur a été instaurée au sein des établissements de santé, et plus particulièrement des commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) avec pour objectif de faciliter le dialogue et l'information des patients et de leurs familles.

Il existe deux types de médiateurs : **les médiateurs médecins**, compétents pour connaître des plaintes et réclamations qui mettent en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical d'un ou de plusieurs services ; et **les médiateurs non médecins** qui sont sollicités pour toutes les autres plaintes.

Quelles sont les conditions pour pouvoir être médiateur ?

Peut être nommé médiateur médical tout médecin exerçant dans l'établissement, ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans, après avis favorable de la commission médicale d'établissement.

Concernant les médiateurs non médicaux : peuvent faire acte de candidature tous les personnels non médecins exerçant dans l'établissement, qu'ils soient issus de filières soignante, technique ou administrative.

La nomination est prononcée par le Directeur du CHU. Cette nomination est valable trois ans, elle est renouvelable.

Outre une bonne connaissance de l'établissement et un intérêt pour la résolution de conflit, il est évidemment nécessaire de posséder certaines qualités relationnelles pour remplir cette mission, parmi lesquelles l'écoute, l'empathie, la capacité à gérer des situations complexes et délicates.

Le médiateur doit respecter un code de déontologie national dans lequel il s'engage à agir avec indépendance, neutralité, impartialité, loyauté, confidentialité, et à respecter le consentement libre du patient.

Quelles sont les missions du médiateur ?

Si un usager s'estime victime d'un préjudice du fait des soins qu'il a reçus, il peut solliciter l'assistance et les conseils du médiateur. Les missions de ce dernier consistent à :

- > **Éclairer** le mieux possible le plaignant sur les circonstances à l'origine de sa plainte ou de sa réclamation, ou compléter l'information, expliquer et essayer de résoudre les malentendus éventuels :
 - > Il peut être amené à réaliser une enquête interne et rencontrer les professionnels des services mis en cause.
 - > Le médiateur médecin peut consulter le dossier médical du patient avec l'autorisation



Dans plus des trois quarts des cas, les médiations ne donnent lieu à aucune poursuite ultérieure et permettent d'apporter aux patients ou à leur famille les éléments d'information souhaités.

écrite de celui-ci, le cas échéant, de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

- > **Informé le plaignant**, si besoin, sur les modalités du recours gracieux -qui fera intervenir l'assurance de l'hôpital- et les voies de recours judiciaire possibles, si les démarches amiables ont échoué.

A l'issue de la rencontre avec le plaignant, le médiateur rédige un compte rendu de l'entretien qu'il transmet dans les huit jours au Directeur. Ce dernier le communique sans délai au plaignant, ainsi qu'aux membres de la CRUQPC, accompagné de la plainte ou de la réclamation. Le médiateur peut émettre des recommandations destinées à améliorer la qualité des prises en charge proposées aux patients, au vu des plaintes qu'il a été amené à traiter. Il est force de proposition au sein de la CRUQPC et auprès de la Direction.

Qui peut saisir le médiateur ?

Il est saisi soit par le Directeur après réception d'une plainte, soit directement par l'auteur de la plainte (le patient ou sa famille). En pratique, le patient s'adresse généralement au service des relations avec les usagers qui organise les médiations et travaille en étroite collaboration avec les médiateurs ainsi qu'avec les représentants des usagers du CHU. Ce service contacte le médiateur, organise la médiation et transmet, pour information et/ou

pour instruction, toute réclamation qui entre dans le champ de compétence du médiateur.

Comment intervient le médiateur ?

Il rencontre le patient et/ou sa famille suivant un planning de permanence affiché dans tous les services. Dans le cas d'une plainte urgente, il peut rencontrer le plaignant en dehors de la permanence et, le cas échéant, rencontrer le patient dans sa chambre.

Quelle disponibilité cette mission nécessite-t-elle ?

Au CHU, quatre médiateurs médecins et médiateurs non médecins sont identifiés par site. En moyenne, ce sont 10 à 15 médiations qui sont organisées par an sur chacun des sites du CHU. A titre indicatif, environ 80% des médiations concernent la prise en charge médicale. Dans plus des trois quarts des cas, les médiations ne donnent lieu à aucune poursuite ultérieure et permettent d'apporter aux patients ou à leur famille les éléments d'information souhaités. La fonction de médiateur est à la fois riche et incontournable dans un établissement de santé. Les médiateurs émettent des propositions d'actions correctives en fonction des observations réalisées auprès des patients, et permettent ainsi à l'établissement d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Gaëlle Dufour ■

Directrice Qualité-Gestion des risques-Usagers.

Un « *contrat unique* » pour les recherches biomédicales à promotion industrielle

Parce qu'elle participe au progrès médical, à la formation des investigateurs et à l'accès précoce, pour les patients, aux nouvelles molécules et techniques de santé, le développement de la recherche clinique industrielle fait partie intégrante de la politique de recherche du CHU de La Réunion, au même titre que la recherche académique.

L'intérêt porté au niveau institutionnel au développement des essais cliniques à La Réunion s'inscrit dans un contexte national marqué par la volonté d'augmenter l'attractivité de la recherche clinique industrielle, c'est-à-dire en lien avec les industries pharmaceutiques ou de dispositifs biomédicaux, en accélérant les procédures des essais cliniques.

Cette ambition a été affirmée dans un rapport conjoint du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS) et du Conseil Stratégique de Filières Industries et Technologies de Santé (CSF) qui a donné lieu à la rédaction de l'instruction n°DGOS/PF4/2014/195 du 17 juin 2014 relative à la mise en place d'un « *contrat unique* » pour les recherches biomédicales à promotion industrielle dans les établissements de santé publics.

Le terme « *unique* » concerne trois niveaux d'interprétation :

- > Introduire un nouveau modèle unique de convention qui est le même partout en France ;
- > Imposer à tous les centres d'une même étude, un même texte de convention ainsi qu'une même grille de surcoûts ;
- > Faire disparaître les conventions bipartites au profit des seules conventions tripartites.

La réglementation prévoit la rédaction de deux conventions, l'une destinée au centre coordonnateur qui réalise l'évaluation des surcoûts et l'autre aux centres associés.

Le principe du « *contrat unique* »

La convention princeps est établie entre l'entreprise promoteur de la recherche et l'« *établissement coordonnateur* », c'est-à-dire celui dans lequel exerce l'investigateur référent. Cette convention princeps est utilisée à l'identique par les établissements publics de santé, participant à la recherche en tant que centre associé. L'établissement coordonnateur établit les surcoûts qui s'imposeront à l'ensemble des établissements associés.

Les établissements d'outre-mer associés à



Les actes réalisés, en plus de ceux nécessaires à la prise en charge courante des patients, sont identifiés en surcoûts.

une étude pour une recherche biomédicale industrielle pourront, exceptionnellement, modifier une convention signée par un établissement coordonnateur, afin que les surcoûts domiens puissent être pris en compte. Trois types de surcoûts sont désormais identifiés : les actes réalisés en plus de ceux nécessaires à la prise en charge courante des patients, les tâches d'investigation liées à la mise en œuvre du protocole et les forfaits administratifs et logistiques.

La durée d'instruction entre le début de la procédure avec l'établissement coordonnateur et la date de signature de la convention devra être au maximum de 45 jours.

L'entreprise promoteur de la recherche adresse une demande de mise en place à un établissement choisi pour être coordonnateur. Ce dernier devra notifier la recevabilité du dossier dans un délai de cinq jours. Il dispose ensuite d'une période ne pouvant excéder 15 jours pour négocier la grille des surcoûts, le projet de convention et adresser ses questions et contre-propositions. Le temps total d'instruction ne peut être supérieur à 20 jours. Dès qu'un accord est trouvé, la convention et la grille des surcoûts doivent être signées dans un délai de cinq jours.

Pour les établissements associés, la démarche est identique. L'entreprise promoteur adresse une demande aux établissements sélectionnés, accompagnée de la grille des surcoûts négociée avec l'établissement coordonnateur. L'établissement associé doit déclarer la recevabilité du dossier dans un délai de cinq jours et dispose d'une période de dix jours pour transmettre la convention signée à l'entreprise promoteur.

Gestion de l'incitation financière

Le terme « honoraires » disparaît au profit de « incitation financière pour les inclusions ». Les associations ne peuvent plus être récipiendaires de ces sommes, mais il est prévu que celles-ci puissent être :

- > affectées au sein de l'établissement de santé où travaille le médecin associé à cette recherche reversées à une fondation hospitalière ;
- > reversées à un groupe de coopération sanitaire, un groupement d'intérêt économique dont l'établissement de santé serait membre ou une fondation hospitalière.

Le CHU de La Réunion a fait le choix d'une gestion en deux temps.

Dans un premier temps, ces sommes seront gérées via un compte de tiers et une UF



Le premier contrat unique, mis en place au CHU de La Réunion, a été signé le 22 février 2015.

dédiée, créée spécifiquement à cet effet. Les financements seront utilisables par les investigateurs bénéficiaires en lien avec les directions fonctionnelles concernées en vue de l'achat de petits matériels, de la prise en charge de frais de missions ou le recrutement de personnels contractuels. La procédure est tenue à la disposition des médecins concernés. Dans un second temps, pour les nouveaux contrats uniques, ces sommes seront reversées à la Fondation pour la Recherche en Santé, qui devrait être créée prochainement.

Evaluation de la mise en place du contrat unique

Des indicateurs seront déployés en vue de mesurer les délais de contractualisation, l'excellence des établissements et leur contribution à l'attractivité de la France en matière de recherche biomédicale. Seront comptabilisés, par établissement de santé, le nombre de conventions signées, en qualité d'établissement coordonnateur et d'établissement associé, ainsi que le nombre de patients inclus. Ces indicateurs quantitatifs seront modulés par des indicateurs qualitatifs portant sur les délais de signature des conventions, les délais d'ouverture des centres d'inclusions et le nombre d'inclusions réellement exploitables.

Ces indicateurs seront pris en compte, chaque année, pour la répartition de crédits spécifiques au titre de la part modulable des Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI) au sein d'un item dédié à la performance des établissements de santé en matière de recherche à promotion industrielle. L'enveloppe nationale distribuée au titre de cette nouvelle MERRI industrielle s'élevait en 2014 à 13 millions d'euros.

Afin de revoir et d'améliorer le modèle de convention unique et les modèles de grilles de surcoûts, les fédérations et conférences hospitalières et les organisations professionnelles représentant les industries de santé, se réunissent une fois par an, sous l'égide de la DGOS.

En sa qualité d'établissement associé à une étude en pneumologie, le premier contrat unique mis en place au CHU de La Réunion a été signé le 22 février 2015. Dans cette même discipline, la perspective 2015 est, à ce jour, de quatre contrats supplémentaires. Il est également prévu la signature d'un contrat en cardiologie et un autre au niveau du centre de référence des maladies neurologiques et neuromusculaires rares.

Frédérique Sauvat ■
PU PH, Présidente de la DRCI

La formation en soins infirmiers et l'acquisition de compétences

Ces dernières années, la politique dans le domaine des stages des étudiants en soins infirmiers a énormément évolué, afin de permettre au jeune étudiant de se préparer de la façon la plus optimale et la plus professionnelle à son futur métier.

En 2009, la réingénierie de la formation en soins infirmiers centrée sur l'acquisition de dix compétences, a induit des changements en profondeur dans l'accompagnement et l'évaluation des étudiants en stage. Une complémentarité nouvelle était à construire entre les équipes pédagogiques et les équipes soignantes.

L'année 2012 a été l'occasion de réaliser le premier bilan national de la formation. Il a permis d'identifier les améliorations à mettre en place pour garantir la professionnalisation des futurs infirmiers et l'équité en matière de parcours de stage.

En 2013, un groupe de travail piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a apporté les modifications utiles à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier. Deux textes intègrent ces propositions de modifications :

> **L'arrêté du 29 septembre 2014** qui prévoit la simplification du portfolio et précise les conditions d'évaluation et de validation des stages.

> **L'instruction de la DGOS du 24 décembre 2014** et le guide de préconisations relatives à la politique de stages, le parcours de l'étudiant en soins infirmiers, le suivi de la progression de l'étudiant en stage.

La politique de stages

Définition de la politique de stages en cohérence avec le Projet Régional de Santé (PRS), afin d'intégrer les stages de la formation d'infirmier au sein des besoins spécifiques de la région concernée et d'établir une mise en place de parcours qualifiants qui optimise le potentiel des stages et améliore l'encadrement des étudiants. Elaboration d'une politique de stages intégrée dans le projet de soins et le projet d'établissement avec identification de parcours professionnalisant et la prise en compte d'indicateurs au niveau des Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Cette politique régionalisée oblige à une mutualisation et une coopération sur un territoire donné et nécessite l'implication de tous les acteurs concernés : l'ARS, le Conseil Régional, les Groupements de Coopérations Sanitaires,



Le stage dans la formation des futurs professionnels de santé doit permettre la confrontation répétée aux situations prévalentes.

les instituts, les établissements, les structures de soins, l'URPS.

Le parcours étudiant : pour un parcours professionnalisant

Le stage dans la formation de ces futurs professionnels de santé doit permettre la confrontation répétée aux situations prévalentes. Il doit prendre en compte les objectifs et les besoins d'apprentissage de chaque étudiant et lui permettre de développer sa capacité réflexive. L'organisation actuelle par pôle peut contribuer à faciliter l'apprentissage des étudiants avec une organisation du parcours de l'étudiant en cohérence avec le parcours de soins du patient. En effet, une telle organisation permet au futur professionnel de santé de répondre aux évolutions de la prise en charge et de la pratique soignante. Cependant, dans l'objectif de faciliter les apprentissages, l'accompagnement du stagiaire doit être assuré par un même tuteur pour l'ensemble du parcours. Il est préconisé que l'étudiant participe à l'élaboration en équipe des projets de soins, à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

Les stages infirmiers sont étendus aux différents secteurs soignants : le secteur ambulatoire, les cabinets libéraux, les maisons de santé, les établissements médico-sociaux. La mobilité nationale est encouragée via Erasmus.

Le suivi de la progression en stage

Le suivi de l'étudiant en stage est assuré par le biais d'un outil appelé portfolio complété par l'étudiant lui-même, partagé avec le tuteur et consulté par le formateur référent de suivi pédagogique.

Cet outil, qui suit l'étudiant tout au long de sa formation, est un support qui facilite une évaluation sur le processus d'acquisition des compétences. Ainsi, cette évaluation résulte des observations et des échanges tout au long du stage. Ce n'est surtout pas une évaluation ponctuelle.

La sollicitation de tous les professionnels est requise dans le cadre d'une dynamique de partage des savoirs.

Ainsi, les analyses de situations et des activités rencontrées, partagées avec les équipes, contribuent à l'apprentissage, à l'intégration des connaissances professionnelles, à l'enrichissement du dialogue professionnel et à l'amélioration générale des pratiques.

Au sein des IES du CHU et à l'initiative de la coordination générale des IES, depuis mars 2013, une politique de stages a été définie pour les étudiants en soins infirmiers en particulier, mais aussi pour l'ensemble des étudiants paramédicaux et sages-femmes. Cette politique

et l'organisation même développée à cet effet, sont, non seulement en parfaite adéquation avec les préconisations de la DGOS mais, de surcroît, les ont quelque peu devancées.

La politique de stages des IES du CHU de La Réunion : d'une logique d'institut à une logique de territoire

La politique de stages des IES du CHU vise à optimiser, développer et structurer l'offre de stages sur l'ensemble du territoire de La Réunion, pour les étudiants en soins infirmiers des trois instituts du Groupement de Coopération Sanitaire IFSI Réunion-Mayotte.



Cette volonté partagée induit des changements notables dans les relations entre les différentes structures, établissements de santé et les instituts de formation. Une logique de territoire s'est instaurée et a remplacé peu à peu, l'espace concurrentiel en un espace collaboratif.

Ces changements de paradigmes ont été rendus possibles grâce à la création d'une entité centrale, la « Cellule Stages » constituée d'une équipe unique pour les dix Instituts d'Etudes en Santé (IES) rattachés au CHU de La Réunion.

Cette « Cellule Stages » de dimension régionale, assure ainsi, la gestion centralisée des stages, le processus d'affectation au bénéfice de tous les acteurs, un système d'information uniformisé et un partenariat étroit avec nos partenaires.



Une politique de stages a été définie pour les étudiants en soins infirmiers en particulier, mais aussi pour l'ensemble des étudiants paramédicaux et sages-femmes.

La « Cellule Stages » : un espace de collaboration

Cet interlocuteur unique qu'est la « Cellule Stages » contribue ainsi à une « sécurisation de l'offre de stages » pour les instituts et les établissements de santé qui reçoivent les étudiants en stage. Elle facilite la mise en place d'outils partagés. Elle améliore la lisibilité globale pour les instituts, les établissements et les étudiants. Elle représente dorénavant une aide à la décision et porte le plan de communication sur les stages auprès de tous nos partenaires, (établissements de santé publics et privés, cabinets libéraux, instances, directions de soins, pôles...).

En réponse aux attentes des terrains de stage, la planification des périodes de stages a été négociée et réalisée par la « Cellule Stages » sur un même document pour les trois IFSI de la région, avec une harmonisation des règles et des fonctionnements.

Enfin, la « Cellule Stages » assure le pilotage des réflexions inter instituts sur différents objectifs et dispositifs à mettre en œuvre ou à développer : formation des tuteurs, labélisation des terrains de stages, cadres formateurs référents de stage, harmonisation des outils, des fonctionnements ainsi que des enseignements comme le Raisonnement Clinique par exemple.

La gestion « territoriale »

Au regard des directives récentes, de nos travaux en cours et à venir à La Réunion, la gestion « territoriale » des stages amènera de la cohérence et de la congruence au bénéfice de tous : étudiants, tuteurs et professionnels de proximité.

C'est la qualité de la prise en charge des patients de notre île qui reste l'objectif principal à la fois des évolutions de la formation et en corollaire de notre niveau d'exigence.

Frédérique Juzieu Camus ■
Coordonnateur Général
des Instituts d'Études en Santé
Pascale De Jouvancourt ■
Directrice de l'IFSI Nord



Une équipe unique constitue la « Cellule Stages » pour les dix IES rattachés au CHU de La Réunion.

Le CHU se penche sur les épidémies des arbovirus à Madagascar

Les maladies infectieuses représentent l'un des axes prioritaires de recherche du CHU de La Réunion tels que définis dans le projet hospitalo-universitaire. En effet, en raison de sa situation géographique, La Réunion est soumise à des maladies tropicales spécifiques non rencontrées en métropole. Parmi ces infections, certaines arboviroses transmises par des moustiques représentent un risque pour notre île. C'est le cas de l'infection par le virus du Chikungunya, dont l'épidémie de 2006 a entraîné la mise en place d'une surveillance de cette arbovirose avec la création de la CIRE Océan Indien. Celle-ci perdure en 2014 avec la réalisation annuelle de 750 recherches diagnostiques dans le cadre de l'activité du Centre National de Référence Associé (CNR) Arboviroses du laboratoire du CHU Nord. Deux cas importés des Antilles liés à l'émergence du virus dans la région des Amériques ont été détectés en 2014.

Madagascar et La Réunion appartiennent à cette zone tropicale du sud-ouest de l'océan Indien (SOOI) et jouissent d'échanges quotidiens et variés.

Or, l'île de Madagascar est soumise aux risques d'émergence des virus de la côte Est africaine qui a été la zone pourvoyeuse de toutes les épidémies arbovirales survenues dans la zone. Les infrastructures actuelles en terme de diagnostic ne permettent pas aux collègues des CHU de Madagascar d'entreprendre la caractérisation et l'identification de ces virus et la prise en charge des patients repose, le plus souvent, sur une antibiothérapie empirique dès que ceux-ci présentent de la fièvre. Outre, la carence de diagnostic étiologique précis et le coût d'une antibiothérapie inutile, ces traitements peuvent avoir de graves conséquences en termes d'émergence et de diffusion de résistance bactérienne et de maladies infectieuses associées.

Des kits d'identification moléculaire

L'objectif de notre coopération est de développer la mise en place de techniques de diagnostic au laboratoire du CHU de Befalatanane à Tananarive, afin de permettre aux biologistes et infectiologues de caractériser l'étiologie des syndromes aigus fébriles « dengue-like ». Ces syndromes sont définis cliniquement par une fièvre > 38°C depuis moins de cinq jours associée à un ou plusieurs symptômes tels que myalgies, arthralgies, nausées, vomissements, douleurs rétro-orbitaires, céphalées, éruptions cutanées.

Des kits d'identification moléculaire pour les différents arbovirus retrouvés dans la région seront développés par l'équipe de recherche du CNR de La Réunion. Cela permettra d'explorer les arboviroses circulant, chez l'homme, à Madagascar, afin d'appréhender le risque épidémique d'émergence des arbovirus dans



Cette coopération repose sur une collaboration avec le service des Maladies infectieuses du CHU de Tananarive ainsi qu'avec les services de Maladies infectieuses des CHU de Tamatave et Majunga.

la zone SOOI, répondant ainsi à la mission de surveillance du CNR associé.

Couvrir entièrement l'été austral

Cette coopération repose sur une collaboration avec le service des Maladies infectieuses du CHU de Tananarive du Professeur Mamy Randria ainsi qu'avec les services de Maladies infectieuses des CHU de Tamatave et Majunga. Notre étude inclura les patients hospitalisés dans ces services durant la période d'octobre 2015 à novembre 2016. Cette période a été définie afin de couvrir entièrement l'été austral (octobre à avril) correspondant à la saison chaude et humide propice au développement des moustiques vecteurs et donc à la transmission des arboviroses.

Toutefois, une extension de l'inclusion sera assurée durant la seconde partie de l'année afin de répondre aux questions de saisonnalité

des agents étiologiques retrouvés dans ces différentes régions.

Avant de vous donner rendez-vous dans un prochain numéro de *Convergence* pour vous présenter nos résultats, voici une citation de David Beasley qui illustre notre coopération avec Madagascar : « Les épidémies d'arboviroses sont, comme les inondations, les ouragans ou les cyclones : elles se produisent de façon sporadique mais on ne peut prédire précisément où et quand ! Cependant, notre but est d'en atténuer les conséquences par une recherche permanente pour identifier et définir les facteurs environnementaux et les autres risques d'émergence ».

Dr Bénédicte Roquebert, *Biologiste* ■
Dr Marie-Christine Jaffar-Bandjee ■
Chef du Pôle Biologie

OUF !



MNH PREV'ACTIFS* :
COMPENSEZ
VOS PERTES DE REVENUS,
PRIMES COMPRISES
EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

3 MOIS OFFERTS**



TheLinks.fr - Juin 2014 - Crédits photos : Gregor COLLIENNE - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social. 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.



L'ESPRIT HOSPITALIER EN PLUS

Plus d'informations auprès de vos correspondantes MNH :

Josie Guérin, Centre hospitalier départemental Félix Guyon, Saint-Denis, tél. **02 62 90 50 69**, josie.guerin@chu-reunion.fr

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

* MNH PREV'ACTIFS propose aussi un capital en cas d'invalidité totale et définitive ou décès, et des rentes conjoint et/ou éducation. Pour le détail de l'offre, nous consulter.

** Offre réservée exclusivement aux nouveaux adhérents à MNH Prev'actifs (n'ayant pas été adhérents MNH Prev'actifs au cours des 12 derniers mois) valable pour tout bulletin d'adhésion signé entre le 1er janvier 2015 et le 31 août 2015 (date de signature faisant foi), renvoyé à la MNH avant le 30 septembre 2015 (cachet de la poste faisant foi), pour toute adhésion prenant effet du 1er janvier 2015 au 1er octobre 2015 : 3 mois de cotisation gratuits.