

# CONVERGENCE

Ensem'vous serv la vi!

➤ N° 32 | Avril | Mai | Juin 2016



## La gériatrie au CHU, une filière d'avenir

P 05 | Actualité

Le CHU de La Réunion améliore l'offre de soins  
dans le cirque de Cilaos

P 14 | Qualité

La démarche d'amélioration de la qualité des soins  
dans les pôles d'activité

P 16 | Recherche

La place de la recherche  
dans la pratique paramédicale au CHU ?

- 3..... **Édito**
- 4..... **Actualité**
- Une mission régionale de télémédecine dans l'océan Indien
  - Le CHU de La Réunion améliore l'offre de soins dans le cirque de Cilaos
  - GHT, les avancées...
- 6..... **Dossier**
- La gériatrie au CHU, une filière d'avenir
- 12..... **Le soin, un métier**
- L'ergothérapeute
- 13..... **Focus**
- Des activités physiques et artistiques pour stimuler le quotidien du gramoune
- 14..... **Qualité**
- La démarche d'amélioration de la qualité des soins dans les pôles d'activité
- 15..... **Recherche**
- La recherche au CIC : les dernières études publiées dans l'axe 'maladies métaboliques et chroniques'
  - Quatre ans après : quelle est la place de la recherche dans la pratique paramédicale au CHU de La Réunion ?
- 17..... **Enseignement, écoles et formation**
- Le CHU de La Réunion, mobilisé pour la 3<sup>e</sup> édition du Salon régional de la jeunesse
- 18..... **Coopération**
- Les CHU de Tananarive et de La Réunion coopèrent sur la formation au risque infectieux
  - Le CHU accompagne les Seychelles dans sa lutte contre les infections nosocomiales
  - Sim Man et Noëlle en mission aux Seychelles

## Convergence

- › Directeur de la Publication : Lionel Calenge
- › Réalisation : Service communication du CHU de La Réunion
- › Crédit photos : Service Communication CHU, CHU, Pauline Stasi, Réucare.
- › Secrétariat de rédaction : Frédérique Boyer, Pauline Stasi
- › *Convergence* CHU de La Réunion est un magazine trimestriel édité à 5 000 exemplaires.
- › Impression Graphica - DL 6077 
- › 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
- › **CHU Félix Guyon**  
Allée des Topazes - CS11021  
97400 Saint-Denis  
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

## Le CHU veille sur nos gramounes



**M**a nomination en tant que Directeur Général du CHU de La Réunion et du Groupe Hospitalier Est Réunion a été officialisée il y a quelques semaines. Je tiens ici à remercier tout d'abord le Président de la République et le Gouvernement pour la confiance qu'ils m'ont accordée à travers le choix d'une continuité managériale au sein du CHU et du GHER.

Je tiens également à remercier sincèrement l'ensemble des personnes qui m'ont soutenu dans le cadre de ma candidature, avec un hommage particulier aux personnels hospitaliers du CHU et du GHER pour le travail engagé et le développement des projets en cours dans les domaines du soin, de l'enseignement, de la recherche, de la coopération et de l'innovation en santé.

Les quatre premières années du CHU ont été marquées par une phase de développement importante qui doit être poursuivie afin de s'adapter continuellement à la dynamique épidémiologique, mais aussi démographique de l'île.

Ma priorité sera de poursuivre la consolidation d'une équipe de Direction investie pour garantir une offre de soins de qualité aux patients du CHU de La Réunion et du GHER. Je le ferai en étroite collaboration avec la Présidente de la CME, le Pr Frédérique Sauvat, le Doyen de l'Unité de Formation et de Recherche en Santé, le Pr Pascale Guiraud, et dans un esprit de dialogue social et d'ouverture afin d'accompagner les nombreux chantiers hospitaliers publics d'avenir à La Réunion.

Parmi les nombreuses coopérations du CHU, je souhaite consolider avec l'appui de l'Agence de Santé Océan Indien le partenariat exemplaire engagé en 2013 avec le Centre Hospitalier de Mayotte, dans une démarche de solidarité du service public hospitalier.

Le dossier de ce nouveau numéro du magazine *Convergence* est consacré à la prise en charge de nos seniors au sein du CHU. La population de notre île vieillit et le nombre de ses gramounes sera en constante augmentation dans les prochaines décennies. La part des personnes âgées représente actuellement, 13,6% de la population de l'île, mais devrait atteindre d'ici 2040, les 25%, ce qui signifie qu'un Réunionnais sur quatre sera âgé de plus de 60 ans.

Face à un tel défi démographique, le CHU de La Réunion a su s'adapter, en développant sa filière gériatrique, en créant de nouvelles

consultations gériatriques, en ouvrant de nouvelles unités, comme les Unités mobiles de gériatrie ou en les développant. Ainsi, grâce à d'importants travaux mis en œuvre, l'unité cognitivo-comportementale (UCC) du Tampon disposera désormais, d'ici quelques mois, de 16 lits au lieu de 6 actuellement. Cette unité est dédiée aux patients présentant une démence de type Alzheimer ou maladies apparentées en phase de crise psycho-comportementale aiguë. Les équipes du CHU travaillent au quotidien pour offrir à nos gramounes la possibilité de bien vieillir. L'amélioration de l'accès aux soins de nos gramounes s'inscrit dans le cadre de la dynamique de développement continu de la qualité de la prise en charge des patients. Toujours dans sa recherche de développer la meilleure offre de soins possible aux Réunionnaises et aux Réunionnais, le CHU de La Réunion continue sa lutte contre les déserts médicaux en dotant certains de ses sites difficiles d'accès de moyens supplémentaires. Ainsi, l'offre de soins à l'hôpital de Cilaos a été renforcée avec l'arrivée récente d'un praticien contractuel à temps plein et avec la poursuite du développement de la télémédecine.

La télémédecine se révèle ainsi être un outil essentiel pour corriger les inégalités d'accès aux soins et les pertes de chance qui en découlent. A ce titre justement, elle constitue un véritable outil d'aide à la structuration du projet médical partagé en cours de construction dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire Océan Indien. Le GHT OI, qui regroupe l'ensemble des établissements de La Réunion et Mayotte : CHU de La Réunion, Centre hospitalier Gabriel Martin & EPSMR, GHER, Centre hospitalier de Mayotte, est l'un des grands chantiers du CHU de La Réunion dans un futur proche, puisque le calendrier prévu est une adoption de la convention constitutive et l'élaboration des grands axes du projet médical partagé avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

*Ensem' mau sero la vi !*

Lionel Calenge ■  
Directeur Général  
du CHU de La Réunion

# Une mission régionale de télémédecine dans l'océan Indien

Le renforcement de l'accessibilité aux soins et la nécessité de répondre aux besoins sanitaires de la population réunionnaise et mahoraise, eu égard aux particularismes qui constituent ces territoires de santé, sont des enjeux majeurs de nos politiques publiques.

L'Agence Régionale de Santé de l'océan Indien a initié une mission régionale de déploiement des activités de la télémédecine entre ces deux territoires de santé. Cette mission représente une orientation prioritaire du Plan Régional de Santé (PRS) et du Programme des Systèmes d'Information et de la télémédecine (PSIT). La mission placée sous l'égide de Gerald Kerbidi a démarré ses travaux le 1<sup>er</sup> octobre 2015, avec l'appui de Martine Béguin et d'Émilie Lenclume du CHU de La Réunion. La télémédecine est déjà une réalité dans la zone océan Indien, comme l'attestent les organisations mises en place depuis 2010 dans le cadre de la permanence des soins entre le site hospitalier de Cilaos (CHU) et le Centre 15 du SAMU 974 ou les avis spécialisés à distance organisés depuis 2013 entre le CHU de La Réunion et les Terres Australes et Antarctiques Françaises (TAAF). D'autres usages sont en cours de production ou de déploiement, comme le téléAVC déjà opérationnel entre le CHU Nord et le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER). Le projet de télémédecine entre La Réunion et Mayotte est un prolongement de la collaboration déjà étroitement engagée entre le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) et le

CHU de La Réunion et scellée depuis 2013 par une convention cadre de partenariat visant à garantir la diversification et le renforcement de l'offre de soins à Mayotte, l'amélioration de l'organisation des évacuations sanitaires ainsi que l'organisation de l'accès aux avis spécialisés et examens complémentaires.

### La télésanté contribuera à corriger les inégalités d'accès aux soins

La télémédecine constitue un véritable outil d'aide à la structuration du projet médical partagé en cours de construction dans le cadre de la préfiguration du Groupement Hospitalier de Territoire Océan Indien (GHT OI) regroupant le CHU de La Réunion, le Groupe Hospitalier Est Réunion, le Centre Hospitalier Gabriel Martin, l'Établissement Public de Santé Mentale et le Centre Hospitalier de Mayotte. L'amélioration de l'accessibilité des services de santé, la graduation des soins et l'efficacité en termes de qualité et de sécurité des soins sont les axes prioritaires du projet médical partagé constituant le cœur du GHT. La composante de la télésanté contribuera à corriger ces inégalités d'accès aux soins et les pertes de chance qui en découlent.



En collaboration étroite avec les professionnels des établissements publics de santé de La Réunion et de Mayotte, l'équipe projet télémédecine et son comité de pilotage (établissements membres du GHT OI) ont priorisé 5 filières (entre La Réunion et Mayotte) sur lesquelles s'engagera un déploiement expérimental de télémédecine.

### Différents partenariats

Une réflexion sur la définition d'un modèle de financement de ces actes a par ailleurs été engagée. En effet, comme le souligne le rapport définitif de la mission de F. Martineau et J. Hubert sur les GHT (publié en mars 2016) « aucune rémunération n'est aujourd'hui possible pour les activités de télémédecine, alors même qu'elles se substituent à des consultations physiques. Pour autant le législateur a donné un cadre légal à ces pratiques depuis 2009 (Loi HPST) dans le Code de la santé publique ».

La mission régionale de télémédecine et le groupe de pilotage mis en place poursuivent donc leurs travaux en partenariat avec le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) TESIS. D'autres partenariats sont venus appuyer et conforter les actions engagées, tels le soutien de la Fédération Hospitalière de France (FHF) qui dans le cadre d'une mission conduite à l'échelon national intégrera la Région Réunion-Mayotte dans une réflexion sur l'accessibilité aux soins dans les régions ultramarines, optimisée par le déploiement de la télémédecine ou encore l'accompagnement de la Société Française de Télémédecine-Association Nationale de Télémédecine (SFT-ANTEL) qui apporte son expertise et ses avis éclairés sur les projets retenus.

Martine Béguin, Directrice adjointe, Émilie Lenclume, Adjoint des cadres

# Le CHU de La Réunion améliore l'offre de soins dans le cirque de Cilaos

Le vendredi 15 avril, le CHU de La Réunion a présenté son offre de soins améliorée, restructurée et consolidée au sein de l'hôpital de Cilaos. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le CHU a recruté à plein temps un praticien contractuel, le Docteur Serge Jarre. Cette visite de l'hôpital de Cilaos a été également l'occasion de faire une démonstration de télémédecine.

« Compte tenu de l'accès difficile du site touristique du cirque de Cilaos, il est nécessaire de préserver et d'adapter l'offre de soins afin que les touristes, tout comme les habitants, très attachés à leur hôpital, puissent accéder aux soins et qu'ils n'aient pas de perte de chance », souligne le député Jean-Jacques Vlody, qui avait fait spécialement le déplacement à Cilaos, en compagnie notamment, de Béatrice Sigismeu, Vice-présidente du Conseil Départemental de La Réunion, de Lionel Calenge, Directeur Général du CHU de La Réunion, de Patrick Goyon, Directeur du CHU Sud Réunion, de Martine Béguin, responsable du site de Cilaos et de la Vice-présidente de la CME, le Dr Nathalie Le Moullec. Accueillie par le Maire de Cilaos, Paul Técher, la délégation a pu assister à la visite de l'hôpital de Cilaos par le Dr Serge Jarre. L'hôpital de Cilaos dispose d'un service de 15 lits de médecine polyvalente et une équipe composée d'un cadre de santé, de sept infirmiers, de dix aides-soignants ainsi que de trois personnels techniques.

### «La télémédecine est un vrai plus»

Fort de son expérience de médecin généraliste pendant plus de dix ans à Cilaos, le Dr Jarre connaît bien le contexte spécifique du cirque.



Le député Jean-Jacques Vlody lors de sa visite de l'hôpital de Cilaos.

Démonstration de télémédecine avec le SAMU 974, faite par le Dr Jarre, au député Jean-Jacques Vlody et au Directeur Général du CHU de La Réunion, Lionel Calenge.

« Le fait de travailler dans un site éloigné permet d'être confronté à de nombreuses situations, de trouver des solutions. L'esprit est très chaleureux, on se connaît tous. La télémédecine est un vrai plus, on peut faire une approche du diagnostic plus précise », analyse le praticien.

« Le travail de l'équipe médicale et paramédicale de l'hôpital de Cilaos apporte à tous les patients une prise en charge de qualité. Par ailleurs, l'offre de médecine fonctionne très bien. Le CHU a su trouver des réponses innovantes et adaptées face au contexte géographique », souligne Lionel Calenge, Directeur Général du CHU de La Réunion.

Installé depuis 2007, le dispositif de télémédecine, en partenariat avec le SAMU de La Réunion, réduit le délai d'intervention diagnostique et thérapeutique. La télémédecine offre une couverture médicale de qualité en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, les nuits et les fins de semaine. La télémédecine au service de l'urgence à Cilaos a permis de développer un accès aux soins de proximité pour la population, de garantir et sécuriser la prise en charge des patients. L'hôpital est ainsi dynamisé et permet une évolution des pratiques professionnelles chez les paramédicaux du site.

# GHT, les avancées...

La loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016, prévoit que chaque EPS (Établissement Public de Santé) doit faire partie d'un GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) au 1<sup>er</sup> juillet 2016, sauf sous certaines dérogations.

Le GHT Océan Indien est un lieu de portage d'une démarche de performance désormais commune à l'ensemble des établissements de La Réunion et Mayotte : CHU de La Réunion, Centre hospitalier Gabriel Martin & EPSMR, GHER, Centre hospitalier de Mayotte. Cette démarche performance viserait à capitaliser des gains collectifs de qualité et de sécurité des soins, mais également d'efficacité économique. Le GHT est piloté par un Comité stratégique réunissant les directeurs généraux, présidents de CME des établissements, l'ARS et les présidents de la CSIRMT (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques).

Il détermine les orientations à partir du projet médical partagé du territoire et de l'avancement des travaux préparatoires de l'équipe projet sur chaque établissement de santé.

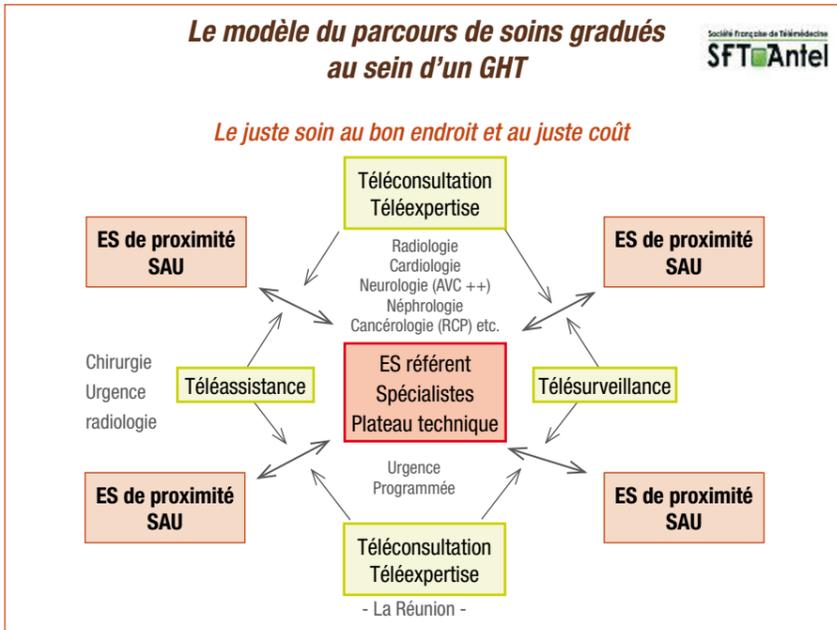
### Mise en place d'un Département d'information médicale de territoire

Une équipe projet régionale a été constituée en appui à la démarche. Il ressort des échanges avec les professionnels de santé des établissements le choix d'intégrer la santé mentale dans le projet médical en prenant en compte ses spécificités. Côté performance des blocs opératoires, une démarche opérationnelle est engagée sur la

mise en place d'un schéma d'optimisation des créneaux opératoires sur deux sites du territoire Nord-Est avec des temps partagés de praticiens au plus près des besoins de la population.

Reste à engager les axes de performance suivants : mise en place d'un Département d'information médicale de territoire, la convergence des systèmes d'information et une démarche d'efficacité des laboratoires en lien avec la certification COFRAC.

**Calendrier :** adoption de la convention constitutive et l'élaboration du projet médical partagé avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016.



(1) - Télé-expertises et téléconsultations dans le cadre du Diagnostic anténatal (DAN) - Lecture et interprétation à distance des lames d'Hématologie - Télé-expertises et téléconsultations en Chirurgie infantile dans le cadre du plan périnatalité - Télé-expertises et téléconsultations en Chirurgie gynécologique - Télé-expertises en Oncologie.



## La gériatrie au CHU, une filière d'avenir

Avec l'évolution de la pyramide des âges de La Réunion montrant une augmentation du nombre de personnes âgées et un vieillissement de la population, la prise en charge des seniors est devenue l'un des enjeux actuels du CHU de La Réunion et le sera pour les décennies futures.

Certaines personnes âgées vont conserver, même dans le grand âge, des capacités fonctionnelles optimales, d'autres par contre, vont voir leurs capacités fonctionnelles diminuer entraînant un état de fragilité, facteur de risques de décompensation et de répercussions des maladies. Ce phénomène de cascade est dangereux, car il constitue un véritable cercle vicieux où les éléments pathologiques s'aggravent réciproquement.

La spécificité de la pratique gériatrique réside donc dans le caractère global de la prise en charge de la personne âgée. Les professionnels des services de Gériatrie des différents sites du CHU œuvrent au quotidien, aidés par les autres services, afin de répondre d'une façon globale à cette prise en charge qui doit donc prendre en compte, non seulement le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës et chroniques de la personne âgée, mais aussi la prévention des complications, la conservation de l'autonomie, de son environnement et le devenir social du patient.

Face à cette augmentation de la population de seniors et potentiellement de « *sujets âgés fragiles* », le CHU de La Réunion a donc mis en place une véritable filière gériatrique afin que le patient âgé puisse bénéficier de la meilleure prise en charge et du parcours de soins le plus adapté à son état.

« *La vieillesse n'est pas une maladie* », souligne d'emblée le Dr Jean-Marc Eychène, praticien hospitalier, responsable du service de Gériatrie du CHU Sud Réunion/site de Saint-Joseph. « *Toutefois, nuance le praticien, la personne âgée est potentiellement porteuse de fragilités* ». Et en effet, si la vieillesse ne doit donc absolument pas être considérée comme une maladie et qu'il est essentiel d'éviter tout fatalisme souvent invoqué du seul fait du grand âge, elle développe néanmoins un terrain propice pour les maladies.

Ces éventuelles fragilités (lire encadré), si elles ne sont pas découvertes à temps, peuvent décompenser une pathologie et conduire à des événements en cascade. Le CHU de La Réunion dispose d'un arsenal très complet lui permettant de dépister et d'évaluer les patients seniors. Ainsi comme le précise le Dr Eychène : « *Cela peut se faire par les services de Gériatrie (court séjour ou Hôpital de jour), par les consultations gériatriques, de mémoire notamment, ou encore par le biais des Unités mobiles de gériatrie* ». Ce volet préventif est essentiel en gériatrie, car l'objectif est de permettre au senior de garder son autonomie, de ne pas tomber dans la dépendance.

### Orienté dans la bonne filière

Le parcours du patient senior doit être adapté à son âge, à ses éventuelles fragilités, il doit être orienté dans la bonne filière. Pour cela, précise le praticien : « *Il faut donc qu'il y ait une culture gériatrique à l'hôpital, car tous les services de soins se trouvent confrontés à des patients âgés* ».

« *Théoriquement, précise le Dr Eychène, le patient gériatrique doit rentrer au CHU, généralement à la demande de son médecin traitant, en unité dédiée en court séjour gériatrique, afin de pouvoir*



Le Dr Jean-Marc Eychène.

bénéficier de l'expertise et de l'évaluation globale d'un gériatre ».

Mais à la suite d'une crise aiguë ou d'une décompensation, il se peut que le patient âgé arrive directement au CHU par le service des Urgences. Il bénéficie alors du checking d'un urgentiste et du plateau technique des Urgences avant d'être envoyé en Gériatrie (lire en page 10), sauf s'il nécessite l'offre de soins d'un autre service ou que son expertise gériatrique est satisfaisante.

### Un plan personnalisé de soins

L'évaluation globale d'un patient par des professionnels formés à la gériatrie, permet au senior de bénéficier d'une prise en charge optimale et de lui donner davantage de chances de garder son autonomie, en lui proposant des solutions.

Ainsi, un plan personnalisé de soins peut être mis en place, en lien avec le médecin traitant. Parfois, un placement peut aussi lui être proposé, afin de répondre au mieux aux besoins de la personne âgée. Des alternatives thérapeutiques actives sont également conseillées notamment par la filière de l'onco-gériatrie permettant à la personne âgée, une fois son opération ou sa

chimio terminée, de retrouver son autonomie. Les troubles cognitifs comportementaux, la suspicion de démence, les confusions (au sens large du terme), les altérations générales profondes, les douleurs persistantes, la dépression, la cancérologie, les chutes et les soins palliatifs sont les principaux problèmes que rencontrent les gériatres.

« *La gériatrie est une jeune spécialité, elle est pratiquée au CHU par des médecins motivés et plutôt jeunes. Le nombre de personnes âgées augmente, les comportements changent, les nouveaux seniors vont prendre davantage conscience de leur santé, la prise en charge va ainsi pouvoir se réaliser plus précocement. On se doit d'être très réactifs. Et surtout, il ne faut pas voir les personnes âgées comme un poids, ce secteur contribue notamment à l'économie de toute la société. On doit œuvrer en faveur du bien vieillir, d'une société en forme* », conclut le Dr Eychène. ■

### La fragilité

Pour définir la fragilité, les gériatres s'appuient notamment sur les cinq critères de Fried, élaborés en 2001 :

- 1 - Perte de poids  $\geq 5\%$  par an
- 2 - Fatigue subjective : Epuisé ou fatigué en permanence ou fréquemment ?
- 3 - Activité physique : Aucune activité physique ou moins de une à deux marches par semaine
- 4 - Vitesse de marche : Difficulté à marcher 100 mètres
- 5 - Force : « *Grip strength* ».

La fragilité est définie par la présence d'au moins trois des cinq critères, un état de pré-fragilité par un ou deux critères et l'absence de fragilité par l'absence de ces cinq critères.

## Une population réunionnaise qui vieillit

La population réunionnaise est estimée à 844 994\* habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2014, elle pourrait franchir la barre symbolique du million d'habitants vers 2030.

La durée de vie augmente chaque année. L'espérance de vie de la population réunionnaise a considérablement augmenté depuis les années 50, grâce notamment à la diminution de la mortalité infantile et à l'amélioration des conditions de vie. Les Réunionnais vivent en moyenne 10 ans de plus qu'il y a 30 ans.

En 2014, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 83,7 ans pour les femmes et à 77,1 ans pour les hommes et se rapproche au fil des années de celle des métropolitains, qui est de 85,4 pour les femmes, 79,2 ans pour les hommes. L'écart de la durée de vie à la naissance entre les deux sexes tend également à se réduire.

La population réunionnaise reste une population jeune mais elle vieillit plus vite que celle de France métropolitaine et souvent plus 'mal', notamment en raison du diabète. Entre 2013 et 2040, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait passer de 114 000 à

Vieillessement de la population	1999	%	2013	%	Projection 2040	%
0 à 19 ans	255 499	36,2	270 683	32,2%	289 700	27,3%
20 à 59 ans	379 990	53,8%	455 568	54,2%	497 400	46,9%
60 ans et plus	70 691	10,0%	114 723	13,6%	273 700	25,8%
<b>TOTAL</b>	<b>706 180</b>	<b>100,0%</b>	<b>840 974</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 060 800</b>	<b>100,0%</b>

273 000 personnes, en raison de la croissance de la population et de l'arrivée aux âges élevés des générations plus nombreuses des années 50 et 60. La part des seniors dans la population devrait doubler ainsi, de 13,6 % aujourd'hui à 25,8 % en 2040 pour représenter plus du quart de la population (31% pour la métropole).

À l'horizon 2040, les plus de 80 ans seraient 63 000, soit 4,5 fois plus nombreux qu'aujourd'hui. En 2040, l'île devrait compter 12 000 nonagénaires et centenaires.

\* Sources : Insee (Recensements ; estimations de populations au 1<sup>er</sup> janvier ; projections démographiques 2010)

**Docteur Marianne Beauvais, PH à l'Unité mobile de gériatrie du CHU Sud Réunion :**

**« On apporte un vrai plus et ponctuellement et sur le long terme »**

Mise en place depuis un peu moins d'une décennie au CHU de La Réunion, les Unités mobiles de gériatrie (UMG) sont devenues incontournables dans le parcours de soins de la personne âgée.

**Quelle est la composition de l'UMG du CHU Sud Réunion ?**

« L'UMG regroupe des professionnels ayant des compétences spécifiques en gériatrie. L'équipe est composée d'un poste et demi de médecin, d'un ergothérapeute, d'une assistante sociale et d'une secrétaire. »

**Quel est l'objectif principal de l'UMG ?**

« L'objectif de l'UMG est d'améliorer la prise en charge intra et extra-hospitalière des personnes âgées. »

**Quelles sont les personnes prises en charge par l'UMG ?**

« L'âge retenu par l'UMG pour une prise en charge est de plus de 65 ans pour les polyopathologiques et de plus de 70 ans pour les monopathologiques. Il faut noter qu'une personne est prise en charge en gériatrie plus précocement à La Réunion qu'en métropole, car l'état de santé global des personnes âgées est généralement plus dégradé ici, notamment à cause du diabète. »  
Le nombre de patients a été multiplié par 3. En 2008, 400 patients âgés avaient été vus pas l'UMG, actuellement, ce sont 1200 patients. »

**Dans quels cas fait-on appel à vous ?**

« On nous appelle généralement pour des problèmes d'agitation ou de confusion. Nous pouvons également être contactés pour des cas de dénutrition, de chute, de dépression, ou encore d'éthique. »

**Quels sont les différents champs de l'activité ?**

« Tout d'abord, nous exerçons une importante activité d'orientation, au sein de l'hôpital, de la personne âgée en fonction de ses problématiques. A titre d'exemple, si une personne ne présente qu'un problème cardiaque, alors elle va être orientée vers un service de Cardiologie. Par contre, si elle souffre d'un problème cardiaque, mais présente des fragilités ou comorbidités, autres que cardiologiques, on l'orientera davantage vers le service de Gériatrie. Les consultations externes représentent également une grande part de notre activité. Lors de ces consultations, nous procédons le plus souvent à un bilan de mémoire ou encore d'oncologie gériatrique. En fonction des résultats et de la fragilité de la personne, nous déterminons la prise en charge la plus adaptée à proposer. »

**Concrètement, comment intervenez-vous au sein du CHU ?**

« Nous intervenons soit sur demande par fax ou par téléphone d'un médecin d'un service, soit nous pouvons être sollicités directement par les familles d'un patient déjà suivi en consultation à l'UMG et qui se retrouve hospitalisé. »



De gauche à droite : une partie de l'équipe de l'UMG : la secrétaire Danielle Jalma, l'assistante sociale, Magali Payet et le Dr Marianne Beauvais.

J'essaye d'intervenir en binôme avec l'assistante sociale. Une fois arrivée dans le service, je réalise systématiquement une évaluation globale de l'état de santé de la personne. Je l'examine, je rassemble toutes les informations la concernant, ses antécédents, ses médicaments, son sommeil, sa nutrition...

Parallèlement, l'assistante sociale rencontre la famille afin de faire le point et de vérifier s'il y a une bonne adéquation entre ce que nous décrit le patient et la famille et si les aides humaines et techniques sont adaptées aux besoins. Ensuite, on compare les éléments afin d'évaluer si un retour à domicile est possible.

Nous rédigeons une note complète retraçant les différentes problématiques, les conseils et les points à mettre en place pour le service concerné. Un double de ce courrier est adressé au médecin traitant et aux services sociaux suivant le patient. »

**« On respecte la volonté du patient »**

**Comment fonctionnez-vous avec les Urgences ?**

« Nous avons accès directement au service de la porte des Urgences par l'ordinateur. Chaque matin, nous vérifions les entrées des patients âgés durant la nuit. Nous décidons avec l'urgentiste si une évaluation gériatrique doit être établie, si tel est le cas, nous nous déplaçons auprès du patient, ou nous lui fixons un rdv, s'il ne nécessite pas d'hospitalisation. L'entente est très bonne avec les Urgences. »

**Quels sont les liens avec vos collègues du CHU ?**

« Nous développons actuellement énormément de liens avec la Chirurgie, notamment orthopédique et viscérale. Il y a une grande interaction entre nous, un réel partenariat se met en place. Le personnel médical se forme davantage à la gériatrie. Les comportements de nos collègues ont changé depuis 2008. Ils n'hésitent plus à demander une évaluation gériatrique, ils savent que grâce à notre intervention, tout est tracé, cela leur apporte une certaine tranquillité. »

**Quel est l'intérêt pour le CHU d'avoir des UMG ?**

« L'intervention des UMG permet de diminuer la durée moyenne de séjour, car on travaille énormément en amont, on prépare la sortie de la personne, on anticipe les besoins. On apporte un vrai plus et ponctuellement et sur le long terme. »

**Et surtout quel est l'intérêt pour le patient ?**

« On constate une réelle amélioration dans la prise en charge des personnes âgées. Du fait des rencontres régulières avec les médecins des différents services, on note des changements dans leurs prises en charge. Par exemple, les contentions physiques (autrefois utilisées en cas d'agitation) sont de plus en plus rares dans les services. Nous proposons d'autres thérapies non médicamenteuses ou si nécessaire, des molécules mieux adaptées à la personne âgée. Grâce à tout cela, le patient subit moins d'effets secondaires, son état de santé s'améliore. Les familles reprochent parfois le manque de communication au sein de l'hôpital, ou ne comprennent pas tout, on essaye de faire le lien, on sert de décrypteurs. Notre rôle est d'expliquer doucement au patient sa pathologie, de le faire participer au mieux à la décision de prise en charge de sa pathologie. On explique, mais on n'impose jamais, on respecte la volonté du patient. »

On sert aussi d'intermédiaires entre le patient et le médecin d'un service, qui parfois a du mal à comprendre qu'un patient refuse la thérapie qui pourrait le sauver. Enfin lorsque la question d'un placement se pose, nous amenons la personne avec sa famille à réfléchir à toutes les alternatives. L'assistante sociale les aide dans les démarches. »

On sert aussi d'intermédiaires entre le patient et le médecin d'un service, qui parfois a du mal à comprendre qu'un patient refuse la thérapie qui pourrait le sauver.

Enfin lorsque la question d'un placement se pose, nous amenons la personne avec sa famille à réfléchir à toutes les alternatives. L'assistante sociale les aide dans les démarches. »

**Qu'est-ce que cela vous apporte ?**

« Chaque jour, c'est nouveau, on rencontre de nouvelles personnes, de nouvelles situations, j'ai vraiment l'impression d'un service rendu. C'est gratifiant de constater que grâce à notre intervention la situation a pu évoluer plus favorablement. »

## L'UCC, maillon essentiel dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

Ouverte depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 par le Dr Catherine Massat, dans le cadre du plan Alzheimer 2006-2012, l'unité cognitivo-comportementale (UCC) de l'hôpital du Tampon est actuellement la seule UCC sur l'île de La Réunion. D'une capacité de six lits, elle devrait voir sa capacité d'accueil s'agrandir à 16 lits d'ici le 1<sup>er</sup> semestre 2017, grâce à la construction d'un nouveau bâtiment sur le site du Tampon.

**A**vec le vieillissement de la population entraînant la prévalence de certaines maladies comme la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées, il est devenu impératif de répondre aux demandes de plus en plus nombreuses de prises en charge de ces personnes.

« Il faut savoir qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de traitements curatifs contre la maladie d'Alzheimer, quelques traitements ralentissent seulement la maladie de 18 à 24 mois. Le maître mot de la thérapie est donc la prise en charge humaine, en multipliant les techniques non médicamenteuses (TNM). Techniques qui se révèlent être très efficaces », précise le Dr Catherine Massat, gériatre, responsable des unités UCC et USLD à l'hôpital du Tampon, du CHU Sud Réunion.

**Niveler les troubles comportementaux des malades**

Les personnes, atteintes de maladies démentielles, qui se trouvent en situation de crise comportementale, sont hospitalisées au sein de l'UCC pour une durée de un à trois mois maximum. La prise en charge doit permettre de niveler les troubles comportementaux, qui peuvent se présenter sous différentes formes (errance, fugue, agressivité, cris, refus de la toilette, dépression, repli sur soi, anorexie, etc.). A l'issue de cette période, les personnes retournent à leur domicile ou dans l'institution qui les a envoyées. « L'UCC, souligne le Dr Massat, n'est pas un placement, nous travaillons dans l'aigu, dans la réhabilitation. La durée moyenne de séjour est de 51 jours. Le taux de récurrence est très faible, seulement 5 à 6%. Après leur sortie, nous revoyons les personnes en consultation très rapidement. »

**Beaucoup d'humanité**

Avec beaucoup d'humanité, l'équipe pluridisciplinaire du Tampon, formée en permanence à ces techniques non médicamenteuses, propose de multiples ateliers thérapeutiques. Pour les malades qui décompensent sous forme de crise comportementale, l'UCC va davantage s'orienter vers des ateliers d'expression, de réhabilitation de l'humeur et de la sérénité.

Des ateliers de réminiscence vont, quant à eux, faire travailler sur des souvenirs très anciens (photos, contes...), des ateliers d'art floral, de musique (percussion, chants), de danse (sega...), ou encore de cuisine thérapeutique servent aussi de supports. Une salle de stimulation multisensorielle, appelée Snoezelen, a également été installée (lire encadré).

**Un jardin thérapeutique**

Par ailleurs, avec la livraison en 2017 du nouveau bâtiment, l'UCC s'ouvrira sur un grand jardin thérapeutique, avec un potager, un guetali... Le malade pourra ainsi déambuler au milieu de la nature dans un espace sécurisé en suivant le rythme du soleil. (Lire encadré).

« Ces différents ateliers permettent de communiquer avec les malades grâce à d'autres canaux, ils redonnent du sens, du rythme à la journée du malade. Il redort ainsi mieux la nuit. Tout cela permet de diminuer les médicaments de 50%. Ces techniques fonctionnent très bien, c'est très encourageant », souligne le Dr Massat.



Le Dr Catherine Massat.

### Une salle de stimulation multisensorielle



La salle Snoezelen est une salle de stimulation multisensorielle. La parole étant souvent altérée par la maladie, il faut alors passer par d'autres canaux de communication comme le toucher (matelas chauffant), l'odorant (aromathérapie) ou la vision d'images apaisantes... Chaque séance de 45 minutes environ est protocolisée, le patient est accompagné par un ergothérapeute ou un neuropsychologue. Ces séances l'apaisent et lui apportent de la confiance.

Des ateliers d'éducation thérapeutique ont aussi été mis en place pour soutenir les aidants, souvent épuisés, et leur apprendre les bons comportements à adopter face au malade. «Les familles ne doivent pas espérer retrouver la personne d'autrefois, ni se projeter dans le futur. Elles doivent profiter des actions dans le présent. C'est une philosophie très particulière. Lorsque les familles comprennent cela, elles ont fait un énorme pas en avant, qui se pérennise dans le retour à domicile», note le Dr Massat.

### Un nouveau bâtiment au Tampon

L'opération d'investissement d'un montant de 14 millions d'euros apporte des réponses optimisées en termes de prise en charge du patient sur les deux champs d'activités déployées au Tampon, la Gériatrie et la Médecine Physique et Réadaptation (MPR). La première phase de travaux doit conduire à l'ouverture du plateau technique en 2016; la livraison de l'UCC et d'une unité accueillant des patients en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel, doit intervenir en 2017. Le projet a bénéficié d'une subvention d'investissement de la part de l'ARS-OI d'un montant de 5 millions d'euros. Cette opération d'envergure devrait être complétée par la reconstruction de l'unité de soins de longue durée (USLD) pour laquelle une demande de financement par des fonds FEDER est déposée.



Les travaux du nouveau bâtiment comprenant l'UCC.

## Un protocole d'accueil en faveur de la personne âgée aux Urgences

C'est dans l'esprit de la charte Romain Jacob, qui doit faciliter l'accès aux soins des personnes porteuses de handicap et des personnes fragilisées, que le service des Urgences du CHU Sud Réunion a imaginé un protocole d'accueil en vue d'optimiser la prise en charge de la personne âgée.

Initié par le Dr Hakim Chabane et poursuivi depuis par le Dr Valérie Strainchamps, ce protocole d'accueil, mis en place depuis six mois, est le fruit de l'investissement de toute une équipe et notamment de la cadre du service, Floriane Payet et de l'infirmière, Nathalie Payet. Différents axes sont développés à travers ce protocole d'accueil.

Tout d'abord, l'infirmière d'accueil, qui est la première personne à être en contact avec le patient, va pour toute personne de 70 ans ou plus, créer une étiquette informative orange, correspondant au code couleur de priorisation du service, à une urgence importante. Cette étiquette orange doit permettre, à pathologie égale, à la personne âgée d'être prise en charge plus rapidement. «Nous nous sommes aperçus que le temps d'attente de la personne âgée était supérieur aux autres patients, cela en raison notamment de sa polypathologie, l'idée est de diminuer l'attente, car ce sont des personnes souvent fragilisées», explique le Dr Valérie Strainchamps.

Parallèlement, la cellule d'hospitalisation des Urgences se mobilise pour mettre à disposition le plus rapidement possible des lits aux personnes âgées.

### La personne âgée confuse, agitée

Ce protocole prévoit également d'inscrire un petit point sur le bracelet plastique portant

le nom de la personne afin de préciser si la personne est autorisée à boire. Si elle le peut, le personnel soignant passant à ses côtés peut alors lui en donner, évitant ainsi un problème de déshydratation.

Par ailleurs, ce protocole préconise qu'une personne âgée valide doit être installée d'une façon particulière sur une chaise ou un fauteuil, et que les toilettes doivent lui être indiqués. Si la personne est non valide, elle doit être placée, afin d'éviter une chute, sur un brancard baissé au maximum avec des barrières qui se relèvent. Une bassine doit être aussi systématiquement placée sous son brancard.

Un autre point important abordé dans ce protocole concerne la personne âgée confuse, désorientée et agitée. Dans ce cas, un bladder scan (mini appareil d'écho) est alors systématiquement placé sous la vessie du patient à son arrivée aux Urgences, car le globe vésical (rétention des urines) est une cause d'agitation. Si le résultat est positif, l'infirmière pose une sonde urinaire, évitant ainsi un éventuel claquage de la vessie et le patient est alors plus calme.

Enfin, ce protocole incite l'accompagnant à rester avec la personne âgée afin de l'aider à communiquer plus facilement et surtout cette présence la rassure.

«Ce protocole est à l'heure actuelle, souligne le Dr Strainchamps, un protocole intra service. Les retours sont positifs. L'idée est de le faire



Le Dr Valérie Strainchamps.

valider par le service Qualité afin de le diffuser officiellement aux différents services de l'hôpital, aux médecins traitants et à l'ensemble des acteurs de soins afin de créer à terme une véritable filière de la personne âgée. Cette filière devrait permettre de globaliser les soins des personnes âgées.

## La prévention primaire et secondaire des chutes

Impulsées par le Dr Maria-Fatima De Oliveira, chef du service de Gériatrie du CHU Félix Guyon, à partir d'un projet de pôle, des consultations de fragilité et chute ont été mises en place au CHU Félix Guyon depuis 18 mois environ. Ces consultations de prévention primaire et secondaire des chutes ont pour objectif de maintenir ou d'améliorer le sujet âgé dans son autonomie.

Les consultations de prévention primaire des chutes sont réalisées par le Dr Frédéric Revel, PH dans le service de Gériatrie de Félix Guyon. Ces consultations concernent des personnes âgées qui ne sont pas encore tombées, mais qui sont porteuses de fragilités. Les consultations de prévention secondaire des chutes sont, quant à elles, effectuées par le Dr Hamid Laksir, également PH dans le service de Gériatrie de Félix Guyon. Ces consultations de prévention secondaire s'adressent à des personnes âgées qui sont déjà tombées. Ces consultations doivent les aider à éviter de nouvelles chutes, à ne pas récidiver.

Les consultations de prévention primaire et secondaire des chutes sont complémentaires. Elles ont pour mission d'évaluer la personne dans sa globalité, avec un focus sur la mobilité, afin de prévenir toute survenue de dépendance. En effet, il est important de souligner comme le précise le Dr Revel, «qu'il n'est pas anodin de chuter, car cela aboutit à un risque de dépendance de la personne âgée. La chute est un événement de morbidité très important. La chute, qui provoque une fracture de l'extrémité du fémur, est une catastrophe. En effet, entre 25% à 30% des patients qui se cassent le col du fémur meurent dans l'année et ces chiffres n'ont pas fléchi depuis 20 ans».



De gauche à droite: Le Dr Hamid Laksir et le Dr Frédéric Revel.

Ces chiffres élevés montrent à quel point le travail de prévention est fondamental, afin d'éviter la chute ou sa récurrence.

Pour cela, il est essentiel que le parcours de santé ville/hôpital soit bien coordonné et que le patient âgé soit adressé en amont aux gériatres avant que la chute ne se soit produite ou que les fragilités ne se soient trop développées, car comme le fait remarquer le Dr Laksir: «Si la fragilité est prise à temps, elle est réversible. On souhaite recevoir les personnes âgées plus en amont afin de les accompagner avec notre expertise gériatrique et qu'elles puissent bénéficier d'un vieillissement mieux réussi et moins pathologique».

### Une évaluation globale

La vision gériatrique de la chute est large et globale. Concrètement, ces consultations de prévention permettent d'avoir une évaluation globale du patient avec les facteurs de risques de chute ou pour les consultations de prévention secondaire, de récurrence. Si l'état de la personne le justifie, les deux spécialistes en gériatrie vont l'hospitaliser pour un court séjour afin de procéder à un bilan complet et approfondi, grâce à l'ensemble de compétences humaines et techniques disponibles sur le plateau du CHU. «Cette évaluation globale, effectuée par le gériatre, va porter sur de nombreux champs: environnemental, ergonomique, nutritionnel, cognitif, podologique, mental, dépressif, sensoriel...», précise le Dr Laksir.

En fonction des fragilités trouvées lors de cette évaluation, le spécialiste va alors proposer un projet sur mesure de soins personnalisés, afin d'améliorer la qualité de vie de la personne, sa mobilité, son environnement social... A titre d'exemple, il peut s'agir d'une prise en charge libérale pure avec la visite d'un kinésithérapeute à domicile afin d'améliorer un déficit répertorié pendant le bilan ou bien la visite d'une ergothérapeute à domicile...

### «Une dynamique du bien vieillir»

Le but de la prévention est d'éloigner le plus possible le sujet de l'hôpital et de la récurrence de la chute et plus largement d'aider la personne âgée à vieillir le mieux possible. «Une étude pionnière réalisée aux États-Unis montre que grâce à la prévention, la personne âgée chute moins. L'intérêt est donc réel, même si cela est davantage complexe en prévention secondaire qu'en primaire, toutefois cela est possible, ce n'est pas une utopie. Il est essentiel de réfléchir à la meilleure façon de vieillir, de passer ses derniers jours. Ces interrogations font partie de notre travail de médecin. Nous nous devons d'éveiller les consciences sur le fait de bien vieillir. Il existe toute une tranche de la population qui n'est pas assez sensibilisée à cela, qui vit au jour le jour en attendant la mort, alors que les personnes âgées peuvent encore vivre plusieurs années en bonne santé. Il faut absolument se mettre dans une dynamique du bien vieillir», souligne le Dr Revel.

## « Une vision globale de la vie et de l'environnement de la personne âgée permet une prise en charge adaptée »

Aliocha Moingeon, ergothérapeute à l'Unité mobile de gériatrie au CHU Sud Réunion.

### En quoi consiste votre travail au sein de l'Unité mobile de gériatrie ?

« Mon rôle consiste à faire le lien entre la ville et l'hôpital. Les médecins interviennent au sein même de l'hôpital, l'ergothérapeute, lui, s'occupe du suivi au domicile.

Les visites à domicile permettent de se rendre compte de la façon dont la personne vit, je peux ainsi faire un retour au médecin de la situation réelle. On constate très souvent une différence entre ce qui est dit lors de la consultation médicale, avec les codes sociaux qu'elle engendre et où le patient dit 'oui'... et la réalité. »

« L'éducation thérapeutique aux aidants-familiaux, aux professionnels ou encore aux familles d'accueil »

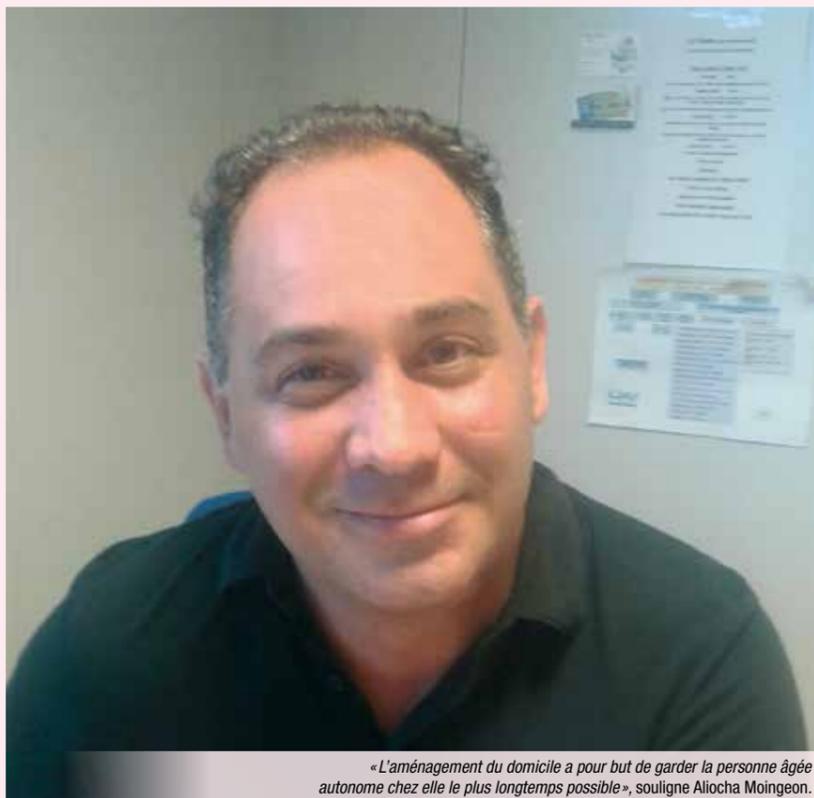
### Quels sont vos principaux domaines d'intervention ?

« J'interviens essentiellement dans l'aménagement du domicile, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des personnes isolées.

L'aménagement du domicile a pour but de garder la personne âgée autonome chez elle le plus longtemps possible. Je vais principalement privilégier l'accès au bloc sanitaire, les possibilités de déambulation, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison, les télécommunications et vérifier la mise en place des différents intervenants nécessaires au maintien à domicile.

J'évalue également l'isolement de la personne, afin de mettre en place différents moyens d'alerte. A titre d'exemple, je peux installer un téléphone adapté à ses besoins, un système de téléalarme, ou bien, je vais essayer de lier des contacts avec les voisins.

Un autre versant de mon travail porte sur l'éducation thérapeutique aux aidants-familiaux, aux professionnels ou encore aux familles d'accueil. Il faut savoir qu'avec l'avancée dans le 4<sup>e</sup> âge, on est confronté à davantage de démence déclarée. Il est essentiel que les aidants-familiaux soient formés afin d'adapter leur comportement.



« L'aménagement du domicile a pour but de garder la personne âgée autonome chez elle le plus longtemps possible », souligne Aliocha Moingeon.

### « Resocialiser une partie des personnes âgées »

Enfin, j'essaie de resocialiser une partie des personnes âgées que je prends en charge, qui sont isolées et dépressives. En effet, la part de personnes âgées suivies dépressives tend à augmenter depuis quelques années. Cela s'explique notamment par la longévité récente de la vie. Il est actuellement courant qu'à 85 ans, une personne âgée enterre non seulement son conjoint, mais aussi un, voire deux de ses enfants. Ces traumatismes de la vie et la solitude acquise font que la personne âgée n'a plus forcément l'envie de vivre. Dans ces cas-là, je propose un accompagnement humain, je les amène vers des activités extérieures à la maison, via les associations, les CCAS... Il existe un vrai problème d'exclusion des personnes âgées dans notre société.

À La Réunion, le niveau de vie des gramounes est globalement faible car la majorité touche une retraite d'agriculteur, une des plus faibles au niveau national ; la solidarité et les liens familiaux se détériorent aussi énormément.

### Qu'est-ce qui vous motive dans votre métier ?

« Travailler en amont me permet d'optimiser le maintien à domicile en permettant à la personne de rester autonome et ainsi retarder un éventuel placement en institution. J'aime être au contact des familles, à leur écoute, dans leur environnement : cela me permet d'avoir un tableau relativement complet de la réalité des possibilités de maintien à domicile. Avoir une vision globale de la vie de la personne permet une prise en charge adaptée. »

« L'aménagement du domicile a pour but de garder la personne âgée autonome chez elle le plus longtemps possible », souligne Aliocha Moingeon.

## Un quotidien rythmé par des activités physiques et artistiques

L'Ehpad (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) de Saint-Joseph accueille 77 résidents, dont 19 vivent dans l'unité protégée, réservée aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. L'Ehpad est un véritable lieu de vie, où les gramounes voient leur quotidien rythmé par de nombreuses activités physiques et artistiques.

Le coup de pied n'est peut-être pas aussi percutant que celui de Ronaldo ou de Messi, mais la personne qui le lance n'est pas un joueur de football professionnel, mais un résident de l'Ehpad de Saint-Joseph qui met toute son application dans son geste.

Ce gramoune, qui vit à l'Ehpad de Saint-Joseph, participe à l'un des nombreux ateliers proposés par l'établissement. Cet atelier ballon, appelé aussi baudruche, est dirigé par Jean-Marc Audemar, animateur APA (Activité Physique Adaptée). « Cet atelier ballon permet notamment à la personne âgée de tonifier ses muscles et son rythme cardiaque », explique l'animateur. Outre, le bienfait physique, « cet atelier va aussi permettre à la personne de faire une stimulation cognitive (pied gauche, pied droit...) et de se recentrer sur lui, de se retrouver pendant quelques minutes. Il va être heureux de participer, cela lui apporte du plaisir sur le moment. On va l'encourager, il se sent valorisé », poursuit Jean-Marc Audemar.

L'Ehpad a mis en place des activités pour tout type de public, elles ont pour but de permettre au résident de faire travailler ses capacités physiques, intellectuelles ou manuelles et de garder un lien social.



Dr Nolwenn Kervella et Suzelle Sery.



Jean-Marc Audemar pendant un atelier ballon.



Sonia Machado anime un atelier mémoire.

Différents ateliers et activités sont ainsi proposés à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur de l'Ehpad, à chaque résident en fonction de son état. Ainsi des pique-niques à Grand Anse, des sorties à l'aquarium ou encore des visites de leurs familles sont organisées par l'équipe. « Cela demande une logistique importante qu'il faut prévoir à l'avance, mais nous essayons régulièrement d'organiser des sorties, cela leur fait plaisir », note Suzelle Sery, cadre de santé à l'Ehpad de Saint-Joseph.

« On essaie aussi de développer des activités se rapprochant de ce qu'ils faisaient à la maison, de leur vie d'autrefois, comme le loto quine, les brèdes ou le tricot. On essaie de les faire participer à des ateliers senteur ou fruits anciens. On propose aussi des chants d'église, car les résidents, souvent très catholiques, sont demandeurs », souligne Suzelle Sery.

La bibliothèque municipale de la ville de Saint-Joseph vient deux fois par mois. La venue régulière d'enfants de l'école Saint-Anne

de Saint-Joseph permet de nouer des liens intergénérationnels entre les gramounes et les jeunes enfants.

### « Beaucoup d'apaisement, de douceur »

De plus, un art thérapeute et une socio thérapeute passent également régulièrement au sein de l'Ehpad. La venue de ces thérapeutes se révèle très bénéfique pour le gramoune. « Il est étonnant de constater ce que peuvent réaliser certaines personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ces ateliers sont très bien encadrés, cela apporte beaucoup d'apaisement, de douceur à la personne », constate le Dr Nolwenn Kervella, gériatre à l'Ehpad et au CHU Sud Réunion.

Des ateliers de stimulation mémoire ont également été mis en place pour les malades souffrant d'Alzheimer. Animés par Sonia Machado, aide médico-psychologique à l'Ehpad : « Ils ont pour objectif de lutter contre le vieillissement cérébral et les troubles de la mémoire. Ces ateliers mémoire permettent de

stimuler les différentes formes de mémoires, de faire travailler la logique et l'imagination, de mobiliser l'attention et de stimuler l'observation et la concentration », explique la professionnelle. « Toutes ces activités et ateliers, explique le Dr Kervella, doivent aider au maintien des capacités cognitives et physiques, à ralentir le processus de la maladie, notamment pour les malades d'Alzheimer. Ces ateliers apportent un réel bénéfice à tous les résidents. L'image de l'Ehpad a beaucoup changé. Les gramounes sont occupés, alors que chez eux, ils sont souvent devant leur télé ou sous la varangue à ne rien faire. On essaie de privilégier le côté local, proche de leur vie d'avant. On espère avoir un poulailler bientôt. Toutes ces activités les stimulent, les font sortir de leur chambre, ils sont en lien les uns avec les autres, ils se sentent davantage valorisés et utiles et surtout ils sont dans un moment de plaisir pendant le temps de l'activité. »

## La démarche d'amélioration de la qualité des soins dans les pôles d'activité

Initiée dès le début des années 2000, la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins se poursuit et s'amplifie au CHU. Ponctué par les visites de la Haute Autorité de Santé tous les quatre ans, qui permettent de valoriser les démarches engagées, mais également de pointer les domaines dans lesquels les efforts doivent être accentués, cette démarche est conduite par le Pôle Qualité-Sécurité des Patients en lien étroit avec les pôles d'activité du CHU sur l'ensemble de ses sites.

Si des progrès considérables ont été accomplis et observés, avec la certification sans réserve du CHU suite à la visite de mai 2012, il a paru nécessaire de mieux accompagner les pôles en identifiant au sein de chacun d'entre eux, un binôme de référents chargés de déployer les démarches d'amélioration en lien avec l'équipe qualité du CHU.

C'est ainsi que depuis 2012, un médecin et un cadre de santé ont été identifiés dans chacun des 19 pôles d'activité du CHU. Ils sont les interlocuteurs directs de l'équipe qualité, qui s'est également organisée pour être en mesure de proposer un appui méthodologique à chaque pôle avec l'identification d'un qualicien chargé de les accompagner. Ces référents qualité ont pu bénéficier d'une formation sur le management qualité et la gestion de risque en santé. Celle-ci est complétée par une formation sur les mêmes thèmes à destination des managers de santé (chefs de pôle, responsables de structure interne, cadres et cadres supérieurs de santé, équipe et cadres de direction) durant tout le premier semestre 2016.

### L'obtention en juin 2015 de la certification ISO-9001

Cette organisation a déjà produit des effets positifs, notamment dans le service de Radiothérapie grâce à la mobilisation des équipes médico-soignantes et l'accompagnement d'un qualicien : l'ensemble du parcours patient a été défini, les procédures et protocoles permettant de sécuriser la prise en charge du patient ont été rédigés ou actualisés, les non conformités repérées, signalées et analysées. Ce système de management de la qualité mis en place en équipe a été reconnu et valorisé par l'obtention en juin 2015 de la certification ISO-9001.

Les référents qualité s'inscrivent donc pleinement dans le dispositif de management de la qualité institutionnel, leur rôle est essentiel, sous l'impulsion de la direction et de la commission médicale d'établissement et par délégation du chef de pôle. Ces derniers s'entendent chaque année sur les actions prioritaires à mener dans leur secteur d'activité, sur la base des dysfonctionnements constatés, des préconisations de « CRUQPC » (Commission



Chaque pôle d'activité a identifié un binôme médecin-cadre de santé, chargé de déployer la démarche qualité et d'instaurer une culture de sécurité au sein du pôle, avec l'aide de l'équipe qualité du CHU.



La formation des référents qualité de pôle en juin 2015.

des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge), ou encore des rapports d'inspection et des résultats d'audits.

Ainsi, chaque pôle dispose d'une « feuille de route » définissant les actions à mener pour l'année à venir. Outre un socle commun exigible en matière de qualité et de gestion des risques pour tous les pôles, il s'agit également de tenir compte des particularités liées à l'activité de certains pôles (ex : pôles prestataires, pôles comportant des secteurs à risque). Ce socle commun d'objectifs vise à garantir qu'un niveau minimal de qualité est atteint dans l'ensemble des secteurs du CHU, sur le principe des « PEP » (pratiques exigibles prioritaires) définies par la HAS, afin d'éviter une démarche qualité « à plusieurs vitesses ».

Cette « feuille de route » comprend des objectifs liés à la conduite de la démarche qualité dans le pôle (comment le pôle est organisé pour déployer ses démarches, participe-t-il aux groupes de travail...), et décline également dans chaque pôle, les objectifs prioritaires définis dans le Plan d'Amélioration de la Qualité institutionnel (en particulier sur la sécurisation du circuit du médicament, l'amélioration de la tenue du dossier du patient ou encore la promotion des droits et information du patient).

### Encourager les initiatives

Par ailleurs, ce socle commun est complété par des objectifs plus précis et plus ambitieux

pour certains pôles qui réalisent des activités comportant des enjeux majeurs en terme de sécurité du patient (services de Chirurgie, bloc opératoire, Radiothérapie par ex.)

Enfin, ce « contrat qualité » permet aux pôles de valoriser les actions contribuant à l'amélioration de la qualité qui seraient menées en plus de ce socle commun, de façon à encourager les initiatives (ce que la HAS nomme « actions remarquables »), comme par exemple les secteurs souhaitant s'engager dans une démarche de labellisation ou de certification ISO. Le niveau d'atteinte de ces objectifs est évalué chaque année, cette évaluation étant avant tout un temps d'échange privilégié avec les pôles sur la base d'un constat partagé, et le plan d'action est ajusté en conséquence.

Les référents qualité des pôles, avec l'aide de l'équipe qualité, et sur la base d'une feuille de route précisant les objectifs à atteindre, ont donc pour mission de diffuser au sein de l'établissement la culture de sécurité et les priorités d'actions à mener, pour faire de la démarche qualité un mode de management totalement intégré dans les pratiques professionnelles et un levier de progrès au service des patients pris en charge au CHU.

Gaëlle Dufour ■

Directrice Qualité - Gestion des risques - Relations avec les usagers

## La recherche au CIC : les dernières études publiées dans l'axe 'maladies métaboliques et chroniques'

Les maladies métaboliques, et en particulier le diabète de type II, font partie, depuis sa création, des thématiques de recherche prioritaires du CIC-EC (Centre d'Investigation Clinique-Epidémiologie Clinique). Nous vous présentons les deux derniers articles publiés dans des revues à comité de lecture. Tous deux portent sur la prévention des facteurs de risque du diabète.

### L'essai « LIPOxmax-Réunion »

La prévention primaire du diabète de type II repose sur la réduction de la masse grasse chez les sujets en surpoids ou obèses. Avec l'alimentation équilibrée, l'exercice physique est un moyen d'atteindre cet objectif. La question de l'intensité optimale d'effort étant posée, nous avons mis en place un essai randomisé, l'essai « LIPOxmax-Réunion » visant à comparer les effets de l'exercice physique chez 109 femmes suivies pendant cinq mois et réparties en trois groupes avec des niveaux d'activité physique différents. L'ensemble des participantes a reçu quotidiennement une ration de cinq fruits ou légumes.

### Prescription individualisée d'une activité physique

Les résultats montrent une perte de masse grasse dans les trois groupes, sans différence significative entre les groupes, une baisse de l'insulinémie et de l'hémoglobine glyquée, une amélioration du stress oxydatif et du statut inflammatoire. C'est dans le groupe LIPOxmax (activité à basse intensité permettant une oxydation lipidique maximale) que le contrôle de la glycémie est le meilleur et l'oxydation des lipides la plus importante.



L'essai « LIPOxmax-Réunion » vise à comparer les effets de l'exercice physique chez 109 femmes suivies pendant cinq mois et réparties en trois groupes.

Ces résultats sont encourageants pour la prescription individualisée d'une activité physique selon le métabolisme à l'effort. Un nouvel essai sur un effectif plus important et une durée plus longue devra confirmer ces résultats.

Dr François Favier, ■

Médecin épidémiologiste, chercheur en santé publique, CIC de La Réunion

### Référence de l'article :

Florent Besnier, Victorine Lenclume, Patrick Gérardin, Adrian Fianu, Jérémy Martinez, Nadège Naty, Sylvaine Porcherat, Karim Boussaid, Stéphane Schneebeli, Eric Jarlet, Sarah Hatia, Georges Dalleau, Chantal Verkindt, Jean-Frédéric Brun, Marie-Paule Gonthier, François Favier. Individualized exercise training at maximal fat oxidation combined with fruit and vegetable-rich diet in overweight or obese women: The LIPOxmax Réunion randomized controlled trial. PLoS One. 2015 Nov 10;10(11):e0139246. Doi: 10.1371/journal.pone.0139246

### L'enquête Rédia-prev1 cohorte

Le diabète de type II est une pathologie plus fréquente dans les départements d'outre-mer qu'en France métropolitaine. Ce constat serait d'autant plus vrai dans les quartiers vulnérables ultra-marins présentant une population encore davantage exposée aux déterminants sociaux impliqués dans la survenue de cette maladie : conditions de vie et de travail défavorables, moindre accès au système de santé. Ainsi, dans ce cadre d'expérimentation, la modification des comportements nutritionnels à l'échelle communautaire (au sein du quartier) serait une stratégie d'action appropriée pour améliorer la santé de la population locale.

### La persistance des comportements favorables

Afin de tester cette hypothèse, nous avons évalué l'effet à long terme d'une intervention sur le mode de vie, réalisée en 2001-2003 (programme REDIA-prev1) pour diminuer le risque de diabète de type II par la perte de poids, chez des adultes réunionnais (18-40 ans), non diabétiques en surpoids ou obèses, vivant dans un quartier vulnérable. Sept ans après la fin de l'intervention, les résultats du suivi des participants montraient une diminution du niveau d'obésité comparativement aux sujets témoins. Cette recherche interventionnelle en population

vulnérable permet de documenter un point peu abordé en épidémiologie du diabète : la persistance des comportements favorables à la réduction des risques, qui nous semble essentielle pour soutenir les programmes de prévention.

Adrian Fianu, ■

Biostatisticien et doctorant en épidémiologie, CIC de La Réunion

### Référence de l'article :

Fianu A, Bourse L, Naty N, Le Moullec N, Lepage B, Lang T, et al. (2016) Long-Term Effectiveness of a Lifestyle Intervention for the Primary Prevention of Type II Diabetes in a Low Socio-Economic Community – An Intervention Follow-Up Study on Reunion Island. PLoS ONE 11 (1): e0146095. doi:10.1371/journal.pone.0146095

## Quatre ans après : quelle est la place de la recherche dans la pratique paramédicale au CHU de La Réunion ?

Comme le CHU, la structuration de la recherche paramédicale souffle ses quatre premières bougies en 2016. En effet, dès la création du CHU en 2012, les paramédicaux se sont organisés pour accompagner le développement de la recherche en soins (Convergence n°21). Les directions des soins en ont fait un axe prioritaire en l'inscrivant dans le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-technique (PSIRMT) de 2012-2016. Ainsi, sous l'impulsion du coordonnateur général des soins, le groupe recherche en soins s'est fixé deux objectifs principaux : favoriser l'émergence de projets de recherche et amener les professionnels à utiliser la recherche dans leur pratique.

### L'accompagnement des chercheurs

En 2014, grâce au soutien de la Direction générale, un premier appel d'offre interne est proposé aux paramédicaux. Les deux projets retenus (Convergence n°27) sont en cours de réalisation.

Pour l'appel d'offre de 2015, six lettres d'intention sur sept ont été validées par le conseil scientifique du 1<sup>er</sup> février 2016. Les projets sélectionnés sont portés par des infirmiers (Anda Laurence, Leroy Stanley, Mounia Laurent), un kinésithérapeute (Velasco Rodriguez Laura), un cadre de santé (Raynaud Danielle).

En 2015, les paramédicaux du CHU ont participé au premier appel à projet inter-régional de recherche en soins (APIRES), dédié aux études pilotes. Cet APIRES est proposé par le GIRCI-SOOM. Le projet, porté par Ketty Vigne, cadre de santé, fait partie des cinq sélectionnés par le jury. Soutenu par le CHU, il est le seul à avoir obtenu A+. Il vise à étudier la faisabilité

d'une recherche évaluant l'impact de l'hypnose conversationnelle lors des changements de canule chez les patients adultes trachéotomisés. Notre prochain objectif est d'émarger au prochain Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP). Dans ce cadre, nous accompagnons Claire Lepors, kinésithérapeute pour une recherche multicentrique visant à déterminer la place de la CPAP « de Boussignac » (utilisation d'une pression positive dans les voies aériennes pour lutter contre l'hypoventilation) comme technique susceptible de diminuer le risque de pneumopathie chez le patient hématologique traité.

#### Aborder différemment la recherche

La conduite de projets de recherche, qui était jusqu'à maintenant un exercice d'école pour la majorité des paramédicaux, devient petit à petit une réalité pour des professionnels



Plus de 200 personnes avaient participé à la première Journée de la recherche paramédicale de l'océan Indien qui s'était tenue le 6 février 2015 à La Saline.

motivés. Néanmoins, tous les paramédicaux ne deviendront pas des chercheurs. Aussi, nous devons amener cette majorité de professionnels à aborder différemment la recherche en l'intégrant dans leur pratique afin de la faire évoluer.

par pôle. De plus, dans le cadre du PSIRMT, chaque pôle clinique du CHU Sud Réunion s'est engagé à réaliser une démarche EBP.

Le but ultime est que l'utilisation des données probantes devienne une habitude pour les paramédicaux. Pour cela, le soignant doit intégrer que la quête de connaissances est incontournable pour dispenser des soins de meilleure qualité. Pour accompagner ce changement de culture, il est impératif de faire émerger un leadership en matière de recherche au plus près de l'exercice quotidien du professionnel. Le rôle du cadre de santé est prépondérant. Afin de sensibiliser les futurs cadres, nous participons dès cette année à leur enseignement au niveau de l'Institut régional du management océan Indien.

Jean-Émile Payet, ■

Cadre supérieur de santé,

Coordonnateur de la recherche paramédicale

## Le CHU de La Réunion, mobilisé pour la 3<sup>e</sup> édition du Salon régional de la jeunesse

Le CHU de La Réunion était au rendez-vous de la 3<sup>e</sup> édition du Salon régional de la jeunesse, afin de présenter aux milliers de jeunes visiteurs, l'ensemble des formations de ses instituts.

Initié par la Région Réunion, afin « de proposer une plate-forme unique aux visiteurs, sur les questions d'orientation et de formations professionnelles, d'apprentissage, d'éducation, de professionnalisation, de réussite, d'entrepreneuriat et d'innovation et de sensibilisation aux métiers et activités scientifiques », ce salon a été l'occasion pour les différents instituts du CHU de La Réunion de montrer aux jeunes Réunionnais les nombreuses formations qu'ils proposent.

Au total, c'est sur une surface de près de 200m<sup>2</sup> que s'étaient les huit stands représentant les différents instituts de formation du CHU. A travers ces nombreux stands, les jeunes visiteurs ont pu découvrir différents métiers : ambulanciers, auxiliaires ambulanciers, auxiliaires puéricultrices, aides-soignants, infirmières, infirmières anesthésistes, infirmières de bloc opératoire, kinésithérapeutes ou encore sages-femmes.

Véritable espace d'échange et d'information, ces stands ont permis aux jeunes de dialoguer avec les formateurs des instituts, mais aussi avec les élèves et les étudiants qui n'ont pas hésité à donner de leur temps pour assurer les permanences tout au long de ces trois jours.

#### Une chambre de patient recréée

La présence d'une ambulance (prêtée par M. Calicharane, un professionnel qui participe à la formation des élèves), d'une chambre de patient recréée pour l'occasion, d'une table de massage et d'une couveuse ont permis de reconstituer des espaces représentatifs de nos formations et de rendre plus concrètes les nombreuses démonstrations, proposées par les étudiants.

Ainsi, pour les auxiliaires puéricultrices, c'est le change des nourrissons sur poupon qui était présenté. Pour les aides-soignantes, ce sont des démonstrations de réfection de lit et de toilette sur mannequin, mais aussi le bon usage de la solution hydro alcoolique pour le lavage des mains qui étaient réalisées. Pour les infirmiers anesthésistes, ce sont des activités de ventilation et d'intubation qui étaient présentées. Pour les infirmières, c'est la pose d'une perfusion sur un bras de démonstration qui a attiré l'attention des visiteurs. Pour les ambulanciers, c'est



Les étudiants, infirmiers de bloc opératoire, ont fait des démonstrations en tenue de bloc.

une démonstration des gestes d'urgence avec massage cardiaque et ventilation qui a été réalisée. Pour les infirmiers de bloc opératoire, ce sont des démonstrations d'habillage stérile et de suture qui étaient pratiquées. Pour les kinésithérapeutes, une présentation des outils pour la rééducation permettait de comprendre les attendus de la profession. Enfin, pour les sages-femmes, ce sont des démonstrations avec un bassin d'accouchement qui ont permis d'illustrer la profession.

#### L'occasion d'échanger, de discuter entre étudiants du Nord et du Sud

Outre notre mission de promotion de nos formations auprès d'un public de collégiens, de lycéens et de personnes en reconversion, ce salon permet également à nos intervenants des moments d'échanges privilégiés entre eux. En effet, ce salon annuel de la jeunesse est aussi l'occasion de rencontrer les formateurs, les étudiants et les élèves des différents instituts des sites Nord et Sud du CHU. Ainsi, pour les étudiants et élèves, c'est la possibilité de discuter de leur formation et d'échanger sur leurs pratiques, de créer du lien entre les différents acteurs de santé qui, dans le futur, exerceront en complémentarité autour des patients. C'est aussi l'opportunité d'appréhender et de mieux comprendre, le métier de l'autre. Les étudiants apprécient ce type de manifestation et nous regrettons toujours de ne pas pouvoir faire participer plus de monde.



Les étudiants n'ont pas hésité à donner de leur temps pour promouvoir les formations des instituts du CHU.

Au final, c'est pas moins de 130 personnes qui se sont mobilisées et relayées durant ces trois jours (directeurs, formateurs, étudiants et élèves) pour répondre aux questions d'un jeune public toujours plus nombreux et intéressé par les formations des instituts du CHU. Nous souhaitons que ces différentes rencontres permettent de susciter de belles vocations.

Patrice Rosiers, ■

Cadre formateur IFSI

## Les CHU de Tananarive et de La Réunion coopèrent sur la formation au risque infectieux

Le CHU de La Réunion est engagé depuis 2010 dans un projet de coopération avec le CHU de Tananarive. L'objectif de ce partenariat est de baisser le risque infectieux des mères et des nouveaux-nés, afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale dans les maternités du CHU de Tananarive. Cette mission s'inscrit à la fois dans le projet régional de santé de l'ARS, ainsi que dans les ambitions de notre établissement de santé universitaire.

En 2014, Madagascar était classée 155<sup>e</sup> sur 187 pays, concernant l'indice de développement humain suivi chaque année par le programme des Nations Unies pour le Développement. Cet indice mesure trois dimensions fondamentales : le produit intérieur brut, le taux d'alphabétisation et l'espérance de vie à la naissance.

Les besoins en santé y sont donc particulièrement élevés. La mission périnatalité du CHU est habituellement constituée d'un gynécologue, d'une sage-femme, d'un pédiatre, d'une IDE/puéricultrice et de deux hygiénistes, le Dr Nathalie Lugagne Delpon et Georges Gebraël, cadre hygiéniste.

Le rythme des missions est semestriel. La dernière mission s'est tenue le 18 avril dernier à Tananarive, ville de deux millions d'habitants. Le CHU de Tananarive est composé de dix établissements, dont les plus distants sont à 20 kilomètres du centre-ville. Le CHU comprend 1900 lits et 1900 personnels. Les locaux datent des années 1950 et souffrent de vétusté.

La maternité principale de Befelatanana, dirigée par le Pr Héry comprend 180 lits adultes et 30 lits pédiatriques. Elle réalise une moyenne de 25 accouchements par jour soit 9000/an, environ 30% des accouchements sont des césariennes. La mortalité maternelle est de 500/100 000 accouchements, soit 50 fois supérieure à celle de la France et la mortalité infantile est de 20 fois supérieure à celle de la France. La première cause de décès des femmes admises à la maternité est due aux complications infectieuses consécutives aux avortements clandestins. Il faut savoir que l'IVG n'est pas légalisé à Madagascar.

Nos actions consistent en audits, suivis de formations adaptées au terrain et aux moyens dont dispose la maternité.

Nous travaillons à moyens constants, donc le volet « réorganisation » et le volet « formation » sont essentiels pour créer un relais local et améliorer la prise en charge.

La mission de coopération sur le CHU de Tananarive nécessite donc d'être poursuivie. Un élargissement du périmètre de nos actions a démarré vers la maternité du Pavillon Sainte-Fleur (Maternité de 60 lits, gérée par l'Ordre de Malte et localisée sur le site du CHU).



L'équipe du CHU lors d'une mission à Madagascar.



Le Dr Nathalie Lugagne Delpon lors d'une session de formation.

### Bilan des formations :

N°	Date	Durée de la mission (en jours)	Nombre de personnels ayant bénéficié de formation à l'hygiène au CHU de Tananarive	Nombre d'heures de formation données
Mission 1	Octobre 2010	5	100	2
Mission 2	Avril 2011	5	80	3
Mission 3	Février 2012	5	210	5
Mission 4	Décembre 2012	5	69	6
Mission 5	Octobre 2013	5	91	8
Mission 6	Décembre 2014	5		
Mission 7	Octobre 2015	5	91	3
Mission 8	Avril 2016	5	167	2

Une dotation en matériel, de la maternité de Befelatanana est prévue : le CHU de La Réunion s'est engagé à acquérir une machine à production de javel, cela permettrait d'obtenir localement et à moindre coût, un désinfectant indispensable

au fonctionnement des établissements du CHU de Tananarive.

Dr Nathalie Lugagne Delpon, ■

Responsable du pôle Qualité Sécurité du Patient, Chef du service de Gestion du risque infectieux - CHU-Félix Guyon

## Le CHU accompagne les Seychelles dans sa lutte contre les infections nosocomiales

Le CHU de La Réunion a répondu à une demande du ministère des Seychelles en diligérant en juillet 2015 une mission de coopération autour de la problématique de la maîtrise des infections nosocomiales encore appelées, infections associées aux soins. La gestion du risque infectieux est coordonnée par une infirmière, Sœur Anne Faure, titulaire du DU de gestion du risque infectieux de Paris Bichat, dont l'enseignement s'est déroulé à La Réunion.

Toute la difficulté de la mission de l'hygiéniste seychelloise est de définir un programme en priorisant les actions tant la tâche est immense, ses moyens limités et son isolement important. L'hygiéniste devait se rendre à La Réunion en avril, dans le cadre de la coopération pour les rencontres annuelles de prévention des infections nosocomiales de l'océan Indien.

Les principaux défis de l'hygiéniste sont la lutte contre l'antibio-résistance, l'amélioration des circuits logistiques (déchets, alimentation, linge), la qualité de l'environnement de soin (air, eau, hygiène des locaux), les précautions permettant d'éviter des épidémies et la mise en place d'enquêtes épidémiologiques et plus encore...

Dr Caroline Oudin, ■

Pharmacien hygiéniste au CHU-Félix Guyon/GHER



La gestion du risque infectieux est coordonnée par une infirmière, Sœur Anne Faure.

A noter une singularité : l'hôpital de Victoria abrite les bureaux du ministère de la Santé des Seychelles. Ce dernier, directement impliqué dans le management de l'hôpital, a signé un accord de coopération avec le CHU de La Réunion.

La majeure partie des lits hospitaliers se concentre sur l'île de Mahé, à l'hôpital de Victoria, le centre de réadaptation et un petit établissement à Anse royale. L'île de la Digue dispose d'un dispensaire et Praslin, d'un petit hôpital. L'offre est de 3,6 lits/1000 personnes (6,4 en France, données OMS 2011) pour 90 000 habitants (414 dont 248 à Victoria).

## Sim Man et Noëlle en mission aux Seychelles

Sollicité par le ministère de la Santé seychelloise, le Centre de Simulation en Santé Océan-Indien (CSSOI) du CHU de La Réunion a envoyé deux mannequins haute-fidélité, accompagnés d'une équipe médicale pour participer à la formation des professionnels de santé de l'hôpital des Seychelles.

C'est un déplacement hors du commun qui a eu lieu le 26 mai dernier. Sim Man et Noëlle, les deux mannequins, grandeur nature, du CSSOI sont partis avec une équipe médicale pour une semaine aux Seychelles afin de former les professionnels de santé de l'hôpital local. L'objectif de la mission était de permettre aux personnels médical et soignant de l'hôpital des Seychelles de bénéficier d'une formation sur place avec du matériel de grande qualité.

Accidents d'anesthésie, hémorragies du post-partum, intubations difficiles, arrêts cardiaques... autant de simulations face auxquelles les personnels de l'hôpital des Seychelles ont été confrontés en direct. Les mannequins haute-fidélité, sont en effet capables de simuler des cas extrêmement graves permettant ainsi aux stagiaires de répondre dans l'urgence en situation quasi réelle.

Le programme très complet de la mission portait essentiellement sur l'évaluation des pratiques enseignées lors de la dernière mission de septembre 2015, ainsi que sur l'hémorragie post-partum, permettant aussi d'aborder



L'équipe au départ de La Réunion.

les thématiques de gestion de crise et de communication au sein des équipes d'anesthésie réanimation et de gynécologie obstétrique.

Ces différentes missions s'inscrivent dans la continuité des actions de coopération mises en œuvre entre les Seychelles et le CHU de La Réunion en application de la convention cadre de partenariat signée le 12 novembre 2012.



Sim Man en train d'être démonté pour être envoyé en mission.



**Maud - Conseillère MNH**

16 mars, 10:36



Avec MNH Prev'actifs, en cas d'arrêt de travail, vos salaires et vos primes gardent la forme !  
**#MNHPrevactifs**

J'aime · Commenter · Partager ·  18  1



**Alexandra - Infirmière**

16 mars, 10:45



**Le truc de malade !**

J'aime · Commenter · Partager ·  21  3



## MNH PREV'ACTIFS

LE CONTRAT QUI GARANTIT VOS SALAIRES ET VOS PRIMES.

► 1 MOIS OFFERT<sup>(1)</sup>

L'ESPRIT HOSPITALIER EN 



 **d'infos**

Vos correspondantes MNH :

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

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

<sup>(1)</sup> 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 2016 et le 30 juin 2016 (date de signature faisant foi), renvoyé à la MNH avant le 31 juillet 2016 (cachet de la poste faisant foi), pour toute adhésion prenant effet du 1er janvier 2016 au 1er août 2016 : 1 mois de cotisation gratuit.

