

CONVERGENCE

Ensem'vous serv la vi!

➤ N° 37 | Juillet | Août | Septembre 2017



La prise en charge des grossesses à risque au CHU

P 12 | Focus
Le don d'ovocytes

P 13 | Qualité
L'audit patient traceur au CHU de La Réunion

P 15 | Recherche
Rencontre avec le Dr Yves Réguerre

Magazine du Centre Hospitalier
Universitaire de La Réunion

CHU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION

- 3..... **Édito**
- 4..... **Actualité**
- Un système électrique innovant pour le dispensaire de La Nouvelle
 - Syndrome d'Alcoolisation Fœtale : Quand le fœtus trinque !
- 5..... **Dossier**
- La prise en charge des grossesses à risque
- 11..... **Le soin, un métier**
- Sage-femme, un métier passionnant et varié
- 12..... **Focus**
- Le don d'ovocytes, un acte encore trop méconnu
- 13..... **Qualité**
- L'audit patient traceur au CHU
- 15..... **Recherche**
- Rencontre avec le Dr Yves Réguerre du service d'Oncologie et d'Hématologie pédiatrique
 - Les structures de recherche clinique s'engagent dans une démarche de certification ISO 9001 : 2015
- 17..... **Coopération**
- Le CHU partenaire des Seychelles dans sa lutte contre l'héroïne
 - Une nouvelle édition réussie pour les Journées francophones de médecine d'urgence de l'océan Indien
- 19..... **Usagers et bénévoles à l'hôpital**
- L'association Halo Anneau fête ses 10 ans

Convergence

› Directeur de la Publication :
Lionel Calenge

› Réalisation : Service communication du CHU de La Réunion

› Crédit photos :
Service Communication du CHU, CHU de La Réunion, Pauline Stasi, Halo Anneau, Dr François Hervé.

› 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 - 0262 35 95 45 - frederique.boyer@chu-reunion.fr

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous excuser d'éventuelles erreurs ou omissions. Vous pouvez envoyer vos suggestions au secrétariat de Convergence : communication@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 50 - Fax 0262 90 50 51

› **CHU Sud Réunion**
BP 350 - 97448 Saint-Pierre Cedex
Tél. 0262 35 95 00 - Fax 0262 35 90 04

Mes chers collègues du CHU de La Réunion



Le dossier de ce nouveau numéro du magazine *Convergence* est consacré à la prise en charge des grossesses à risque au CHU de La Réunion. Avec un indice de fécondité avoisinant les 2,4 enfants par femme contre 1,98 en France métropolitaine, La Réunion est l'une des régions françaises les plus fécondes, à l'exception de Mayotte et de la Guyane.

Parfois, certaines grossesses ne se déroulent pas forcément comme prévu et nécessitent alors une surveillance accrue. En lien avec les différents acteurs de l'île, nos professionnels médicaux et paramédicaux de l'hôpital travaillent au quotidien pour assurer la meilleure prise en charge possible de ces grossesses à risque. Je tiens à saluer le travail des équipes des Pôles Femme Mère Enfant des sites Nord et Sud.

Je profite aussi de ce numéro de *Convergence* pour vous confirmer la certification des comptes du CHU de La Réunion pour l'année 2016. Il s'agit d'une excellente nouvelle, car l'établissement dispose de comptes et d'une information financière fiables.

Dans un contexte financier difficile, les équipes du CHU ont fait un travail remarquable et la Direction présentera très prochainement son plan stratégique et de redressement au Comité interministériel de performance et de modernisation hospitalière (COPERMO), en même temps que son projet d'établissement.

En juillet dernier, le gouvernement s'est engagé à soutenir financièrement le CHU de La Réunion. Il s'agit d'une très bonne nouvelle qui ouvre de réelles perspectives de retour à un équilibre budgétaire pour notre CHU. Cette reconnaissance par le niveau national de ses missions et surcoûts spécifiques devra être prolongée par l'effort de la communauté hospitalière : le CHU devra maîtriser ses charges d'exploitation et développer ses recettes.

Résolument tournés vers l'avenir, nous allons poursuivre notre plan de modernisation de l'hôpital, afin d'apporter un nouveau souffle à notre CHU.

Ensem' ma sero la vi !

Lionel Calenge ■
Directeur Général
du CHU de La Réunion

Un système électrique innovant pour le dispensaire de La Nouvelle

En charge de la gestion des dispensaires du cirque de Mafate, le CHU s'est inscrit dans un projet mené par EDF, le SIDELEC Réunion et l'ADEME, pour bénéficier d'une installation innovante de production et distribution de l'énergie électrique. Ce micro-réseau 100% solaire de La Nouvelle qui relie le dispensaire, l'école et le bâtiment de l'ONF a été inauguré le 28 juillet dernier.

À l'heure actuelle, les spécificités du cirque de Mafate font que ce dernier n'est pas raccordable au réseau de distribution public. En guise d'alimentation électrique, chaque bâtiment, dont les dispensaires gérés par le CHU de La Réunion, exploite le soleil via des installations photovoltaïques individuelles et est parfois équipé de groupe électrogène. Ces moyens de production coûteux, polluants (pour les groupes électrogènes) et peu fiables arrivent en limite d'exploitation.

La création d'un micro-grid

Pour aller vers une solution pérenne pour l'alimentation des sites isolés, EDF a porté un projet innovant à Mafate : la création d'un réseau électrique de petite taille conçu pour fournir un approvisionnement électrique fiable et de meilleure qualité à un petit nombre de consommateurs (micro-grid) 100% Energie Renouvelable (EnR), au cœur du Parc National, avec une expérimentation de stockage à hydrogène. Cette technologie portée par une PME française, PowiDian, a été primée par la COP 21. L'expérimentation consiste à alimenter trois bâtiments publics (école, bâtiment ONF et



Ce nouveau système électrique innovant a été inauguré le 28 juillet dernier à La Nouvelle.

dispensaire) sur la commune de La Nouvelle en couplant des panneaux photovoltaïques à :

- > une batterie Li-Ion assurant le stockage court terme
- > et une chaîne hydrogène pour un stockage long terme, afin de faire face à des situations prolongées d'absence de soleil. Cette chaîne met en œuvre un électrolyseur, un stockage d'hydrogène et une pile à combustible.

Parrallèlement, le CHU de La Réunion a mené des travaux de remise aux normes des installations électriques du dispensaire avec un triple objectif :

- > Obtenir le consuel permettant la création de l'abonnement et du comptage EDF.
- > Moderniser les installations en passant du réseau 24V au réseau 220V.

> Moderniser les équipements pour limiter la consommation (en finalisation).

Une installation électrique plus fiable et plus disponible

Ces travaux ont permis de délivrer du courant en permanence et dans toutes les pièces, d'offrir plus de confort avec la possibilité de connecter de nouveaux équipements et à terme de disposer d'équipements renouvelés.

L'installation en service depuis le 27 avril dernier montre des résultats satisfaisants en terme de robustesse et permet au personnel de disposer d'une installation électrique plus fiable et plus disponible.

Bruno Damour ■

Syndrome d'Alcoolisation Fœtale : Quand le fœtus trinque !

Quand maman boit, bébé trinque ! La consommation d'alcool chez la femme enceinte peut entraîner de graves conséquences sur le développement du fœtus et des troubles mentaux et comportementaux peuvent apparaître chez l'enfant. C'est ce que les experts appellent le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). La journée mondiale de prévention du SAF, qui eu lieu le 9 septembre dernier, a été l'occasion de sensibiliser professionnels de santé et femmes enceintes à cette question de santé publique.

À l'occasion de la journée mondiale de prévention du SAF, un Plan d'action régional de prévention et de prise en charge de l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) a été présenté par l'ARS OI en concertation avec le CHU de La Réunion et les acteurs locaux concernés par la prévention, le dépistage, le soin et l'accompagnement des mamans et des enfants. Les différents acteurs locaux ont multiplié durant près de 10 jours, du 5 au 14 septembre, les actions de prévention à travers toute l'île.

Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale est un problème encore trop méconnu. A La Réunion, le

SAF concerne 1 naissance sur 1000 par an : 10 à 15 nouveau-nés sont atteints de la forme du syndrome la plus sévère. Le diagnostic étant rarement évoqué ou tardif, les Troubles Neuro-Développementaux Liés à l'Alcool concerneraient eux un enfant sur 100, soit une naissance tous les 2 jours.

Le Pr Bérénice Doray, médecin chef de service de Génétique au CHU de La Réunion et Professeur de génétique à l'Université de La Réunion tient à faire passer le message du zéro alcool pendant la



grossesse. « Même un seul verre d'alcool peut être nocif pour le fœtus pendant la grossesse, le but n'est pas de culpabiliser la jeune maman qui a bu, mais de prévenir ».

A l'occasion de la journée mondiale de prévention, les différents partenaires ont organisé de nombreuses actions de formation à destination des professionnels. Des ateliers de prévention et divers événements en faveur du grand public ont eu lieu sur l'île, principalement à Saint-Pierre et à Saint-Denis. ■



La prise en charge des grossesses à risque au CHU

Diabète, hypertension, grossesses multiples, âge tardif ou précoce de la mère enceinte... les facteurs pouvant entraîner différentes complications pour la mère, pour l'enfant ou encore pour tous les deux sont multiples et variés.

Face à ces situations obstétricales à risque de par leurs antécédents ou leurs évolutions, le CHU de La Réunion, seul établissement de l'île doté de maternités classées niveau 3, dispose de services de grossesses à risque sur ses deux sites de Saint-Denis et de Saint-Pierre.

Ces grossesses pathologiques doivent être avant toute chose dépistées afin de pouvoir mettre en place une surveillance approfondie assurée par des équipes multidisciplinaires médicales et paramédicales de l'hôpital. Ces professionnels assurent au quotidien la prise en charge de ces grossesses afin qu'elles se déroulent de la façon la plus sûre et la moins anxiogène possible.

Le CHU de La Réunion s'appuie également sur les réseaux spécialisés et les professionnels de santé de ville.

Le CHU doté de deux maternités de niveau 3

En France, depuis 1998, les maternités sont classées en trois catégories : niveaux 1, 2 et 3. Il ne s'agit pas de critères de qualité, mais de l'évaluation selon le niveau de soins qu'elles assurent pour les nouveau-nés.

Les maternités de niveau 3

> disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

> prennent en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves et n'ayant pas d'autonomie respiratoire.

> accueillent des enfants nés entre 24 et 25 semaines d'aménorrhée et à partir de 500 g.

« La prise en charge des grossesses à risque a énormément évolué ces dernières années »

Professeur Peter von Theobald, chef de service de Gynécologie et d'Obstétrique au CHU site Nord.



Le Professeur Peter von Theobald.

En quelques mots, qu'est-ce qu'une grossesse à risque ?

Professeur Peter von Theobald : « Je dirai simplement qu'une grossesse à risque est une grossesse qui ne se déroule pas comme elle le devrait et qu'il existe un risque pour la mère et/ou pour l'enfant. On peut catégoriser ces grossesses à risque en deux groupes.

Dans le premier groupe, la grossesse à risque est **prévisible** en raison d'une pathologie (diabète, hypertension...) ou d'antécédents médicaux ou obstétricaux dont souffre la femme.

Le deuxième groupe concerne des femmes dont les risques surviennent lors de la grossesse et ne sont donc **pas prévisibles**. »

Quelle est la situation à La Réunion ?

« D'une façon générale, la morbidité de la grossesse est plus fréquente à La Réunion qu'en métropole, notamment en ce qui concerne les diabètes gestationnels et l'hypertension artérielle gravidique, qui est deux fois plus élevée qu'en métropole.

Le taux de prématurité de 12,9% est également deux fois plus élevé à La Réunion qu'en métropole. »

« Un important projet de dépistage précoce du risque obstétrical »

Quels sont les moyens mis en œuvre pour améliorer la situation ?

« L'enjeu majeur est de repérer et d'identifier la grossesse à risque le plus précocement possible, car si tel n'est pas le cas, la prise en charge peut alors se révéler complexe. Cette identification s'avère souvent difficile, car seuls 40% des grossesses sont suivies par des gynécologues. Pour améliorer cette situation, nous travaillons

actuellement au niveau du CHU et en étroite collaboration avec Repère, le réseau de périnatalité de La Réunion, sur un important projet de dépistage précoce du risque obstétrical. Ce projet doit permettre d'évaluer en amont les éventuels risques d'une grossesse. »

Concrètement en quoi cela consiste-t-il ?

« Ce projet a pour ambition d'offrir à toutes les Réunionnaises une consultation approfondie, en début de grossesse, effectuée par un gynécologue et une sage-femme au sein d'une structure équipée d'un échographe avec la possibilité de prélèvements. A l'issue de cette consultation, nous remettons à la patiente un papier indiquant si sa grossesse est à bas, moyen ou à haut risque, afin qu'elle puisse le transmettre à son médecin traitant, à sa sage-femme ou à son gynécologue de ville. »

« Une réduction de la durée des hospitalisations à 3 ou 4 jours en moyenne »

Quel sera l'apport de la mise en place d'un tel projet ?

« Cette demi-journée de dépistage permettra un retour immédiat des éventuels risques de la grossesse et si nécessaire, la mise en place rapide d'une prise en charge conjointe de la patiente entre l'hôpital et la ville.

Ce projet en cours est une réelle innovation. A terme, nous espérons généraliser ce système de consultation précoce du risque obstétrical à tous les établissements de l'île, voire l'ouvrir au secteur libéral, s'il souhaite adhérer à ce projet. »

Quelle a été l'évolution de la prise en charge des grossesses à risque au CHU ces dernières années ?

« La prise en charge a beaucoup évolué ces cinq dernières années. Auparavant, les femmes étaient hospitalisées pour une durée souvent longue dans un but de surveillance. Actuellement, la tendance est à la réduction de cette durée à 3 ou 4 jours en moyenne. Ensuite, les sages-femmes libérales prennent le relais en effectuant les examens nécessaires, ainsi qu'un suivi quasi quotidien, voire quotidien de la femme.

Grâce à cette nouvelle organisation, la femme ne se déplace à l'hôpital que pour réaliser des examens complexes nécessitant le plateau technique du CHU et pour des consultations plus approfondies.

Ce virage vers l'ambulatoire se généralise dans de nombreux pays. Les sociétés scientifiques de gynécologie obstétriques recommandent ces nouveaux modes de prises en charge des grossesses à risque. »

Quels sont les intérêts de cette tendance actuelle ?

« Tout d'abord, l'intérêt pour la femme est indéniable, elle reste dans son univers familial avec un suivi de qualité. Par ailleurs, la réduction de la durée d'hospitalisation limite les risques de maladies nosocomiales.

L'intérêt de cette évolution permet également à l'hôpital de *'libérer'* des lits, ainsi nous sommes en train de transformer des lits du service des grossesses à risque en lits d'hôpital de jour. »

Quelles sont les conditions requises pour que cette évolution réussisse ?

« Pour optimiser au mieux cette ouverture vers la ville des grossesses à risque, les liens entre la ville et l'hôpital doivent se consolider encore davantage. La forte densité de sages-femmes à La Réunion favorise ce mode de prise en charge. Nous sommes actuellement en train de créer une formation universitaire à destination des médecins et des sages-femmes de ville afin d'expliquer ces nouvelles méthodes de prises en charge, qui parfois peuvent surprendre. Les résultats s'améliorent, on se rapproche actuellement des taux métropolitains. »

Le réseau Repère en quelques mots

Créé en 2001 à La Réunion, Repère, réseau de santé en périnatalité, est devenu au fil des années un acteur incontournable dans la coordination interprofessionnelle ville-hôpital, dans les formations, ainsi que la mise en place d'outils d'amélioration des pratiques, et l'information aux usagers.

Si vous souhaitez en savoir plus, connectez-vous sur : www.repere.re ou par téléphone : 02 62 35 15 59

« La médecine doit s'articuler autour de la patiente »

Docteur Thierry Abossolo, praticien hospitalier dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique au CHU site Nord.



Le Docteur Thierry Abossolo.

Comment repérez-vous une grossesse à risque ?

Dr Thierry Abossolo : « En début de grossesse, nous procédons à un interrogatoire complet et à une série d'examens cliniques qui vont permettre d'identifier certaines pathologies, à cela va s'ajouter une surveillance biologique. Si une grossesse pathologique est décelée, nous allons alors mettre en œuvre une prise en charge adaptée pour que cette grossesse se déroule le mieux possible. »

Comment va se dérouler cette prise en charge ?

« Cette prise en charge va être globale et va dépendre de la pathologie, la médecine doit s'articuler autour de la patiente. En fonction de

la gravité de la pathologie, la femme sera soit suivie à l'hôpital, soit en ville, soit conjointement. Nous essayons au maximum de privilégier le travail en réseau entre le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU, qui dispose du plateau technique du CHU, et la ville avec une équipe pluridisciplinaire, dont l'interlocuteur principal est le médecin traitant. La prise en charge peut se poursuivre après l'accouchement en cas de diabète, d'hypertension... »

« Nous travaillons en très grande concertation avec les différents services du CHU »

Et au sein de l'hôpital ?

« La prise en charge au sein de l'hôpital a évolué depuis une dizaine d'années pour devenir davantage pluridisciplinaire. Nous travaillons en très grande concertation avec les différents services du CHU. Nous travaillons particulièrement en lien avec les pédiatres. La balance entre un risque de très grande prématurité et de dysgravidie est souvent complexe. Ainsi, un staff commun, réunissant les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres a

lieu tous les matins afin d'étudier et d'évaluer les cas les plus complexes. Certains gynécologues sont spécialisés dans l'expertise du dépistage anténatal, d'autres le sont davantage dans le suivi gynécologique. Parfois, des complications peuvent engendrer des choix difficiles, nous dialoguons beaucoup avec les parents, les décisions sont toujours prises en accord avec les parents. Le côté psychologique est fondamental. »

Quel est le but recherché ?

« Le but recherché est de mener la grossesse, malgré ses risques et difficultés, dans les conditions les plus optimales possibles autant pour la mère que pour l'enfant. Il faut trouver le bon équilibre. »

Qu'est-ce qui vous plaît au quotidien dans votre métier ?

« Le fait d'être plongé au cœur même de la vie avec toutes les interrogations que cela peut comprendre. J'apprécie également le dialogue avec les familles et la collaboration entre les différentes équipes médicales de l'hôpital. C'est très stimulant et enrichissant. »

« La progression de l'obésité et du diabète est inquiétante »

Professeur Malik Boukerrou, Chef de service de Gynécologie Obstétrique au Pôle Femme-Mère-Enfant du CHU site Sud.



Le Professeur Malik Boukerrou.

Quelles sont les principales pathologies suivies dans le service de grossesses à risque de l'hôpital ?

Pr Malik Boukerrou : « Les pathologies sont multiples et variées. Le service des grossesses à risque prend en charge de nombreuses patientes souffrant d'hypertension et de diabète. Mais

nous suivons également des femmes souffrant de pathologies pulmonaire, cardiaque, valvulaire, hépatique, rénale ou encore ayant des antécédents chirurgicaux, obstétricaux, etc. »

Quelles incidences ces pathologies ont-elles sur la grossesse ?

« Ces pathologies peuvent avoir des conséquences graves sur l'état de santé de la mère, mais également sur celui du fœtus.

L'hypertension peut en effet entraîner des complications graves comme la **pré-éclampsie**. Ce syndrome est une cause majeure de retard de croissance intra-utérin et peut-être responsable dans les cas les plus graves de la mort du fœtus. La fréquence de pré-éclampsie est plus importante à La Réunion qu'en métropole. Elle est, avec le diabète, la pathologie qui va engendrer la fréquence d'hospitalisation la plus importante. »

Comment se passe la prise en charge des patientes ?

« La prise en charge passe par une surveillance accrue, en fonction de l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant, nous pouvons procéder soit à un mode de suivi en ambulatoire en hôpital de jour, soit en hospitalisation si cela s'avère nécessaire. »

Qu'en est-il des grossesses gémellaires multiples ?

« Les grossesses gémellaires, voire triples, sont considérées comme des grossesses pathologiques et sont suivies dans le service des grossesses à risque. Les grossesses gémellaires représentent 1,97% des grossesses totales (1,8% en métropole en 2010). »

.../...

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

« La progression du surpoids, de l'obésité et du diabète est en très forte hausse et est inquiétante. Certaines femmes nécessiteraient une surveillance accrue, mais toute la difficulté est de les dépister. »

Comment se dépiste un diabète gestationnel ?

Le diabète gestationnel est dépisté grâce à un test de glycémie réalisé à jeun lors du premier trimestre de grossesse pour détecter un diabète de type 2 antérieur à la grossesse et passé inaperçu jusqu'ici. Puis, on réalise un second test, appelé HGPO (Hyperglycémie

provoquée par voie orale) à 75 g de glucose, entre la 24^e et la 28^e semaine d'aménorrhée. Une valeur de glycémie au-delà des seuils définis suffit à diagnostiquer un diabète gestationnel.

« Développer au maximum la prévention et la surveillance »

Dr Marc Gabriele, Chef de pôle adjoint du PFME du CHU site Sud.



Le Dr Marc Gabriele.

Pouvez-vous nous préciser ce qu'est la surveillance intensive de grossesse ?

« La SIG est une surveillance plus rapprochée et spécialisée des grossesses pathologiques et à risque, indiquée pour un certain nombre de pathologies prédéfinies présentant des risques lors de la grossesse (hypertension gravidique, diabète gestationnel, retard de croissance intra-utérin, HIV...).

Les grossesses multiples (gémellaires, triples...) sont également incluses dans ce groupe. »



Les sages femmes du CHU site de Saint-Pierre.



Les sages femmes du CHU site de Saint-Denis.

Quels sont les projets actuels dans la prise en charge des grossesses à risque ?

Dr Marc Gabriele : « Nous sommes actuellement en train de développer deux activités nouvelles. La première activité est la transcription à La Réunion du modèle de prévention et de dépistage Prima facie existant déjà dans quelques hôpitaux en métropole. Cette activité a pour objectif de repérer des pathologies ou des risques qui vont nécessiter une modification du suivi 'normal' de cette grossesse.

Le parcours de soins est particulier, il se divise en deux consultations programmées en début de grossesse et effectuées à une semaine d'intervalle. Au cours de la première consultation, un interrogatoire orienté, un prélèvement sanguin, ainsi qu'une échographie seront réalisés. Lors de la seconde consultation, le médecin va évaluer, selon les résultats obtenus, le niveau des risques et la surveillance éventuelle à mettre en œuvre en fonction des recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé).

Si aucun risque n'est décelé, la femme bénéficiera d'une surveillance 'normale' sage-femme/médecin de ville.

Par contre, en fonction des risques établis, la prise en charge de la grossesse sera alors davantage suivie avec une surveillance intensifiée voire pluridisciplinaire.

La seconde activité est la surveillance intensive de grossesse (SIG). »

Une prise en charge en consultations externes

Concrètement en quoi va consister cette SIG ?

« Le parcours de soins de ces femmes bénéficiant d'une SIG va se dérouler lors de consultations externes au sein de l'hôpital. Une échographie géminaire-doppler, un enregistrement du rythme cardiaque fœtal, ainsi qu'une prise de sang (si nécessaire) seront réalisées. En fonction des résultats, le médecin va adapter le suivi de la grossesse et programmer des rendez-vous plus ou moins espacés, voire envisager une hospitalisation. »

Quel est l'intérêt ?

« Le passage de cette activité de surveillance intensive est actuellement effectuée en hôpital de jour. En SIG, le parcours de soins se fera sur une unité en consultations externes, cela devrait être bénéfique pour la femme et pour l'hôpital. L'intérêt pour la patiente est un gain de temps. En effet, la femme pourra concentrer en un rendez-vous à l'hôpital d'une heure environ à la fois consultation, examens et prise de sang, alors qu'en hôpital de jour, cela prenait 4 à 5 heures. Quant à l'hôpital, cette nouvelle organisation de consultations externes, mise en place dès la

rentrée, devrait doubler notre capacité d'accueil et permettre ainsi de raccourcir les délais des rendez-vous.

Cette SIG devrait permettre 3000 passages par an. »

En quoi ce travail de prévention et de surveillance est-il essentiel ?

« A l'heure actuelle, en dehors des corticoïdes (mais qui ne peuvent agir en urgence), il n'existe pas de traitement pour améliorer l'état de santé du fœtus in utero. La seule solution, dont nous disposons actuellement pour prévenir des séquelles (voire la mort in utero) d'un bébé qui souffre, est de l'extraire de ce milieu hostile par une naissance (déclenchement ou césarienne). Cette décision est à mettre en balance avec les risques induits d'une prématurité induite. Face à ces problématiques extrêmement complexes, il est donc essentiel de développer au maximum le travail de prévention et de surveillance. »

« Nous essayons d'être au maximum dans l'échange et l'écoute »

Le Dr Magali Richard est néonatalogue au CHU site Sud. Passionnée par son travail, la spécialiste veille au quotidien à la santé et au développement du fœtus, du nouveau-né et du nourrisson. Rencontre.



Le Dr Magali Richard.

A quel moment intervenez-vous ?

« Un accouchement prématuré peut être soit spontané, soit déclenché par les médecins quand la grossesse devient dangereuse pour la mère ou l'enfant. Le néonatalogue va intervenir dans la prise en charge de l'enfant prématuré jusqu'à sa sortie de l'hôpital. »

Comment procédez-vous ?

« En cas d'accouchement provoqué, le néonatalogue va rencontrer et informer les parents en amont. Nous essayons d'être au maximum dans l'échange et l'écoute, de rentrer 'dans la réalité de la mère', car le risque d'une naissance prématurée engendre de nombreuses angoisses. La mère éprouve parfois un sentiment de culpabilité de ne pas avoir mené sa grossesse à terme. Les non-dits et la non-communication sont très néfastes et peuvent laisser place à l'imaginaire des parents. Nous dialoguons énormément avec les parents, notre rôle, en tant que médecin, est de leur expliquer les modalités, les difficultés et les éventuels risques encourus, et de répondre à toutes leurs questions. »

Le peau à peau, une pratique essentielle

Afin d'établir un lien mère/enfant rompu trop tôt par la prématurité, les nourrissons peuvent profiter d'un peau à peau quotidien qui peut être pratiqué par la mère, mais également par le père. Cette pratique procure à l'enfant apaisement et réconfort. Ce sentiment de sécurité lui permettra de devenir un être autonome, capable de supporter les séparations.

A quelles difficultés êtes-vous confrontée ?

« L'un des enjeux majeurs d'une grossesse à risque est de planifier, lorsque l'accouchement doit être provoqué, le bon moment pour faire naître l'enfant. Pour cela, nous travaillons en étroite collaboration et concertation avec l'équipe des gynécologues-obstétriciens du CHU afin d'évaluer, en fonction de l'état de santé de la mère et de l'enfant, le bon timing. Il faut évaluer la balance bénéfique/risque entre la prématurité et les risques encourus par le fœtus à la poursuite de la grossesse. »

Quels sont les enfants que vous prenez en charge ?

« A partir de 24 semaines, la réanimation néonatale peut s'envisager après informations des familles sur les risques de séquelles et le pronostic de survie, et avec leur accord. Elle s'envisage en tenant compte de la grossesse, des différents facteurs de risque et en étroite collaboration avec l'équipe des gynécologues-obstétriciens. »

Quel va être le parcours de l'enfant ?

« Le parcours de l'enfant va dépendre de son terme, de son poids de naissance et de son évolution au cours de son hospitalisation. Un extrême prématuré va passer dans trois secteurs différents du service : la réanimation néonatale, les soins intensifs et la néonatalogie. L'enfant peut rester hospitalisé 2 à 3 mois avant de pouvoir rentrer chez lui. »

Concrètement, comment va se dérouler cette prise en charge ?

« Dès sa naissance, l'enfant prématuré nécessite une prise en charge bien spécifique pratiquée dans une maternité de niveau 3. En cas de naissance prématurée, les poumons, le cœur ou encore le système digestif ne sont pas arrivés à maturité. Il faut donc assister le bébé pour respirer ou se nourrir. Cette immaturité concerne également le cerveau.

Notre rôle est d'aider ces enfants nés trop tôt à continuer à grandir et à se développer. La néonatalogie est une spécialité pointue, très ciblée qui permet une prise en charge globale de l'enfant. Il peut arriver que nous fassions appel à l'expertise d'autres spécialistes tels que les

cardio-pédiatres et les chirurgiens infantiles en fonction des pathologies surajoutées ou compliquant la prématurité. »

La relation mère/enfant s'avère-t-elle plus complexe à s'installer en cas de grande prématurité ?

« Effectivement, la relation mère/enfant peut être plus difficile à se mettre en place, les mères sont angoissées, marquées par leur grossesse difficile, et peuvent souffrir d'un syndrome se rapprochant d'un syndrome post-traumatique. Il leur est proposé un soutien psychologique au sein du CHU. Tout l'enjeu des premiers jours est cet accompagnement des mères à trouver leur place auprès de leur enfant malgré la couveuse et les nombreux soins. Il est possible de mettre en place le peau à peau même pour un grand prématuré dès les premiers jours. La place du père est également très importante.

Toutes nos équipes essaient vraiment de favoriser et d'accompagner ces liens familiaux. »

Qu'est-ce qui vous plaît dans votre métier de néonatalogue ?

« Le côté humain. Le fait de rencontrer les mères, de prendre soin des enfants et d'aider et d'accompagner à la mise en place du lien indéfectible mère/enfant. Tout cela est très fort ! »

On distingue trois niveaux de prématurité :

- > La prématurité moyenne correspond à une naissance intervenant entre la 32^e et la 36^e semaine d'aménorrhée révolue (7 mois à 8 mois de grossesse),
- > La grande prématurité correspond à une naissance intervenant entre la 28^e et la 32^e SA (6 mois à 7 mois de grossesse),
- > La très grande prématurité pour les naissances intervenant avant 28 semaines, soit en deçà de 6 mois de grossesse.

Source : www.inserm.fr

« Accompagner chaque femme dans sa singularité »

Pour accompagner les femmes dans les moments difficiles et angoissants vécus pendant leur grossesse à risque, le CHU propose, pour celles qui le désirent, un soutien moral et psychologique.

« Ce qui se passe dans le corps d'une femme lors d'une grossesse à risque n'est jamais anodin pour elle », confie Michèle Chalmin, psychologue au PFME du CHU site Sud. Et effectivement, lorsqu'une grossesse ne se déroule pas comme prévue et que la santé de la mère ou de l'enfant nécessite une prise en charge davantage médicalisée, il est fréquent que la mère vive mal ce temps de grossesse. Repérées par les sages-femmes ou les médecins ou suite à leur propre demande, les femmes peuvent bénéficier d'un soutien psychologique proposé par les équipes du CHU afin de les aider à affronter cette épreuve anxiogène.

« Chaque femme va vivre cette situation différemment, si les symptômes peuvent être les mêmes d'une femme à l'autre, l'histoire, elle, n'est jamais identique. Il est intéressant d'accompagner chaque femme dans sa singularité. Lors de nos entretiens avec la femme, nous essayons de "banaliser" ces rencontres afin qu'elle se sente à l'aise et puisse parler sans stress. Nous allons l'aider à chercher des points d'appuis qui pourront l'aider. Parfois, il peut nous arriver de rencontrer le père ou d'autres membres de la famille, cela va dépendre des besoins de chacun. Nous essayons

vraiment de personnaliser la prise en charge », souligne Cécile Chignac, également psychologue au PFME site Sud.

Le devenir de l'enfant

Cette prise en charge psychologique va notamment aider à la construction du lien mère/enfant. Une mère ayant été confrontée à une grossesse ou un accouchement difficile peut ressentir de la souffrance, de l'inquiétude, voire même de la culpabilité de ne pas avoir su mener sa grossesse "normalement", ou d'avoir manqué, comme c'est le cas lors d'une césarienne, les premiers instants de rencontre avec son enfant. « Il est essentiel pour favoriser la rencontre entre les parents et l'enfant de revenir sur ces différents temps. Pouvoir mettre des mots sur ces moments difficiles permet d'alléger les douleurs et les angoisses, et participe à la prévention de l'apparition de troubles ultérieurs », précise Michèle Chalmin.

Les psychologues de l'hôpital peuvent également être sollicités à la suite d'une annonce grave d'un diagnostic anténatal. « Quelle que soit la décision prise sur la poursuite ou l'interruption de la grossesse, ce sont des situations

extrêmement douloureuses pour les parents, nous essayons alors d'être présentes tout au long des différents moments du parcours de soins », confie Stéphanie Payet, psychologue au pôle Santé mentale, qui intervient également dans la prise en charge de ces grossesses difficiles.

Un réseau de partenaires ville/hôpital

La prise en charge d'une grossesse à risque nécessite parfois un suivi sur du long terme, comme cela peut être le cas lors des grossesses de très jeunes mineures. Les psychologues du CHU travaillent alors en étroite relation avec tout un réseau de partenaires. « Lorsqu'une mineure très jeune accouche, nous nous assurons de son environnement social et familial, nous allons solliciter les centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents afin de leur passer le relais dans les meilleures conditions possibles. », conclut Stéphanie Payet.

L'unité Kangourou, un cocon douillet

Véritable cocon douillet situé au sein du Pôle Femme Mère Enfant du CHU site Sud, l'unité Kangourou est destinée à accueillir des bébés fragiles, prématurés, ou de petit poids... qui nécessitent des soins, mais dont la vie n'est pas menacée.

« Créée il y a 5 ans environ, l'unité Kangourou comprend huit chambres mère-enfant. Son taux d'occupation avoisine les 100% », précise Sylvette Grondin, la cadre de santé de l'unité Kangourou. Cette structure doit permettre de favoriser le plus possible le rapprochement entre la mère et leur enfant et de préparer un retour serein et souvent plus précoce à domicile du bébé.

La philosophie de ces unités Kangourou repose sur le contact privilégié de l'enfant avec sa maman, à l'image des bébés kangourous bien au chaud dans la poche de leur mère, grâce la mise en place des soins de développement. Ces soins sont l'ensemble des techniques environnementales (limitation



du bruit, de la lumière, des manipulations...) et comportementales (peau à peau, succion non nutritive, respect du sommeil...) dont le but est d'optimiser le développement neurocomportemental de ces enfants fragiles. Les soignants s'adaptent aux besoins de chaque bébé et de sa maman, en privilégiant toutes les occasions de contact et de plaisir.

Témoignage



Vanessa*, 17 ans

« Je suis enceinte de 8 mois et j'ai ressenti de très fortes contractions il y a deux jours. Mon ami m'a emmenée directement aux urgences, car j'ai déjà perdu un bébé à 8 mois de grossesse il y a peu de temps. Depuis mon arrivée, j'ai été transférée dans le service des grossesses à risque, j'appréhende un peu, j'ai un peu peur, heureusement je suis bien entourée.

Les infirmières et les médecins s'occupent vraiment bien de moi, ils sont très attentifs. On me donne des médicaments, on me fait des examens. J'espère que la suite va bien se dérouler.

*Le prénom a été modifié

« C'est un métier passionnant et varié »

Jérôme Henry travaille en tant que sage-femme au CHU depuis onze ans. Ce professionnel expérimenté est l'un des rares sages-femmes homme du CHU site Sud. Rencontre.

Comment doit-on vous appeler ?

Jérôme Henry : « On peut utiliser le terme de maïeuticien, mais personnellement, je préfère dire UN sage-femme pour décrire ma profession. »

Quel est le cursus à suivre pour devenir sage-femme ?

« Depuis la réforme de 2010, les étudiants désirant devenir sage-femme doivent suivre la première année commune aux études de santé (PACES), puis en fonction de leur classement, ils peuvent intégrer une école de sage-femme pour une durée de 4 ans. »

Quel a été votre parcours ?

« A l'époque où j'ai fait mes études, cette réforme n'était pas encore en place. Après une première année de médecine, j'ai passé le concours de l'école de sage-femme de Saint-Denis et j'ai été reçu. Une fois mon diplôme en poche, j'ai tout de suite commencé à l'hôpital. Je pense qu'il est intéressant de travailler dans le milieu hospitalier à la sortie des études, car l'hôpital permet de découvrir les nombreuses facettes du métier et d'acquérir une grande expérience. Dès mon premier jour de travail à l'hôpital, je me suis senti sage-femme. »

Quel est le champ de compétence des sages-femmes ?

« Le panel de compétences des sages-femmes est large. D'une manière générale, les sages-femmes s'occupent des grossesses physiologiques ; par contre, dès qu'une grossesse présente une pathologie médicale ou obstétricale, elle va être systématiquement prise en charge par un médecin. »

Comment se déroule le suivi de grossesse ?

« Concrètement, nous procédons aux différentes consultations de la patiente enceinte, nous proposons également depuis quelques mois des cours de préparation à la naissance auquel le père peut assister.

Le but du suivi de grossesse est d'organiser et d'assurer la continuité de la prise en charge de la patiente enceinte et d'orienter vers un gynécologue ou un spécialiste si on dépiste une pathologie.

Dans le service de grossesses à risque, les sages-femmes travaillent en collaboration



Jérôme Henry

étroite avec les gynécologues et les spécialistes concernés. Le médecin reste toujours le professionnel référent. »

« Se rapprocher du projet de naissance de la future maman »

Quel est le rôle du/de la sage-femme pendant l'accouchement ?

« La sage-femme va gérer un accouchement physiologique de A à Z. Cela débute par le diagnostic du travail, puis par la suite de l'accouchement. Ensuite, la sage-femme va s'occuper de la prise en charge du bébé. Environ deux heures après, une autre sage-femme va prendre le relais et la patiente va regagner une chambre dans le service de maternité. Environ dix accouchements se déroulent chaque jour au Pôle Femme Mère Enfant de Saint-Pierre.

D'une manière générale, la sage-femme essaye au maximum de respecter les souhaits de la future maman et de se rapprocher de son projet de naissance, à condition naturellement que la santé de la mère ou de l'enfant ne soit pas mise en danger. »

Comment se passe la prise en charge du bébé ?

« On s'assure immédiatement que le bébé soit en bonne santé en procédant à un examen clinique rapide, puis on lui prodigue les premiers

soins qui consistent à le réchauffer, l'essuyer, lui mettre du collyre dans les yeux, lui aspirer les mucosités au niveau de la bouche et du nez. Ensuite, on va très rapidement mettre le bébé pour un premier contact avec la maman ou une mise au sein. »

Quelle est la place du papa pendant l'accouchement ?

« On lui explique ce qui se passe, on va essayer de lui donner sa place, car parfois ils sont mal à l'aise pendant l'accouchement. On propose au papa de donner les premiers soins du bébé, le biberon, les changes, le bain afin de l'accompagner dans sa vie de futur père. »

Qu'est-ce qui vous intéresse dans votre métier ?

« C'est un métier passionnant et varié, j'ai, en onze ans, travaillé dans pratiquement tous les secteurs. L'accouchement est évidemment un moment privilégié, mais mon domaine de prédilection reste le service de grossesses pathologiques, car on crée davantage de liens avec les patientes. C'est également un métier difficile, car outre le rythme fatiguant, on est parfois confronté à la mort d'un bébé, au difficile deuil des parents. On est forcément touché par ces situations douloureuses. »

Comment le fait d'être un homme est-il perçu dans cette profession majoritairement féminine ?

« C'est très bien perçu. En dix ans de carrière, je n'ai eu que deux refus de la part de patientes. J'ai toujours demandé aux patientes si cela ne les dérangeait pas, je respecte énormément les femmes et leur intimité. Par ailleurs, les futurs papas sont parfois rassurés d'avoir un homme à leur côté pendant l'accouchement.

Le fait de n'avoir jamais vécu un accouchement n'empêche absolument pas l'empathie, bien au contraire ! En discutant avec mes collègues hommes, nous avons appris au fil des années à comprendre ce que les femmes ressentaient, nous sommes là pour les accompagner et les aider dans ce moment merveilleux de leur vie. Nous sommes actuellement une dizaine de sages-femmes hommes au CHU à Saint-Pierre, la profession se masculinise tout doucement depuis la PACES. »

Le don d'ovocytes, un acte encore trop méconnu

Technique maîtrisée depuis environ 30 ans en France, le don d'ovocytes reste un acte encore peu répandu. Le Dr Nathalie Fontaine, Gynécologue-Obstétricienne, responsable de l'unité fonctionnelle d'assistance médicale à la procréation au CHU site Sud, revient en compagnie de Sophie Rambelo, sage-femme, sur ce don trop méconnu.

Qui peut recevoir un don d'ovocytes ?

Dr Nathalie Fontaine : « Le don d'ovocytes s'adresse à des couples infertiles dont la femme n'a plus d'ovocytes fonctionnels. L'absence ou le manque d'ovocytes peut être dû à des pathologies congénitales ou acquises. Lorsque la femme risque de transmettre une maladie grave à son enfant, elle peut aussi avoir recours au don d'ovocytes. La femme receveuse doit être âgée de moins de 43 ans, mais au-delà de 40 ans ses chances de recevoir un don peuvent être faibles car le délai d'attente varie entre 2 à 3 ans en raison de la pénurie de donneuses d'ovocytes et du nombre de patientes inscrites sur la liste d'attente. Le dossier du couple demandeur doit être validé en commission multidisciplinaire. »

Existe-t-il des critères pour donner ses ovocytes ?

« La loi exige plusieurs conditions. La donneuse doit être âgée entre 18 et 37 ans et être en bonne santé. Depuis 2015, la donneuse n'a plus besoin d'avoir déjà eu un enfant. »

Quel est le profil des donneuses ?

« On peut différencier trois grands groupes de donneuses. Le premier groupe, ce sont les donneuses relationnelles. Ce sont des amies, des sœurs..., qui font cela afin de réduire la durée d'attente de leur proche. Mais le don direct n'est pas possible (on ne peut pas donner ses ovocytes à une proche). Le deuxième regroupe des donneuses spontanées, informées par les campagnes de sensibilisation publique ou par les reportages et qui souhaitent apporter leur aide. Enfin, le troisième groupe rassemble des femmes ayant eu elles-mêmes déjà recours à un parcours de PMA. En France, le don d'ovocytes est gratuit et anonyme. Les donneuses sont bénévoles, toutefois elles bénéficient de la prise en charge des frais occasionnés par le don. »

Combien de femmes sont concernés par le don d'ovocytes au centre PMA du CHU ?

« En 2016, 7 donneuses ont été ponctionnées et 4 grossesses sont actuellement en cours. Le taux de réussite de 30% est proche de la métropole. En tout, une cinquantaine de femmes sont inscrites sur liste d'attente, il faut en moyenne 2 à 3 ans pour recevoir des ovocytes. »



Sophie Rambelo, sage-femme au centre d'Assistance Médicale à la Procréation et le Dr Nathalie Fontaine.

Comment se déroule le don ?

« C'est un parcours complexe comprenant la phase de constitution du dossier de la donneuse, puis dans un second temps, la phase de stimulation et de prélèvement. »

En quoi consiste la phase de constitution du dossier de la donneuse ?

« Lors d'une première consultation, la donneuse va recevoir toutes les informations nécessaires. Ensuite, elle doit signer un formulaire de consentement au don, ainsi que son compagnon, si elle vit en couple. Un bilan hormonal, infectieux et génétique est automatiquement effectué afin de mieux connaître la fertilité de la donneuse et d'éliminer toute contre-indication. La donneuse rencontre ensuite un psychologue ou un psychiatre du centre. Nous essayons au maximum de faciliter la prise de rdv en fonction de l'emploi du temps de la donneuse. »

En quoi consistent la phase de stimulation et le prélèvement ?

« La stimulation des ovaires dure 10 à 12 jours et permet d'aboutir à la maturation de plusieurs ovocytes. Ensuite, la donneuse va être hospitalisée en ambulatoire une demi-journée, afin de prélever ses ovocytes. »

Et après le don ?

« Une fois le prélèvement effectué, l'équipe médicale continue d'être présente aux côtés de la donneuse. Dans les jours qui suivent, elle peut ressentir des effets secondaires, mais sans gravité. A long terme, le don d'ovocytes n'a pas de conséquence, il ne diminue pas les chances de grossesse ultérieure et n'avance pas l'âge de la ménopause. »

Si la donneuse n'a pas encore procréé, elle a la possibilité de conserver une partie de ses ovocytes pour elle. »

Qu'advient-il des ovocytes prélevés ?

« Les ovocytes sont confiés au laboratoire pour une fécondation in vitro. Chaque couple reçoit environ 5 ovocytes. L'endomètre de la receveuse est préparé pour faciliter l'implantation du ou des embryons obtenus 2 à 5 jours plus tard. »

Qu'est-ce qui vous motive dans votre travail au quotidien ?

« Le fait d'aider à donner la vie. C'est très émouvant quand un couple revient nous voir pour nous remercier de les avoir aidés à avoir un enfant ! »

Qu'en est-il du don de spermatozoïdes ?

« Nous manquons également de donneurs de sperme. Le don est gratuit et anonyme, le don de spermatozoïdes est moins contraignant que le don d'ovocytes, il nécessite un simple recueil au laboratoire. »

Le centre d'Assistance Médicale à la Procréation en bref

> Le centre d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) a ouvert ses portes en 2010 sur le site de Saint-Pierre. Depuis 2011, une consultation est également proposée sur le site de Saint-Denis. Le centre pratique l'ensemble des actes d'AMP ; il est le seul centre de l'île ayant les autorisations concernant le don de gamètes, l'accueil d'embryons, l'auto conservation des gamètes et la prise en charge de patients à risque viral. Le centre est aussi référent pour la chirurgie des endométrioses sévères. Il propose également aux patientes des consultations d'hypnose.

> Le centre, c'est aussi toute une équipe pluridisciplinaire composée de 4 gynécologues, 1 interne en gynécologie, 4 sages-femmes dont 1 pour le don et pour l'hypnose, 2 biologistes, 1 interne en biologie, 4 techniciens de laboratoire, 1 aide-soignant et 2 secrétaires. Il collabore avec 1 psychiatre, 1 psychologue, 2 généticiennes, 1 conseillère en génétique, 1 urologue et 1 sexologue.

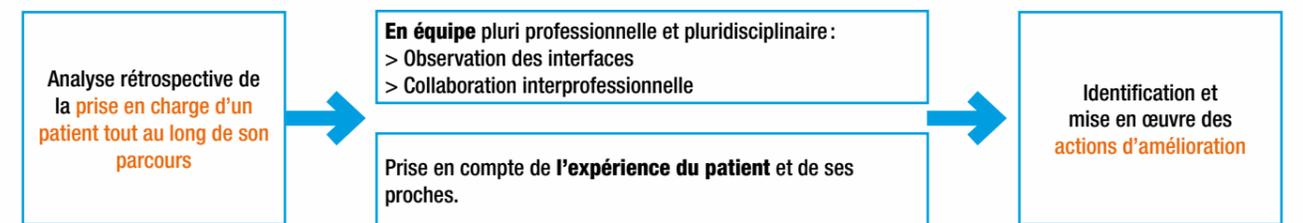
> Pour plus d'informations : <http://ampchureunion.com/>

L'audit patient traceur au CHU de La Réunion

La méthode du patient-traceur a été développée et expérimentée en France et généralisée lors des visites de certification dite « V – 2014 » de la Haute Autorité en Santé. Il s'agit au sein d'un service de soins, d'analyser de façon rétrospective les modalités de prise en charge d'un patient présent, pour s'assurer du respect des bonnes pratiques contribuant à la qualité et à la sécurité. Cet exercice rassemble autour d'un patient tous les acteurs médicaux et non médicaux, infirmiers, médecins, radiologues, urgentistes... ayant participé aux soins. Elle permet, ainsi aux équipes de prendre le temps de s'interroger sur des points d'amélioration, de façon concrète et de prendre l'avis du patient. C'est une méthode d'amélioration de la qualité des soins ; elle est reconnue, comme méthode de développement professionnel continu (DPC)*.

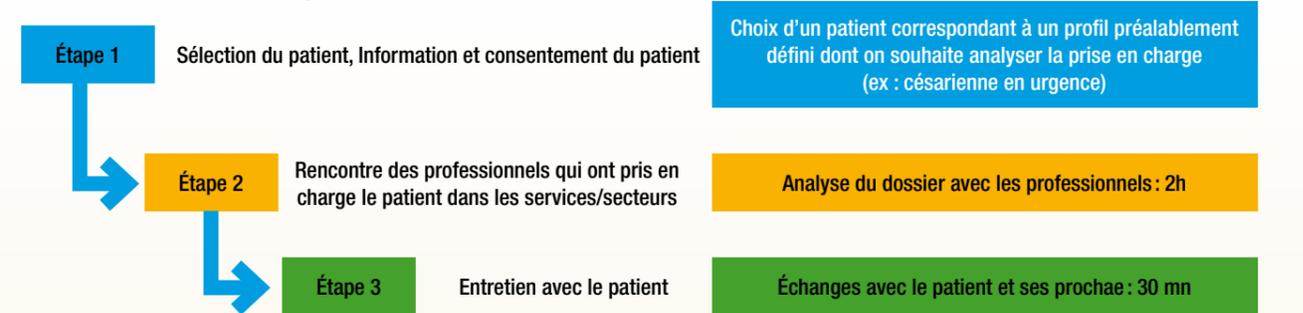
Le déroulement de la méthode du patient traceur

> Schéma général



Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

> Une méthode en 3 étapes



Sa mise en œuvre au CHU de La Réunion

Au sein du CHU, 100 professionnels médicaux et paramédicaux ont été formés à cette méthode afin de réaliser ces audits. Trente-six patients traceurs ont été réalisés entre novembre 2016 et avril 2017. Tous les pôles ont participé à cette nouvelle méthode.

Exemples :

- > Patient hospitalisé en UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire)
- > Patient entré par les urgences avec un transfert en réanimation puis hospitalisation en pneumologie
- > Patient avec un accouchement par césarienne en urgence
- > Patient pris en charge aux urgences et transfert dans un service de médecine



> Patient hospitalisé dans une unité fermée en santé mentale....

Les auditeurs s'appuient sur une grille d'audit validée, proposée par la HAS. Celle-ci est déclinée en critères qualité/sécurité, abordant

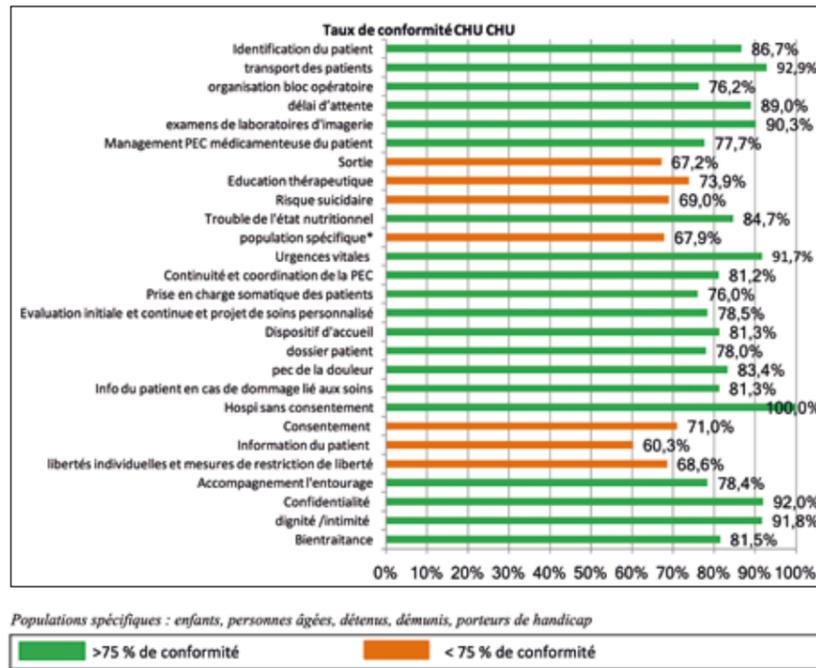
l'ensemble de la prise en charge, de l'entrée du patient à sa sortie. Il en est de même pour l'entretien avec le patient. Bien que celui-ci prenne davantage la forme d'une discussion, il s'appuie sur une trame commune d'interview.

Les résultats au CHU de La Réunion

Les résultats ci-dessous, présentés par critères, sont une moyenne des 36 audits réalisés au CHU pour la période novembre 2016 - avril 2017.

Au regard de ces résultats, les axes d'amélioration portent en priorité sur les thèmes suivants :

- **Droits des patients :**
 - > Amélioration des informations données au patient sur sa prise en charge, ses traitements, sa sortie... en traçabilité dans le dossier.
 - > Prescription, surveillance et évaluation de la pose de barrières (considérée comme une contention).
 - > Harmonisation des modalités de recueil du consentement éclairé du patient dans les situations le nécessitant et de sa traçabilité dans le dossier.
- **Préparation de la sortie**, en lien avec le patient, l'entourage, les structures extérieures, le plus en amont possible.
- **Évaluation et prise en charge des patients à risque suicidaire**, notamment dans les services adultes, hors secteurs des urgences.
- **Prise en charge des populations spécifiques :** protocoles et formation des professionnels aux modalités particulières d'accueil et de prise en charge de ces populations.



Propositions d'action

Chaque audit fait l'objet d'une restitution à l'équipe ayant pris en charge le patient avec une réflexion sur les actions à mener. Ces actions peuvent être propres au service ou déployées sur l'ensemble des établissements lorsque les problématiques sont communes.

Thèmes	Actions
Accueil du patient et de son entourage	Remettre un livret d'accueil au patient pour chaque séjour
Droits des patients	Prescrire et réévaluer périodiquement les mesures de restriction de liberté (contention : barrières de lit) Assurer la traçabilité du recueil du consentement éclairé du patient
Prise en charge médicale et paramédicale	Disposer d'un médecin somaticien en santé mentale au CHU
Dossier du patient	Améliorer la traçabilité dans le dossier des éléments de la prise en charge du patient : ordonnance du patient à l'entrée, repérage du risque suicidaire, retrait des médicaments à l'admission, transmissions ciblées, informations données au patient, éducation thérapeutique, recueil de la personne de confiance Rappeler clairement aux professionnels les règles concernant le remplissage du dossier de soins et dossier médical
Prise en charge des urgences vitales survenant dans l'établissement	Faire connaître la procédure « Urgence vitale » Garantir le contrôle à périodicité défini du chariot d'urgence
Pec au Bloc opératoire	Assurer le recueil du consentement éclairé et de l'information sur les bénéfices/risques et leur traçabilité dans le dossier patient
Population spécifique	Organiser l'évaluation des risques et la prise en charge des patients à risque suicidaire
Sortie du patient	Planifier la sortie dès l'admission Informé le médecin traitant de la sortie pendant l'hospitalisation Garantir la traçabilité des informations données au patient (éléments à surveiller, consignes de suivi, soins paramédicaux)
Circuit du médicament	Réaliser des prescriptions médicales conformes : complètes et lisibles Supprimer les retranscriptions (dossier papier ou sur fiche « mémo ») Tracer l'administration lors de la prise et tracer les motifs de non administration

Instaurés en octobre 2016 dans les services, dans le cadre de la préparation de la visite de certification, les audits patient traceur sont désormais inscrits dans la continuité des différentes évaluations « terrain ». Ils se poursuivent donc dans les pôles dans le cadre d'une démarche continue de la qualité et sécurité des soins.

Pour exemple, quelques audits programmés au cours du prochain semestre :

- > Patient pris en charge aux grands brûlés (avec passage au bloc)
- > Patient prise en charge pour accouchement complexe
- > Patient en SSR
- > Urgences pédiatriques

> Urgences adultes / AVC
> Plaie de la main

...MERCi aux auditeurs et aux équipes....

Bénédicte Artarit et Amandine Menet, ■
Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques

* Pour en savoir plus sur le site de la HAS : « Le patient-traceur en établissement de santé » Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Guide méthodologique Date de validation par le collège : 26 novembre 2014

« C'est une obligation morale de proposer aux patients réunionnais des protocoles de recherche clinique en première ligne de traitement »

Le Docteur Yves Réguerre est praticien hospitalier dans le service d'Oncologie et d'Hématologie pédiatrique du CHU. Très investi dans son travail, ce spécialiste revient pour Convergence sur l'importance de la recherche en cancérologie pédiatrique.

Comment la recherche en oncologie pédiatrique est-elle structurée ?

Dr Yves Réguerre : « La recherche en cancérologie pédiatrique est extrêmement structurée et très encadrée sur le plan législatif. Elle est organisée au niveau national au sein de la SFCE (Société Française de Lutte contre les Cancers et les Leucémies de l'Enfant et de l'Adolescent). Cette Société concentre l'ensemble de la recherche de la spécialité autour de 32 centres français de cancérologie pédiatrique. La Réunion a été le dernier centre à être reconnu par la SFCE en 2012. »

Concrètement, comme cela fonctionne-t-il ?

« Les cancers de l'enfant sont des maladies rares. Cette société organise l'ensemble de la recherche clinique dans notre spécialité. Les protocoles spécifiques à chaque cancer sont rédigés et diffusés au niveau national afin qu'ils puissent être proposés à tous les enfants souffrant de la même maladie. L'objectif est d'offrir à chacun un traitement adapté et de permettre d'améliorer les connaissances et les pronostics. Chaque protocole est géré par un groupe de médecins, en lien avec des unités de recherche cliniques. »

Quelles sont les principales pathologies concernées par la recherche ?

« La recherche concerne tous les cancers rencontrés chez l'enfant. Les principales pathologies concernées sont les leucémies, les tumeurs cérébrales, hépatiques, rénales, les neuroblastomes et les rhabdomyosarcomes. »

Quelle est la participation du CHU à ce travail de recherche ?

« L'ensemble du service, ainsi que toute l'équipe médicale, les Drs Mathilde Jehanne, Fanny Chambon, Sandrine Bohrer, Stéphanie Gourdon, et moi-même, sommes très impliqués dans le développement de ces protocoles de recherche. A l'heure actuelle, nous participons à une dizaine de protocoles et nous continuons de façon régulière et récurrente à ouvrir de nouveaux



Le Dr Yves Réguerre

protocoles de recherche clinique nationale à La Réunion. Cela représente un énorme travail en termes de préparation de l'ouverture au sein du centre puis d'inclusion des patients et de recueil de données... »

Comment se déroule le processus d'inclusion d'un patient ?

« Avant d'inclure un patient, nous allons d'abord expliquer clairement l'objectif de la recherche et

ce que cela implique par rapport à un traitement protocolaire conventionnel (différences dans le traitement, prises de sang, examens complémentaires en plus...). Nous demandons systématiquement l'accord des parents et aussi celui de l'enfant, s'il est en âge de comprendre. Des documents (notices d'information et recueil de consentement) sont remis aux parents et une période de réflexion leur est proposée. Une fois l'autorisation d'inclusion signée,

nous transmettons, de manière anonyme, les informations cliniques, les résultats des examens complémentaires, l'évolution de la maladie, à l'unité de recherche clinique qui gère le protocole. Ces données seront analysées avec celles de l'ensemble des patients inclus. Un protocole de recherche peut s'échelonner sur des durées très longues, 5, voire 10 ans. »

Quel intérêt y-a-t'il à participer à ces protocoles de recherche ?

« Les intérêts sont multiples. Tout d'abord, en termes de connaissances scientifiques. Ces maladies étant rares, l'inclusion du plus grand nombre possible de patients est essentielle pour faire avancer la recherche. Il est donc logique que les petits patients réunionnais y participent également.

Par ailleurs, le fait que ces nouveaux protocoles puissent être proposés aux patients réunionnais me semble primordial. Ces protocoles

rassemblent les dernières connaissances de la recherche internationale. Ce sont donc les traitements les plus récents et souvent les plus efficaces.

Il relève, selon moi, d'une obligation morale de proposer aux patients réunionnais des protocoles de première ligne, de la même façon que ces traitements sont proposés aux patients en métropole.

Enfin, la rigueur extrême qu'exige la recherche en oncologie pédiatrique optimise la qualité de la prise en charge dans un service de soins. »

« Je remercie l'association Laurette Fugain »

Êtes-vous confronté à certaines difficultés ?

« L'insularité engendre un surcoût domien non pris en compte. Il serait souhaitable de

développer des solutions afin que la recherche clinique en outre-mer ne soit pas plus onéreuse pour les promoteurs qu'en métropole. Il faut à chaque fois que nous montrions notre capacité à faire et à financer ces traitements.

Actuellement, nous ne disposons que d'un poste à mi-temps de technicienne d'étude clinique (occupé actuellement par Mme Ahjar Hamarchi) et financée par l'association Laurette Fugain que je remercie. Notre activité de recherche nécessiterait un plein temps et la pérennisation de ce poste par un financement institutionnel. »

Quels sont vos projets ?

« Nous allons continuer à travailler sans relâche pour ouvrir l'ensemble des protocoles disponibles, afin que la cancérologie pédiatrique réunionnaise puisse rentrer encore davantage dans la recherche clinique nationale au même titre que les autres centres métropolitains. »

Les structures de recherche clinique s'engagent dans une démarche de certification ISO 9001 : 2015

La Direction de la recherche clinique du CHU, consciente des enjeux stratégiques liés au domaine de la recherche en santé, s'engage dans un Système de Management de la Qualité (SMQ) ISO 9001 : 2015.

Vectrice de progrès indéniables pour la recherche clinique, la norme ISO 9001 permet de gagner en efficacité, en performance et d'accroître la satisfaction des parties intéressées. Elle permet à l'établissement de promouvoir la démarche qualité au sein de toutes les unités de recherche tout en restant en adéquation avec la politique qualité et gestion des risques du CHU.

En s'appuyant sur cette norme et dans cette perspective d'amélioration continue, la politique qualité mise en œuvre au sein de la Direction de la recherche, se décline selon les axes suivants :
Axe n° 1 : Promouvoir la démarche qualité au sein de toutes les structures impliquées dans la recherche ;
Axe n° 2 : Harmoniser les pratiques et pérenniser les savoir-faire dans le domaine de la recherche ;
Axe n° 3 : Développer la visibilité de ses structures pour les professionnels de l'établissement et ses partenaires extérieurs ;
Axe n° 4 : Mettre en place une gestion documentaire commune pour l'ensemble des structures de recherche.
Projet majeur, tant en terme d'enjeux que de ressources à mobiliser, il permet une approche



systemique où la qualité résulte du bon fonctionnement d'un Système de Management de la Qualité cohérent et intégré dans l'organisation générale.

Une meilleure visibilité de nos activités

Les actions qui en découlent, à travers un projet partagé par l'ensemble du personnel, permettent la surveillance permanente et l'amélioration de la qualité des recherches menées et une meilleure visibilité de nos activités aussi bien en interne qu'en externe.

La certification des structures de recherche clinique du CHU à moyen terme est une démarche innovante et professionnalisante pour les équipes.

Il s'agit d'un véritable défi à relever. La Direction de la recherche se donne les moyens de l'atteindre à travers ces objectifs d'amélioration continue afin d'accroître la satisfaction des parties intéressées.

Valérie Rivière, ■
Coordinatrice Qualité Recherche

Le CHU partenaire des Seychelles dans sa lutte contre l'héroïne

Face à la montée en puissance de la consommation d'héroïne dans l'archipel, les autorités seychelloises ont sollicité en 2015 l'appui du CHU de La Réunion. La consommation d'héroïne a commencé à poser problème en 2004 aux Seychelles, et son évolution très rapide, l'une des plus hautes prévalences mondiales d'usages d'opiacés injectés, en fait aujourd'hui une véritable urgence de santé publique.

Deux missions ont été réalisées en 2015 afin d'établir un bilan précis du contexte et de faire un recueil des attentes et des besoins (Dr David Mété, Addictologie CHU).

Une première mission du 24 au 27 juin 2015 : à l'occasion de l'invitation de l'Alliance française et de l'Ambassade de France lors de la journée Mondiale sur les toxicomanies en juin 2015. Puis, une deuxième mission du 10 au 12 novembre 2015 : à l'occasion de la mission menée par la Préfecture de La Réunion (expertise médicale sollicitée par la Préfecture).

On estime que 2,3 % de la population seychelloise fait usage d'héroïne, ce chiffre place proportionnellement les Seychelles dans les premiers rangs mondiaux. Près de 3000 usagers d'héroïne avec 1000 à 1 500 injecteurs. Les conséquences de cette consommation sont importantes avec un taux de prévalence du VIH élevé, hépatites C, septicémies, endocardites avec prises en charge chirurgicales en Inde, en raison de l'absence d'un service de Chirurgie cardiaque aux Seychelles.

Cet usage d'héroïne entraîne également une hausse importante des vols dont sont victimes autant les touristes que les résidents, ils ne s'accompagnent en général pas de violence. De même, la prostitution s'est développée, elle est souvent le fait de femmes et d'hommes qui financent leur usage de drogues injectables.

Une formation intensive proposée par le CHU à une cinquantaine de professionnels

A l'issue de ces missions, un besoin de formation avait été identifié dans la mesure où aucun professionnel sur place n'était spécialisé en addictologie. Chacun des formateurs intervient dans le Diplôme Universitaire d'Addictologie océan Indien, organisée par la Fédération Régionale d'Addictologie de la Réunion (FRAR), conjointement avec le SUFP.

La réponse du CHU à la demande de formation, outre l'accueil de soignants à La Réunion, a été de proposer sur place une formation intensive de 6 jours du 2 au 8 septembre 2016 à une cinquantaine de professionnels.

L'équipe pédagogique était composée par le Dr William Lederer (Addictologie GHER), le Dr David Mété (Addictologie CHU La Réunion),



La remise des diplômes à l'issue de la formation.



L'équipe pédagogique et l'équipe en charge de l'organisation aux Seychelles. De gauche à droite : le Dr William Lederer (Addictologie GHER), le Dr Daniela Malulu (psychiatre, responsable du Wellness Center), le Dr David Mété (Addictologie CHU de La Réunion), Jean-François Guignard (CSAPA/CAARUD Kaz'Oté) et Gina Michel (Infirmière Chef au Wellness Center). Le Dr Christian Dafreville ne figure pas sur le cliché.

le Dr Christian Dafreville (Addictologie CHU de La Réunion, ANPAA974) et Jean-François Guignard (CSAPA/CAARUD Kaz'Oté). Sur place aux Seychelles, l'organisation a été assurée par le Dr Daniela Malulu (psychiatre, responsable du Wellness Center) et Gina Michel (Infirmière Chef au Wellness Center).

Plusieurs soignants seychellois intervenant dans le domaine des addictions ont également été accueillis pour des stages d'observation dans des services du CHU dont le service d'Addictologie de Saint-Denis.

La suite des actions de coopération avec les Seychelles, sur le plan addictologique, est pour l'instant en suspens en raison du départ du président James Michel fin septembre dernier avec un remaniement du gouvernement, nouveau ministre de la Santé (Jean-Paul Adam) et création d'un secrétaire d'Etat pour la prévention de l'abus de drogues et la réhabilitation (Dr Patrick Herminie) avec une réorganisation de la politique de prise en charge des addictions en cours.

Dr David Mété, ■
Addictologie

Le parcours de l'héroïne

L'héroïne a pour origine l'opium afghan, elle transite par le Pakistan ou l'Iran et provient du trafic dans la zone océan Indien Elle arrive cachée dans des bateaux de pêche ou des bateaux de marchandise. La proximité de la côte Est africaine est une zone très propice aux trafics divers (ivoire, armes, drogues...), via la piraterie somalienne autour de la corne de l'Afrique, des pays comme le Kenya, la Tanzanie... Elle peut arriver également par avion depuis Dubaï ou Doha (Qatar) qui sont d'importants points de départ du fret aérien vers l'Afrique et l'Asie du Sud-Ouest. L'héroïne, qui transite vers le Sud par l'Afrique de l'Est par voie terrestre, se destine à l'Afrique du Sud et celle qui transite par voie maritime ou aérienne à l'île Maurice.

Une nouvelle édition réussie pour les Journées francophones de médecine d'urgence de l'océan Indien

Les 29 et 30 Juin 2017 se sont tenues, pour la 7^e année consécutive, les Journées francophones de médecine d'urgence de l'océan Indien à Antananarivo, capitale de la grande île. Cet événement était cette année encore fort attendu par tous les participants.

Avec plus de 270 inscrits, en provenance essentiellement de Madagascar, mais aussi des Comores, de Mayotte, de Maurice, des Seychelles, de France métropolitaine et bien sûr de La Réunion, ce congrès a été, une nouvelle fois, un véritable succès. Ces Journées scientifiques ont été rendues possibles grâce à un investissement fort de l'ambassade de France à Madagascar, de l'Agence Régionale de Santé de l'océan Indien mais, également, grâce à la volonté commune des Centres Hospitaliers Publics de La Réunion et d'Antananarivo. Il s'agit d'un projet de coopération hospitalo-universitaire fort et de qualité comme en témoignent les présences des directeurs généraux du CHU de La Réunion, M. Lionel Calenge et du directeur du CHU d'Antananarivo, le Professeur Yoël Ranpomalala.

Une action de partenariat solide et pérenne

Cette action de partenariat est, aujourd'hui, solide et pérenne grâce à l'union de l'Association Malgache des Médecins Urgentistes de Madagascar (AMUM) et du SAMU de La Réunion, véritable ossature de ce projet.

Cette réussite, dont on se félicite, est bien sûr un temps fort de l'année scientifique de 2017 en médecine d'urgence dans l'océan Indien.

Pour preuve, étaient réunis le ministre de la Santé publique de Madagascar, le représentant de l'ambassade de France, le représentant de la Fondation Hospitalière de France Océan Indien (FHFOI), le Doyen d'Université de la capitale malgache, le Président de la commission scientifique de la société française de Médecine d'Urgence (SFMU), d'éminents Professeurs en médecine d'urgence malgache et français, ainsi que, bien sûr, les acteurs de la médecine d'urgence de l'océan Indien, dont le Professeur Xavier Combes.

Le programme 2017, conjointement établi avec les collègues de la capitale malgache, a été d'une grande richesse : des séances plénières avec des exposés permettant une actualisation des données de la science, une table ronde, des retours d'expérience et des ateliers pratiques comme toujours plébiscités.

Ces deux Journées de rassemblement ont permis aux personnels médicaux et paramédicaux présents de mettre en perspective leurs réalités d'exercice propres.



Le directeur du CHU de La Réunion, Lionel Calenge et le Professeur Xavier Combes n'ont pas hésité à faire le déplacement à Antananarivo pour participer à cette nouvelle édition des Journées Francophones de médecine d'urgence de l'océan Indien.



« Encourager partout, tout le temps, la création scientifique là où elle est, là où elle émerge »

La participation renouvelée de la Société Française de Médecine d'Urgence, représentée par le Pr Frédéric Adnet a été particulièrement appréciée par les participants. Ce dernier affirme ainsi « qu'il s'agit d'un temps fort de partage et d'échange car il convient d'encourager partout, tout le temps, la création scientifique là où elle est, là où elle émerge ».

En écho à ces paroles de soutien, le Dr Rahamefy Rasolofohanitrinosy, présidente de l'association des médecins urgentistes de Madagascar a fait

raisonner ses paroles bien au-delà du motel Anosy de la capitale malgache lorsqu'elle évoque « la force des relations professionnelles nouées et l'intensité des liens du cœur tissés au fil de l'eau ».

Difficile de résumer ces 7^e Journées francophones de médecine d'urgence de l'océan Indien, événement scientifique important certainement, creuset des expériences et confrontation des savoirs sans doute, mais peut-être et avant tout faudrait-il mettre l'humain au cœur du processus, car les mots de diversité, de savoir, d'échange, de volonté d'action, de partage et de courage ont pris, lors de ces journées, un sens fort et une tonalité juste.

François Hervé, PH aux Urgences

L'association Halo Anneau fête ses 10 ans

L'association gastroplastie Halo Anneau s'inscrit dans la lutte contre l'obésité. Halo Anneau a été créée en 2007 à la demande des patients porteurs d'un anneau gastrique et désireux de se rassembler pour échanger sur les petits soucis ou les améliorations de la vie post-opération. L'association regroupe majoritairement des patients ayant eu recours à une chirurgie bariatrique telle que la pose d'un anneau gastrique, le by-pass ou plus récemment la sleeve gastrectomie.

Association Gastroplastie

HALO ANNEAU

Composée de membres actifs, l'association a pour objectif de soutenir et de répondre aux interrogations de personnes ayant déjà adopté cette méthode d'amaigrissement ou susceptibles de la pratiquer. Halo Anneau n'a pas pour vocation de remplacer ou de se substituer au médecin/chirurgien.

L'adaptation après une chirurgie bariatrique n'est pas aisée. Nous, les adhérents opérés, sommes à l'écoute et témoignons sur les difficultés rencontrées lors de nos différentes phases post-opératoires (phases liquide, mixée, hachée et enfin le retour à une alimentation solide). Nous partageons nos réussites, nos solutions et tentons de répondre aux inquiétudes et/ou soucis du quotidien des patients, avant, pendant et après l'opération.

Ces échanges s'effectuent lors de nos réunions mensuelles d'information, de nos sorties pédestres, nos brunchs ou tout autre rassemblement, notamment lors des forums santé auxquels nous participons.

Nous proposons actuellement six réunions mensuelles réparties dans toute l'île, à Saint-Benoît (GHER), Sainte-Clotilde, Saint-Paul, Saint-Pierre (à la maison des usagers du CHU) et au Tampon.

Accéder à une vie « meilleure »

Ces réunions sont l'opportunité pour les participants, opérés ou non, d'échanger et de se soutenir dans les différentes phases post-

opératoires, tant sur le plan alimentaire, physique, que dans la gestion des relations sociales (le regard des autres suite au changement physique dû à l'amaigrissement, le rééquilibrage alimentaire, la chirurgie réparatrice, etc.). Pour leur première participation, les patients viennent seuls, puis ils reviennent accompagnés de leur conjoint ou d'un proche. Nous encourageons la participation des membres de la famille. A l'écoute de nos témoignages, beaucoup prennent conscience que ce n'est pas une opération miracle mais bien un tremplin nous permettant d'accéder à une vie « meilleure » : rééquilibrage alimentaire et diversifié et la pratique d'une activité physique adaptée et régulière.

Prendre confiance en soi

En dehors de ces réunions, nous organisons des brunchs en cours de semaine entre opérés et bimestriellement, nous proposons une sortie pédestre avec un pique-nique partagé ouvert aux adhérents, ainsi qu'aux non-adhérents, afin de favoriser les échanges et le cas échéant, aborder certains sujets encore sensibles ou tabous.

Halo Anneau, c'est aussi un foyer où naissent de nouvelles amitiés entre patients opérés et/ou futurs opérés, presque comme « une seconde famille ». Nous constatons l'émergence de binômes ou de trios forts et durables qui favorisent le soutien entre opérés et contribuent à l'atteinte des objectifs personnels. Dans cette

lutte contre l'obésité, il ne faut pas rester seul. Se sentir bien après une telle intervention chirurgicale permet de réussir à se reconstruire après avoir été obèse une partie de sa vie, voire depuis l'enfance. Prendre confiance en soi est un objectif que beaucoup d'entre nous réussissent à atteindre, non sans peine.

L'association ne s'impose jamais auprès des patients et reste disponible pour les patients qui ne se sentent pas encore prêts.

Halo Anneau

Rendez-vous le 14 octobre

Pour célébrer nos 10 années d'existence, l'association organise un dîner dansant le samedi 14 octobre 2017 afin de récolter des fonds et perpétuer la démarche de libre-échange entre les patients, on vous attend nombreux.

Informations

N'hésitez pas à nous contacter via notre page Facebook : Association gastroplastie Halo Anneau, Gsm : 0692 56 87 36 Mail : halo.anneau@gmail.com

Présidente : Lefebvre Corinne
Vice-présidente : Allory Béatrice
Secrétaire : Grondin Béatrice

SE PROTÉGER, PLUTÔT DEUX FOIS QU'UNE

MNH PREV'ACTIFS

Le contrat
qui préserve vos revenus

2 MOIS OFFERTS⁽¹⁾

MNH SANTÉ 1 MOIS OFFERT⁽¹⁾

POUR TOUTE ADHÉSION SIMULTANÉE AUX DEUX GARANTIES⁽¹⁾

PLUS D'INFORMATIONS :

Nouveaux Espaces MNH, du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et l'après-midi sur rendez-vous :

► 131 av du Président Mitterrand, 97410 Saint-Pierre - tél. 02 62 55 40 00

► 8 bis bd St-François, Résidence Emma, 97400 Saint-Denis - tél. 02 62 73 67 30

Rencontrez vos conseillers MNH :

À St Pierre : **Julien Barret**, 06 48 19 18 84, julien.barret@mnh.fr

À St Denis : **Stéphanie Vinh San**, 06 48 19 28 25, stephanie.vinh-san@mnh.fr et **Marie-Alice Rivière**, 06 79 19 90 64, ma.riviere@mnh.fr

ou vos correspondants MNH :

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

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

Mutuelle hospitalière
www.mnh.fr



(1) Offre valable pour toute adhésion simultanée à « MNH Santé » en tant que membre participant et à « MNH Prev'actifs » (signature des 2 bulletins d'adhésion à moins de 30 jours d'intervalle entre le 1er septembre 2017 et le 31 décembre 2017 et sous réserve d'acceptation des adhésions par MNH et MNH Prévoyance), pour des contrats prenant effet du 1er septembre 2017 au 1er février 2018 inclus : 1 mois de cotisation gratuit « MNH Santé » et 2 mois de cotisation gratuits « MNH Prev'actifs ».