

CONVERGENCE

Ensem'vous serv la vi!

➤ N° 38 | Janvier | Février | Mars 2018



Le nouveau projet médical

P 13 | Focus
Le groupement hospitalier de territoire

P 14 | Qualité
Un séminaire sur la sécurité du patient

P 16 | Recherche
Rencontre avec le Dr Silvia Lacobelli

- 3..... Édito
- 4..... **Actualité**
- Saint-Pierre accélère le virage ambulatoire
 - L'État s'engage dans l'accompagnement
- 8..... **Dossier**
- Le nouveau projet médical
- 12..... **Le soin, un métier**
- Chirurgie ambulatoire : une organisation millimétrée
- 13..... **Focus**
- Le Groupement hospitalier de territoire Océan Indien en ordre de marche
- 14..... **Qualité**
- Un séminaire sur la sécurité du patient
- 15..... **Coopération**
- La santé mentale aux Comores
 - Toxicomanie aux Seychelles, une formation en prévention menée par le CHU
- 16..... **Recherche**
- Rencontre avec le Dr Silvia Lacobelli, chef du service Réanimation néonatale et pédiatrique, néonatalogie du CHU de Site Sud .
- 18..... **Enseignement, écoles et formation**
- Un colloque sur l'institut des masseurs kinésithérapeutes
- 19..... **Usagers et bénévoles à l'hôpital**
- Les missions de parrainage de Médecins du monde

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,
Laurent Decloitre.

› Secrétariat de rédaction :
Frédérique Boyer, Laurent Decloitre.

› *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 Site Nord**
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

Des projets ambitieux



Au terme d'une large concertation, nous venons d'élaborer notre projet d'établissement pour les quatre ans à venir. Il devra permettre de doter le CHU d'un socle d'orientations de nature à moderniser notre établissement sur des bases partagées et durables. L'enjeu est le maintien de la capacité pour notre structure hospitalière à proposer, elle-même et dans l'autonomie, les voies de son développement et la maîtrise de son avenir.

Le CHU de La Réunion, de par sa spécificité géographique et la diversité de ses activités, doit porter un projet collectif structurant, élargi sur une vision régionale de l'offre de soins, dans le cadre d'une approche intégrée des parcours de nos patients.

Le projet médical est évidemment au cœur de cette stratégie. La mission de soins est notre raison d'être, nous devons nous donner les moyens de la remplir au mieux pour les années à venir. C'est l'objectif du projet médical 2017-2021, que nous vous présentons dans ce numéro, fruit d'une longue et riche concertation avec l'ensemble de la communauté hospitalière.

L'objectif de ce précieux document est multiple : maintenir un égal accès aux soins à la population réunionnaise et de la zone océan Indien ; moderniser nos structures ; poursuivre l'innovation thérapeutique ; améliorer encore la prise en charge des patients et le service rendu aux usagers ; développer la recherche en santé... La liste n'est pas exhaustive, mais tous les projets répondent à une double exigence d'ambition et de responsabilité.

Malgré un contexte économique contraint, nous visons l'excellence médicale : le CHU reste l'établissement de recours et de référence dans cette partie du monde, un établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Océan Indien, tout en conservant un rôle significatif dans l'offre de soins de proximité.

Vaste chantier qui a mobilisé plus d'une centaine de praticiens réunis au sein de cinquante groupes de travail, sous la houlette du professeur Sauvat, présidente de la commission médicale d'établissement ; ils ont défini quatre axes de travail et 62 actions, concrètes, avec des échéanciers précis.

Reste le dernier volet du projet d'établissement : le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, pour lequel nous avons dégagé six axes de progression.

Nous nous sommes d'ores et déjà attelés à l'ensemble de ces tâches ambitieuses. La définition d'une stratégie globale pour notre CHU, complémentaire entre ses sites Nord et Sud, est au cœur des attentes du Copermo, le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins du 31 janvier dernier.

Ensem' ma sero la vi !

Lionel Calenge ■
Directeur Général
du CHU de La Réunion

UNE PRIORITÉ NATIONALE

Saint-Pierre accélère le virage ambulatoire

L'unité de chirurgie ambulatoire de Saint-Pierre s'est agrandie et modernisée.

« On était un peu à l'étroit, le taux d'occupation de nos 12 lits s'élevait à 147%, grâce à des rotations bien organisées ». Désormais, Sandrine Lopez, responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Saint-Pierre va pouvoir respirer. D'importants travaux ont été menés, pour parvenir à une nouvelle organisation. L'unité « historique », au quatrième étage, comprend désormais 9 lits et un salon d'accueil et de repos ; au sein du pôle femme-mère-enfant, six chambres individuelles sont mises à disposition, plus deux salons dont un réservé aux enfants. Soit 15 lits et 21 places (puisque tous les patients hospitalisés de jour n'ont pas forcément besoin d'être couchés). L'an dernier, l'UCA avait accueilli

3527 patients ; or le service modernisé en a déjà reçu 2934 entre le 1er janvier et le 30 septembre 2017. Si l'on compare sur les mêmes périodes, l'augmentation est de 8,5%.

Une évolution qui répond aux objectifs nationaux. La ministre de la Santé et des solidarités, Agnès Buzyn, a fixé le cap de 70 % de la chirurgie réalisée en ambulatoire en 2022 au niveau national. En 2016 au CHU de La Réunion, le taux était de 34% Il doit s'élever progressivement pour arriver à 50% en 2023, compte tenu de la situation sanitaire et sociale du département. Ce qui équivaudra, selon les projections plan Objectif national de dépenses d'assurance maladie, à réduire de plus de 100 le nombre de



L'UCA du CHU de Saint-Pierre comprend désormais un salon dédié aux enfants.

lits d'hospitalisation complète et d'augmenter les lits d'hospitalisation de semaine ou de jour.

VISITE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

L'État s'engage dans l'accompagnement du CHU

Agnès Buzyn a effectué une visite de trois jours à La Réunion et Mayotte, du 1^{er} au 3 octobre, lors de son passage sur notre île, la ministre des Solidarités et de la Santé a visité le site de Saint-Denis.

En visite à La Réunion, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé est venue au CHU, sur le site de Saint-Denis, le dimanche 1^{er} octobre 2017. Ce fut l'occasion d'échanger sur l'offre de soins proposée par le CHU de La Réunion et sur les engagements pris pour les années à venir.

La visite a débuté par une rencontre, en présence de M Jean Paul Virapoullé, Président du Conseil de Surveillance, M Mariot Minatchy, vice-président et de certains élus locaux. M Lionel Calenge, Directeur Général du CHU et le Pr Frédérique Sauvat, Présidente de la CME, ont présenté le projet Médical 2017-2021, la coopération internationale, les actions de coopération avec Mayotte et les opérations structurantes en cours au sein du CHU de La Réunion.

Le parcours de M^{me} La ministre s'est poursuivi par une rencontre de l'intersyndicale, puis s'est

achevée par la visite du premier service qui ouvrira au sein du Bâtiment des Soins Critiques (BSC), la réanimation polyvalente. Le Dr Martinet, responsable de service a mené la visite des locaux.

Lors de son allocution, elle a assuré être « très impressionnée de la qualité du service de réanimation (...) Ce CHU est un établissement qui offre des soins de grande qualité aux Réunionnais, tout ce qu'il faut pour être bien traité » a dit encore la ministre avant de remercier les professionnels de santé. Le nouveau bâtiment de soins critiques du CHU de Bellepierre, a nécessité un investissement de près de 72 millions d'euros. La ministre de la Santé en a profité pour réaffirmer « la volonté de l'État d'accompagner le CHU dans son redressement », le gouvernement ayant accordé un accompagnement de 50 millions d'euros.



Agnès Buzyn, ministre de la Santé et des solidarités a multiplié les visites sur le terrain.

C'est donc sur un discours confirmant cet engagement de l'État pour le CHU de La Réunion, que s'est achevée sa visite.

DONS DE GAMÈTES

Une campagne pour sensibiliser les volontaires

En 2017, dix femmes et quinze hommes ont fait un don d'ovocytes ou de spermatozoïdes à La Réunion. Les chiffres augmentent chez les femmes, ce qui est encourageant... mais encore insuffisant. « Nous avons une soixantaine de couples en attente sur la liste ; pour bénéficier d'un don, il faut patienter parfois jusqu'à quatre ans », prévient Nathalie Fontaine, gynécologue-obstétricienne spécialisée en assistance médicale à la procréation (AMP) et responsable des dons au CHU. Ces couples infertiles ont besoin de ce don de gamètes pour devenir parents, d'où le lancement, pour la première fois cette année en outre-mer, de la campagne nationale de l'agence de biomédecine. Durant le mois de novembre, le Dr Fontaine s'est rendue dans les différents établissements hospitaliers et a participé à des émissions dans les médias locaux pour sensibiliser à la fois la communauté médicale et le grand public. « Aidez nous à donner la vie », lance la souriante praticienne, qui ne cesse de rappeler que le don est anonyme et gratuit.



Le Dr Fontaine encourage femmes et hommes à faire un don.

Les donneurs ont un examen de santé complet pour valider leur don de gamètes. Il est facile pour les hommes de donner leurs spermatozoïdes (le volontaire n'a qu'à recourir à la masturbation dans un laboratoire) ; les femmes, elles, doivent suivre un protocole plus compliqué : leur ovulation est d'abord hyperstimulée, pour produire une quinzaine d'ovocytes.

À cet effet, les volontaires reçoivent des injections d'hormones sous-cutanées durant une douzaine de jours. « Il n'y a presque pas d'effet secondaire », rassure Nathalie Fontaine, même si, parfois, les femmes peuvent ressentir une petite gêne dans le bas ventre. Des échographies et prises de sang permettent de confirmer que le traitement est bien adapté.



Le don de gamètes permet à des couples infertiles d'avoir un enfant.

Les ovocytes sont ensuite récupérés, lors d'une légère intervention chirurgicale, qui nécessite une anesthésie générale d'une demi-heure... ou une simple hypnose. Dans les deux cas, aucune souffrance et une sortie de l'hôpital le jour même. Les ovocytes sont alors fécondés in vitro au laboratoire avec les spermatozoïdes du conjoint de la receveuse. Après trois ou quatre jours, ils sont implantés dans l'utérus de cette dernière. Le Cecos (Centre d'études et de conservation des ovocytes et du sperme humain) de Saint-Pierre peut les congeler si besoin, pour faire coïncider les disponibilités de la donneuse et de la receveuse.

À La Réunion, en 2015, deux enfants sont nés grâce au don d'ovocytes et huit suite au don de

spermatozoïdes. Grâce au don d'ovocyte, en 2016, trois enfants sont nés et en 2017, cinq grossesses sont en cours.

Toute femme de 18 à 37 ans et tout homme de 18 à 45 ans, en bonne santé, peuvent se porter candidats. Les conjoints doivent donner leur consentement. Depuis 2015, la donneuse n'a plus besoin d'avoir eu des enfants pour faire don de ses ovocytes ; son geste lui permet en outre de pouvoir les congeler pour son propre bénéfice, ce qui est autrement interdit en France. Le don n'altère pas la fertilité ultérieure. Les dons peuvent se dérouler au CHU à Saint-Pierre.

SERVICE PÉDIATRIE

Visite surprise de super-héros

Branle-bas de combat, le 13 décembre dernier, au CHU de Saint-Denis. L'équipe des Avengers, Batman et Hulk en tête, a descendu en rappel, depuis le huitième étage, la façade du patio intérieur pour débarquer dans la cour du service de pédiatrie. Les six super-héros sont en fait des hommes du GIPN (Groupement d'intervention de la police nationale) et c'est la deuxième fois qu'ils font cette surprise aux enfants malades de l'hôpital.

Ils étaient accompagnés par deux médecins urgentistes, qui ont l'habitude d'intervenir avec les policiers d'élite, par un médecin du service oncologie pédiatrique et par Marie-Noëlle Lucas. « C'était très sympa, je n'ai même pas eu peur », sourit la cadre de santé du service, qui a coordonné l'action. Elle s'était entraînée la semaine précédente sur le toit au commissariat, histoire de vérifier qu'elle n'avait pas le vertige...



Marie-Noëlle Lucas avait épinglé de grosses seringues sur son dos lors de la descente en rappel, alors que les policiers apportaient un cadeau pour un enfant qui fêtait son anniversaire. Le Lion's club a également participé à l'évènement et distribué des confiseries.

Toute la troupe a ensuite visité les différents services pour faire la surprise aux enfants alités qui ne pouvaient se déplacer. Au total, une soixantaine de petits patients ont pu échanger avec leurs héros favoris, émerveillés devant tant de muscles et de gentillesse. « Le but était de créer une coupure dans leur journée de soin, de les sortir au moins en rêve de leur chambre », se félicite Marie-Noëlle Lucas.

Ce genre de manifestation n'est pas si rare, surtout lors des périodes de fête. L'association « Ti prince marmaille » a organisé un arbre de Noël, « Sourire d'enfant » a invité Miss Réunion, des lycéens ont offert des cadeaux, tout comme l'association des médecins internes. Tout est fait pour « rendre moins triste le séjour des enfants ». Dans le courant de l'année, les petits patients ont même plongé avec les baleines et fait du parapente !



GALETTE DES DIALYSÉS

Promouvoir le don de reins

Depuis 1985, 790 patients ont été greffés à La Réunion, et près de 400 sont actuellement suivis avec une greffe encore fonctionnelle. L'équipe du service de Transplantation Rénale, Néphrologie, Hémodialyse et son responsable le Pr Henri Vacher-Coponat ont organisé le 29 janvier « une galette des dialysés ». Une rencontre conviviale entre professionnels de santé et les patients, afin de promouvoir le don d'organes en général, de reins en particulier.



Les patients greffés ont répondu à l'invitation du CHU avec plaisir.

La greffe rénale est une activité médicale de pointe, bien maîtrisée au CHU de La Réunion : 25 à 30 patients en bénéficient chaque année dans le département. L'évaluation annuelle de l'agence de la biomédecine place l'équipe de transplantation de La Réunion dans la moyenne des équipes métropolitaines, voire parmi les leaders sur certains paramètres : 93,5% de réussite de greffés à La Réunion contre 91,3% dans l'Hexagone.

Le plus ancien patient greffé et vivant dans l'île a actuellement dépassé les 30 ans de greffe. Les limites de la médecine sont régulièrement repoussées et des patients de plus en plus âgés peuvent aujourd'hui bénéficier d'une greffe. Mais en raison d'un taux de refus du don important sur l'île, alors que la majorité des Français y est favorable, et malgré une liste d'attente de plus de 300 patients, des centaines de malades meurent faute d'avoir obtenu le rein tant espéré. Celles et ceux qui ont la chance de pouvoir être greffés auront attendu en moyenne plus de trois ans. Il est donc important de s'engager dans une démarche de sensibilisation, d'explication et de recrutement de donneurs à travers l'île.

C'est dans ce contexte que le Pr Henri Vacher-Coponat, chef de service de la Transplantation Rénale, Néphrologie, Hémodialyse et son équipe ont rassemblé les professionnels de santé et les malades greffés le 29 janvier dernier au CHU de Saint-Denis. L'objectif de ce moment de partage et de témoignage était d'informer les Réunionnais sur l'importance d'aider les patients en attente de greffe, et le rôle essentiel de donneur potentiel. La manifestation a eu lieu en présence du président du Conseil de Surveillance du CHU de La Réunion, Jean-Paul Virapoullé. « Je suis moi-même greffé depuis une quinzaine d'années et je me porte bien. Par cette greffe, l'hôpital m'a sauvé la vie », a-t-il témoigné.

Le directeur général du CHU de La Réunion a pour sa part souligné l'importance de « travailler ensemble sur le lancement d'une campagne » autour de la greffe rénale. Si le CHU de La Réunion a la maîtrise de la greffe, celle-ci ne peut se faire sans l'apport des donneurs.

Un des pionniers de la greffe rénale à La Réunion faisait également partie des personnalités

invitées, le Dr Robert Genin. Plusieurs de ses anciens patients sont venus à sa rencontre, afin de lui rendre hommage et le remercier de sa brillante prise en charge.

Une grande chaîne de professionnels est impliquée au CHU (réanimation, urgences, néphrologie, chirurgiens et anesthésistes, radiologie, équipes de coordination, laboratoires, agence de la biomédecine), avec la participation et la collaboration des néphrologues des centres de dialyse de toute l'île et les médecins généralistes.

« Le but est d'identifier précocement les malades des reins et de les aider à organiser une transplantation dans les meilleurs délais lorsqu'elle est nécessaire. Il faut cela informer les Réunionnais sur l'importance de la greffe et du don d'organe » détaille le Pr Vacher-Coponat. À ce sujet, l'objectif est d'optimiser les situations de dons autorisées par la loi, comme le donneur vivant et d'autres situations de décès que de la mort cérébrale.



Le bien-être du patient est au cœur de la préoccupation des praticiens.

LE NOUVEAU PROJET MÉDICAL DU CHU

« Améliorer la prise en charge du patient »

Le projet médical du CHU de La Réunion est un élément central du projet d'établissement 2017-2021.



Frédérique Sauvat a coordonné la rédaction du nouveau projet médical avec l'ensemble de la communauté hospitalière.

Quel est l'objectif principal de ce document ?

Il s'agit d'établir la stratégie médicale pour les cinq ans à venir, notamment de proposer des axes de progression en termes d'offre de soins, d'enseignement, de recherche, qui passent par une soixantaine d'actions très concrètes. Un des objectifs est de rendre les filières plus simples, lisibles et efficaces, auprès des patients comme des médecins de ville.

La mission du CHU n'est pas facilitée par notre environnement...

Effectivement, quand on parle de médecine ambulatoire, il faut par exemple prendre en compte le contexte socio-économique local, par exemple le gramoun des hauts qui n'a pas de moyen de locomotion pour rentrer chez lui après l'intervention.

Le contexte médical est également particulier. La transition démographique conduit à un vieillissement de la population. Par ailleurs, alors que le cancer est la première cause de mortalité en métropole, la surmortalité à La Réunion est enregistrée dans les maladies cardio-vasculaires, les maladies infectieuses, le diabète...

Une des priorités du projet médical est de développer une nouvelle offre de soins.

Comment cela se traduira-t-il dans les années à venir ?

Le CHU de La Réunion souhaite par exemple développer la transplantation d'organes et de moelle, notamment la transplantation rénale à donneur vivant, la transplantation cardiaque ou encore la greffe de cellules souches. Mais également la chirurgie des cardiopathies congénitales, avec l'appui du CHU de Bordeaux, ou encore la chirurgie plastique et reconstructrice. On espère aussi se doter d'un robot chirurgical, qui permettra d'effectuer des gestes plus précis et, pour les patients, des sorties plus précoces.

Ce développement concerne-t-il à la fois les filières de recours et de proximité ?

Bien sûr, il en va de notre mission. Nous allons ainsi consolider toutes les filières de médecine et chirurgie mais aussi toute l'offre de soins autour de la cancérologie ou la prise en charge des personnes âgées.

Pourquoi vouloir structurer l'offre en différentes filières ?

Cet objectif découle justement de l'alliance des soins de proximité et de recours, en tenant compte de nos capacités d'accueil. En gériatrie

(voir p 10), la filière visera à fluidifier le parcours du patient âgé, à développer des unités mobiles et à organiser un pôle transversal. En soins critiques, nous souhaitons développer les unités de soins continus, ce qui s'accompagnera d'une formation idoine aux personnels. En cancérologie, nous souhaitons faciliter le parcours patient au travers d'un guichet unique. La filière de la santé mentale mettra notamment l'accent sur l'offre pour adolescents, la gériatrie-psychiatrie et la prise en charge somatique. Je n'oublie pas la médecine physique et de réadaptation, ni, bien sûr, les urgences, où nous essaierons d'améliorer encore la prise en charge des AVC, des polytraumatisés, des accidents de la main notamment...

« Toute notre action concourt au bien-être du patient »

Ces évolutions nécessitent-elles une modernisation du CHU ?

Bien entendu, puisqu'il faut améliorer à la fois l'offre de soins et s'adapter au niveau mode de prise en charge, tout en gardant à l'esprit que notre insularité oblige à une autonomie de capacités d'hospitalisation, notamment en cas de crise sanitaire dans l'océan Indien.

Cela implique de bien prendre le virage ambulatoire...

Cette révolution présente un vrai intérêt pour le patient, à la condition d'être bien organisée et maîtrisée. Si l'état du patient le permet, tout le monde souhaite passer moins de temps à l'hôpital et rentrer chez soi plus vite. À ce jour, les structures dédiées à l'ambulatoire sont insuffisantes au CHU de La Réunion. Les travaux de modernisation des bâtiments présentent une belle opportunité pour décliner cette politique de développement de l'hospitalisation à temps partiel.

Dans un contexte marqué par les tensions budgétaires, le patient reste-t-il au cœur du projet médical ?

Évidemment. À titre d'illustrations, je citerais trois de nos objectifs : renforcer la prise en charge de la douleur au sein des différentes structures, développer nos interactions avec les représentants des usagers, poursuivre l'accompagnement social des patients souffrant de pathologies chroniques. En fait, toute notre action concourt au bien-être du patient : lorsque nous mettons en place le dossier patient informatisé, nous sécurisons dans un même temps son identification à toutes les étapes de la prise en charge. Lorsque nous investissons dans la télémédecine (voir p 8), nous épargnons

des déplacements inutiles et coûteux au patient habitant Cilaos...ou Mayotte.

Mayotte... Allez-vous poursuivre votre politique de coopération régionale ?

C'est l'un des enjeux forts de ce projet. Nous avons renouvelé la convention de partenariat qui nous lie avec le centre hospitalier de Mayotte, permettant de développer encore de nouveaux axes de coopération. Persistent certaines difficultés, relatives aux prises en charge parfois tardives de ces patients, à leur sévérité plus importante entraînant des durées d'hospitalisation plus longues, aux problèmes de suivi avec une part très importante de patients non assurés et donc à côté de la réflexion purement médicale, nous travaillons aussi à développer l'hébergement extra-hospitalier.

Et avec les autres pays de la zone ?

Avec les Comores, Madagascar, les Seychelles et Maurice, le bilan 2012-2016 est très dense. Près de 200 missions ont été réalisées sur la période à la fois dans les domaines médicaux (chirurgie, diabète, urgences...) mais également de la formation et de la recherche, voire d'étendre notre action vers de nouveaux pays comme l'Inde ou la Chine.

Ce volet recherche va-t-il également évoluer ?

La recherche est, encore une fois, au bénéfice du patient. En 2013, le projet hospitalo-universitaire a été construit autour de trois thématiques prioritaires faisant écho aux enjeux de santé publique de la zone océan Indien : les maladies infectieuses, les maladies chroniques, la périnatalité et la génétique.. La création d'une plateforme de recherche translationnelle permettra d'assurer la complémentarité entre la recherche au lit du patient et celle plus fondamentale en lien avec les unités mixtes de recherche (axe infectieux au Nord et métaboliques au Sud).

Il n'y a pas de recherche sans enseignement...

En partenariat avec l'UFR Santé, nous participons à la formation initiale et continue des professionnels de santé ; nous accueillons un nombre d'élèves et d'étudiants en constante augmentation. Nous cherchons à ce sujet à optimiser l'organisation des stages de sémiologie. Par ailleurs, nous soutenons le développement du laboratoire de simulation.

CHIRURGIE INFANTILE À MAYOTTE

Développer la télémédecine

Prendre en charge des patients à distance : c'est le principe de la télémédecine. À La Réunion, le système est bien rodé pour les accidents vasculaires cérébraux ; il va se développer pour suivre les enfants de Mayotte, qui vont se faire opérer ou qui l'ont été.

Il n'y a pas de chirurgien infantile à Mayotte. Or les besoins sont « immenses », souligne Jean-Luc Michel, chef de ce service au CHU de La Réunion. Son équipe se rend donc régulièrement sur l'île hippocampe, lors de huit missions annuelles, pour y effectuer des consultations et réaliser des opérations, environ 150 par an. Cela ne suffit pas, de très nombreux petits Mahorais sont évacués à La Réunion pour y être opérés (200 opérations par an), lors de longs et coûteux séjours : la durée moyenne d'hospitalisation est de 90 jours.

C'est dans ce contexte qu'il est prévu de développer un service de télémédecine, sur un volet à la fois médical et humain. « On tiendra des consultations en visioconférence avec le patient, on échangera avec nos collègues en visio-staff, on expliquera les procédures aux familles », énumère le médecin. Bien sûr, le



Jean-Luc Michel, chef du service de chirurgie infantile au CHU, espère réduire la durée d'hospitalisation en suivant les enfants majoritairement par télémédecine.



Julien Dufour, neurologue au CHU de Saint-Denis, supervise le système de TéléAVC dans la zone Nord-Est de l'île.

dispositif nécessite une certaine logistique : les patients mahorais devront être accompagnés d'une infirmière lors de la visioconférence, tandis que le dossier médical sera échangé en télétransmission. Avant l'opération, cette pratique de télémédecine permettra de bien préparer l'intervention, tant sur le plan administratif que médical : au final, la durée d'hospitalisation devrait être raccourcie à La Réunion. « D'autant plus qu'on pourra autoriser la sortie du patient plus tôt si l'on sait qu'on pourra le suivre après l'opération », prévoit Jean-

Luc Michel. Actuellement, les malades doivent souvent être gardés un peu plus longtemps, car le suivi post-opératoire n'est pas toujours possible avec Mayotte.

150 thrombolyse par an

Cette pratique de télémédecine est déjà utilisée à La Réunion, en neurologie, plus particulièrement dans le traitement des AVC. Il n'existe pas de service de neurologie vasculaire dans les hôpitaux de Saint-Benoît, de Saint-Paul et à Mayotte. Aussi, lorsqu'un patient

arrive aux urgences de ces établissements, avec des symptômes pouvant évoquer un AVC, un protocole est enclenché pour pallier cette absence. Aussitôt, l'urgentiste contacte le neurologue de permanence du CHU à Saint-Denis ou à Saint-Pierre. « Il nous donne une description clinique du patient, de son état, ses antécédents, ses traitements éventuels, l'heure à laquelle l'AVC potentiel s'est déclenché », raconte Julien Dufour, neurologue à Saint-Denis et référent du programme « TéléAVC » sur le territoire Nord-Est. L'organisation est bien rodée : le neurologue Patrice Tournebize supervise, lui, la partie Sud-Ouest de l'île, l'astreinte pour Mayotte étant répartie un jour sur deux entre les deux zones.

Parallèlement, l'imagerie effectuée par le radiologue, qu'il s'agisse d'un scanner ou d'une IRM, est envoyée en télétransmission. Avec l'ensemble de ces éléments, Julien Dufour et ses collègues prennent alors la décision de proposer un traitement, une thrombolyse ou une thrombectomie notamment. Mais seul le service de Saint-Pierre peut effectuer le second geste. Les patients réunionnais sont donc transférés dans le Sud ; ceux de Mayotte se voient proposer un traitement complémentaire.

L'an dernier, la TéléAVC de La Réunion a donné lieu à 150 thrombolyse.

LANCEMENT DE GRANDS CHANTIERS

Une réorganisation globale

Au regard de l'activité réalisée et prévisionnelle du CHU, le projet médical accompagne d'importantes transformations organisationnelles, afin d'optimiser au mieux l'action de la communauté hospitalière. Le programme pluriannuel d'investissements (2017-2022) s'élève à 303 millions d'euros.

Le bâtiment central de Saint-Pierre est l'objet d'un chantier de modernisation d'envergure, qui va considérablement augmenter les capacités d'accueil. Quant au bâtiment femme mère enfant, il abrite désormais une seconde unité de chirurgie ambulatoire par reconversion d'un secteur conventionnel important de chirurgie orthopédique. L'ensemble des blocs opératoires de Saint-Denis sont en voie de réorganisation qui se traduira notamment par un pilotage unique hors pôle au 1^{er} janvier 2018, dans une logique d'efficience et de mise en œuvre une recommandation de la Haute Autorité de Santé. Un plateau dédié à l'endoscopie verra le jour à Saint-Pierre. Ces organisations médico-spatiales doivent favoriser la fluidité interne de prise en charge des patients. Elles s'inscrivent dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète et des nouvelles organisations induites par les mises en service du bâtiment soins critiques à Saint-Denis et du bâtiment central à Saint-Pierre.



A Saint-Denis, le bâtiment de soins critiques va s'intégrer dans l'architecture existante.



Le bâtiment central de Saint-Pierre est en cours de modernisation.

> Le bâtiment central est l'objet d'un vaste chantier qui s'étale sur plusieurs années et aboutira à un bâtiment de 39 500 mètres carrés. Il s'agit tout d'abord de regrouper l'activité médico-chirurgicale autour d'un plateau technique « de haut niveau » en mettant fin à un éparpillement des spécialités médicales jusque-là situées dans des pavillons éloignés du site principal. Cette modernisation s'accompagnera d'un meilleur accueil des patients, en augmentant le nombre de chambres individuelles (485 lits dont 85% en chambre individuelle), dotées de douche et sanitaire, et d'une amélioration des conditions de travail du personnel. Un secteur de gériatrie aiguë doit par ailleurs être créé et la prise en charge ambulatoire développée.

> Sur Saint-Denis, le nouveau bâtiment de soins critiques, d'une superficie de 13 000 mètres carrés, doit accueillir d'ici la fin de l'année le service de réanimation, jusque-là éclaté sur deux étages. Il accueillera les lits de réanimation et 16 lits de surveillance continue ; les 12 lits de réanimation de chirurgie cardiaque et thoracique du département ; à terme, le service des grands brûlés de la zone océan Indien... Ces activités seront à proximité des blocs opératoires

restructurés et du plateau d'imagerie médicale et des urgences. Dans la continuité, une plateforme unique d'appel d'urgences (15, 18 et 112) sera mise en place pour l'ensemble du département de La Réunion. Cette réorganisation permettra de mieux gérer les situations particulièrement tendues en période de pics épidémiques. Enfin, les laboratoires seront « totalement restructurés » afin d'en améliorer les flux. Les conditions d'hébergement, de travail et de prise en charge seront amenées aux seuils des standards nationaux.

> Sur le site du Tampon, une unité cognitivo-comportementale de 12 lits (contre 6 aujourd'hui) doit être créée, afin d'améliorer la prise en charge des patients déments en phase psychocomportementale aiguë. Parallèlement, la filière des neuro-lésés sera complétée. Avec l'appui de l'ARS, un plateau technique de rééducation moderne sera mis à disposition des patients. Quant à la création d'une unité « états végétatifs chroniques et états pauci-relationnels » de 8 lits, elle est à l'étude. Un jardin thérapeutique offrira aux patients désorientés un lieu d'apaisement et de liberté et favorisera l'éveil des cinq sens. L'inauguration du bâtiment est prévue pour début 2018.

HOSPITALISATION DE JOUR

« L'ambulatorie contribue au rétablissement »

L'hospitalisation de jour implique une organisation millimétrée de la prise en charge du patient. Sandrine Lopez, à Saint Pierre, et Patrick Clapson, à Saint-Denis, tous les deux anesthésistes, gèrent les unités de chirurgie ambulatoire (UCA). Entretien croisé.



Sandrine Lopez et son équipe veillent au bien-être du patient au retour à son domicile.

En quoi consiste la chirurgie ambulatoire ?

Patrick Clapson : Le patient ne passe qu'une journée à l'hôpital mais est opéré avec les mêmes techniques, dans les mêmes conditions, la même sécurité et le même confort qu'un patient hospitalisé sur plusieurs jours.

Comment s'organise une UCA ?

Sandrine Lopez : Après le rendez-vous avec le chirurgien puis l'anesthésiste, le patient est convoqué tel jour à telle heure. Les infirmières lui prennent ses constantes et il ne se met en tenue opératoire qu'au dernier moment. Il est conduit, ou s'y rend lui-même, au bloc opératoire. S'il subit une anesthésie générale, il passe par la salle de réveil. Ensuite, il revient chez nous, et se repose dans une chambre avec lit ou dans nos « salons » où il peut prendre une collation. Après avis des médecins, il repart chez lui le soir-même.

Tout le monde peut être dirigé en UCA ?

S. L. : Il faut être éligible, c'est-à-dire remplir certaines conditions, médicales et sociales. Ce sont le chirurgien et l'anesthésiste qui en décident. On sera réticent à prendre en UCA une personne qui n'a pas de proche pour le accompagner chez elle après l'hospitalisation par exemple.

P.C. : Si l'opération est trop lourde ou trop longue,

on dirige en hospitalisation classique. Mais la plupart des gestes courts de moins d'une heure sont éligibles, comme la vésicule biliaire, les varices, les coelioscopies, les hystérocopies, les cataractes...

La réduction des coûts est une des raisons au recours de plus en plus fréquent à l'ambulatorie. Quel est l'intérêt pour le patient ?

S. L. : De façon générale, moins on reste à l'hôpital, mieux on se porte... Il y a des patients, comme les personnes très âgées, ou des enfants jeunes, qui sont désorientés hors de leur environnement habituel. Ils sont bien mieux s'ils peuvent arriver le plus tard possible chez nous et rentrer tôt chez eux.

P. C. : Je suis persuadé que l'ambulatorie contribue à un rétablissement plus rapide, car le patient se prend en charge, il est acteur de son hospitalisation.

S. L. : Oui, par exemple, le fait que les patients se rendent au bloc opératoire en marchant, et pas sur un brancard, est psychologiquement important. Se faire opérer ne signifie pas être malade.

Quelles sont les procédures à respecter ?

P. C. : L'ambulatorie nécessite un gros travail d'organisation et d'anticipation. À J-1, le secrétariat appelle le patient, pour vérifier s'il

a bien suivi nos recommandations : arrêt du traitement qu'il suivait éventuellement, prise d'une douche, arrivée à jeun et à l'heure, achat des médicaments à la pharmacie pour ne pas à s'y rendre après l'opération...

S. L. : Et à J+1, on procède à un nouvel appel, pour savoir si tout va bien. On lui demande s'il éprouve des douleurs, des nausées, s'il a bien dormi, s'il a des saignements, s'il a bien pris les médicaments prescrits, et, si c'est un enfant, s'il a fait des cauchemars...

Si le patient était resté à l'hôpital, n'aurait-il pas moins souffert après l'opération ?



Patrick Clapson, arrivé en août dernier, trouve « le challenge passionnant ». Ici dans un des salons de l'UCA.

P.C. : Le tout est d'anticiper et de prévoir. À son retour chez lui, le patient a une prescription, des antalgiques à prendre, notre numéro de téléphone, son dossier complet qu'il peut présenter au médecin de ville...

S. L. : Grâce à nos questionnaires, on sait exactement comment ils réagissent et on s'adapte en fonction. On a ainsi changé notre prescription d'antalgiques pour les femmes qui venaient pour un prélèvement d'ovocytes, car elles souffraient un peu. Au premier trimestre 2017, 15% des patients déclaraient souffrir à leur retour, contre plus de 20% l'an dernier sur la même période. Mais ces personnes auraient certainement éprouvé les mêmes symptômes si elles avaient été hospitalisées.

GROUPEMENT HOSPITALIER DU TERRITOIRE OCÉAN INDIEN

Le Groupement hospitalier de territoire Océan Indien en ordre de marche

Les établissements publics de santé de La Réunion et de Mayotte ont adopté le 1/07/2016 la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Océan Indien (GHT OI). Près de 18 mois après, où en sommes-nous du déploiement du GHT OI ?

Véritable pacte fondateur de la stratégie du groupe hospitalier public, le texte adopté par les instances des établissements publics membres (CHU, CHGM, EPSMR, GHER et CHM) s'est donné deux objectifs fondamentaux : structurer une offre de soins publique coordonnée et graduée sur le territoire de santé régional et promouvoir la mutualisation des fonctions dites support (système d'information hospitalier, DIM, Achats et coordination de la formation). Objectif : accroître l'efficience économique du secteur public hospitalier.

La gouvernance -le Comité stratégique et le collège médical- s'est rapidement mise en place pour arrêter un plan d'action. Il s'agit de privilégier l'élaboration du projet médico-soignant partagé (PMS) et les orientations stratégiques et opérationnelles de deux fonctions support majeures : le SIH et la fonction Achats.

Le PMS a ainsi été adopté le 27/06/2017 par le comité stratégique et le collège médical. Celui-ci définit les objectifs médicaux et l'organisation coordonnée et graduée pour sept filières prioritaires : périnatalité, santé mentale, AVC, insuffisance rénale chronique, oncologie et diabète. Il sera complété par un second volet au cours du second semestre 2018 qui devrait prioritairement concerner les filières « pathologies de la nutrition », « urgences et soins critiques », « urologie/explorations fonctionnelles/greffe » et « gériatrie ».

Coté mutualisation des fonctions support, le GHT OI a progressé avec l'adoption par le comité stratégique (COSTRAT), le 30/11/2017, du schéma directeur du système d'information qui vise à la structuration d'une fonction informatique commune. Très concrètement, l'objectif « d'interopérabilité des systèmes d'information » des établissements publics de santé doit favoriser l'accès à une information partagée, notamment au dossier patient informatisé par les équipes hospitalières qui prennent en charge un même patient dans son parcours de soins.

La fonction Achats se met progressivement en place avec l'appui technique d'UNIHA. Respectueux de l'autonomie des établissements,



Le GHT vise à faciliter l'accès aux soins pour l'ensemble des patients de la zone océan Indien.

la mutualisation des achats doit permettre - par l'effet groupe - des gains substantiels. Elle doit aussi favoriser la professionnalisation des achats grâce à la mise en commun des expertises, des moyens et des expériences des acheteurs des établissements membres.

Mutualisation

Au-delà de ces objectifs généraux dont nous ne pourrions mesurer les effets avant plusieurs années, il convient de mettre en évidence les avancées et réalisations concrètes à mettre à l'actif du GHT OI :

- > Lancement fin 2017 d'un appel d'offre groupé pour l'acquisition d'équipements de biologie pour les sites Nord et Sud du CHU et le CHGM de Saint Paul.
- > Projet de création d'un groupement d'achat régional pour les dispositifs médicaux
- > Projet de création d'une plateforme préparations hospitalières
- > Projet de plate-forme logistique (médicaments, blanchisserie, archives...)
- > Projet de création d'un pôle inter-établissement de cancérologie
- > Réflexion partagée sur un réseau régional de régulation des soins critiques
- > Création d'une base de données régionale PMSI enrichie

Pour 2018, le COSTRAT, le Collège médical et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ont souhaité se donner les moyens d'engager prioritairement la mise en œuvre du PMS. Les réalisations seront évaluées au sein d'un comité de suivi. Les projets adoptés seront lancés pour renforcer la performance

économique du secteur public, notamment par la mutualisation des fonctions support.

Le retrait volontaire du GHT OI du Centre Hospitalier de Mayotte a été acté par décision du DG de l'Agence de santé Océan Indien en décembre 2017. Cette décision ne remet en cause ni les grands objectifs du GHT OI ni l'indispensable collaboration du CHM à l'amélioration des parcours de soins au sein du grand ensemble Réunion-Mayotte.

Le déploiement des autres instances du groupement (comité territorial des élus, comité des usagers, conférence territoriale du dialogue social), déjà engagé au cours du dernier trimestre 2017, sera accélérée pour que le GHT OI soit véritablement approprié par l'ensemble des acteurs de la vie hospitalière publique.

Le GHT OI doit devenir dans le paysage sanitaire réunionnais un acteur de premier plan.

■ Patrick Gras, directeur général adjoint du CHU de La Réunion

La convention constitutive du GHT-OI a été signée et approuvée par le directeur général de l'ARS OI et la ministre de l'Outre-Mer, Georges Pau Langevin en juillet 2016. Le comité stratégique, présidé par Lionel Calenge, directeur général du CHU, réunit les directeurs généraux et les présidents des commissions médicales des établissements, les présidents des commissions de soins infirmiers, rééducation et médico-technique. Le Costrat arrête ses orientations après avis du collège médical, présidé par le Dr Rachid Dekkak (Président de la CME du CHGM de Saint-Paul) et du Comité des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchnique présidé par Jean-Marie Lebon, coordonnateur général des soins du CHU. Patrick Gras, DGA du CHU assure pour le compte du CHU la supervision technique du GHT OI avec la collaboration de Josiane Lenclume.

SENSIBILISATION A LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Chambre des erreurs et mains propres

La sécurité des soins prodigués aux patients est un objectif majeur pour les acteurs du système de santé. Une semaine dédiée à cette thématique s'est déroulée dans toute la France du 20 au 24 novembre. Le CHU de La Réunion a proposé des stands originaux.

Le petit coffre, traversé d'ultraviolets, est impitoyable : les mains que le soignant pensait impeccables et qu'il a plongées dans la machine portent en fait encore des traces. Il aurait fallu prendre plus de temps à les passer sous une solution hydro-alcoolique... Cet atelier « Mains propres » est l'un des cinq stands que la Direction de la qualité et de la gestion des risques - relation avec les usagers a mis en place à l'occasion de la semaine de Sécurité des Patients, fin novembre. Cette campagne annuelle de communication organisée depuis 2011 par le ministère de la santé et la Direction générale de l'offre de soins a un double objectif : sensibiliser les professionnels et les usagers aux risques en santé et leur montrer comment chacun peut contribuer à une meilleure qualité et sécurité des soins.

Le thème national était cette année : « Usagers, soignants : partenaires pour la sécurité des patients ». À cette occasion, les représentants des usagers et le médecin conciliateur de la Commission des Usagers ont pu rencontrer le personnel soignant et les patients et leur expliquer comment on pouvait faire appel à eux. Plusieurs associations partenaires étaient également présentes.

L'atelier « Prévenir les risques médicamenteux par une gestion sécurisée des traitements personnels des malades » était quant à lui organisé par les pharmaciens de l'hôpital. Ils ont rappelé les procédures à suivre lorsqu'un patient, malade, est admis au CHU et arrive avec des médicaments prescrits par un médecin de ville. Si l'équipe du CHU estime qu'il faut cesser le traitement le temps de l'hospitalisation, les médicaments sont alors « séquestrés » puis rendus au moment de la sortie.

À Saint-Denis, le groupe d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) Contention a animé un autre stand sur les meilleures façons de contenir un patient sur un lit, lorsqu'il est particulièrement agité, qu'il risque de se lever et de tomber ou qu'il a un comportement dangereux. Attacher quelqu'un sur un lit n'est pas un acte médical, le contenir en fonction de son anatomie et de ses troubles relève en revanche de la bienveillance.



L'opération « mains propres », une des activités qui a attiré de nombreux curieux sur les stands

À Saint-Pierre, l'équipe a reconstitué une chambre de patient, dans laquelle une multitude d'éléments inappropriés ont été introduits. Identité du patient, posologie, hygiène... À la manière d'un escape-game, les visiteurs devaient trouver ce qui ne convenait pas. L'an dernier, le site Nord du CHU avait inauguré cette « chambre des erreurs », un outil ludique de simulation en santé. Dans le passé, et dans la même logique, un atelier vidéo et café débat sur la culture de l'erreur avaient été organisés.

Cette année encore, les ateliers ont connu un vif succès : près de 300 patients et personnels de soins ont assisté aux débats et participé aux ateliers, dans les halls d'accueil des deux établissements.

David PAYET ■
Ingénieur Hospitalier
Coordonnateur Gestion des Risques



SANTÉ MENTALE AUX COMORES

Un réseau créé avec l'aide du CHU

Le CHU de La Réunion a aidé les îles d'Anjouan et de Mohéli à créer un réseau de santé mentale, en formant les praticiens.

Imaginez un pays avec presque autant d'habitants qu'à La Réunion où il n'y aurait qu'un psychiatre et trois infirmiers en psychiatrie. Telle était la situation de l'Union des Comores il y a trois ans. A l'époque, nous avons été interpellés par Dainane Kambi, infirmier en santé mentale en poste à Anjouan. Seul, il devait faire face à des pratiques d'enfermement et d'enchaînement des malades mentaux à leur domicile. Sur la petite île de Mohéli, la situation était pire, car le service de santé mentale n'existait plus.

Pour combler ce manque, le CHU de La Réunion a proposé d'appuyer la création d'un réseau de santé mentale, en partenariat avec le ministère de Santé de l'Union des Comores. Une première mission de formation-action a permis de sensibiliser un grand nombre de soignants des

hôpitaux et dispensaires, le message étant : « La santé mentale est une pathologie comme les autres ». Les soignants ont alors pris la mesure de la stigmatisation et de l'exclusion dont souffrent ces malades. A l'issue de cette sensibilisation une dizaine de soignants s'est portée volontaire pour se former et devenir les référents de leur district sanitaire. Ils ont été accueillis en stage au pôle de santé mentale du CHU de La Réunion. Enfin, une formation au guide d'intervention mhGAP (mental health Gap Action Program, créé par l'OMS) a été organisée, en s'adaptant au plus près des particularités du terrain.

Anjouan a depuis renforcé son service de santé mentale qui compte un médecin et trois infirmiers appuyés par dix autres soignants relais dans les districts sanitaires. À Mohéli, le réseau est



Un seul psychiatre intervient à l'hôpital Maarouf de Moroni.

secondé par une association de « parents et amis des malades mentaux ». Reste maintenant à consolider ces avancées sur l'ensemble du territoire comorien.

Emmanuelle HEITZMANN, infirmière
Frédéric MAUVISSEAU, psychiatre ■

TOXICOMANIE AUX SEYCHELLES

Une formation en prévention menée par le CHU



Les Seychelles font face à un grave problème de santé publique : la toxicomanie aux opiacés. A la suite des missions d'addictologie menées par Dr David Mété, des actions de formation, d'information et de prévention primaire ont été proposées. Elles s'adressent aux soignants, aux professionnels de la protection de l'enfance et aux intervenants psychosociaux auprès des jeunes. Il s'agira principalement d'accompagner les professionnels seychellois et les intervenants associatifs sur des projets adaptés au contexte et aux besoins locaux. Ce partenariat vient en complément des mesures prises localement en vue de lutter contre le trafic de drogue et de prendre en charge les toxicomanes. L'objectif à long terme est de diminuer le nombre d'adolescents et de jeunes adultes porteurs de blessures psychiques de l'enfance, qui arrivent chaque année sur le marché potentiel de l'héroïne.

Le projet de coopération a débuté au premier semestre 2017 par l'accueil en stage, au CHU de La Réunion, d'une psychologue seychelloise, Mona Benoiton. Par la suite, cette dernière a organisé en septembre, dans les locaux de l'hôpital de

Victoria, une formation à la victimologie et psychotraumatologie auprès d'une trentaine de professionnels. Le succès de cette opération a été salué par le ministre de la santé seychellois, Jean-Paul Adam, qui a demandé la reconduction de la formation en 2018.

Emmanuelle HEITZMANN, infirmière
Frédéric MAUVISSEAU, psychiatre, ■

Les actions de coopération internationales conduites par le CHU de La Réunion sont réalisées avec le soutien financier de l'Union Européenne.



La coopération entre le CHU et les Seychelles va permettre d'améliorer la prise en charge des toxicomanes.

Les blessures du toxicomane

Selon le psychiatre Claude Olievenstein, « la toxicomanie est la rencontre d'un être humain avec un produit donné, à un moment donné ». La majorité des toxicomanes sont en réalité des adolescents et jeunes adultes qui auto-traitent, avec des produits toxiques, leur souffrance psychique séquellaire d'une maltraitance infantile. D'un point de vue systémique, si la toxicomanie est bien un problème de société, au niveau individuel, elle est une tentative de solution à la souffrance liée aux blessures intérieures du toxicomane. Celles-ci peuvent être conséquentes d'un défaut d'attachement avec le caregiver (la personne qui prenait soin de lui), d'abandons, de deuils non faits, de maltraitements, de psychotraumatismes...

SILVIA IACOBELLI, PROFESSEURE D'UNIVERSITÉ - PRATICIENNE HOSPITALIÈRE

Enseignante, chercheuse, médecin...

Silvia Iacobelli a un sourire contagieux et un emploi du temps surchargé. La chef du service Réanimation néonatale et pédiatrique, néonatalogie du CHU de Saint-Pierre vient d'obtenir le grade de professeure d'université-praticienne hospitalière. L'occasion de détailler le rôle d'un PU-PH au sein d'un hôpital.

Enseignement, recherche, soins : depuis qu'elle a été nommée professeur d'université, le 1^{er} septembre dernier, ce triptyque ponctue davantage encore les journées de travail de Silvia Iacobelli. Comme tous les praticiens hospitaliers, celle qui est devenue la treizième PU-PH du CHU de La Réunion transmet son savoir à ses futurs collègues, les internes qui ont déjà suivi six ans de médecine.

Le service de Réanimation néonatale et pédiatrique, néonatalogie du CHU de Saint-Pierre en accueille chaque semestre. « *On partage ensemble la problématique du patient, l'interne étant encadré dans toutes les décisions qu'il est amené à prendre, c'est un vrai travail d'équipe* », souligne la pédiatre. Les nécessités du service amènent les uns et les autres à se côtoyer jour et nuit. « *On vit ensemble, plaisante Silvia Iacobelli. On est en pyjama -la tenue de travail blanche-, on partage des moments forts, on subit le même stress en réa...* »

Pédagogie bienveillante

Dans ces conditions, pas toujours facile pour la quadragénaire de « maîtriser » ses exigences et de maintenir « une bienveillance au quotidien », alors qu'un pronostic vital peut être engagé. « *Je souhaite leur apprendre à soigner les gens avec la même bienveillance qu'on voudrait avoir avec eux* », prévient-elle. La praticienne préconise, « *pour être efficace pédagogiquement* », de suivre une démarche d'autonomisation, « *afin que l'interne s'approprie lui-même les connaissances* ».

Son équipe reçoit également des étudiants en stage. L'enseignement prodigué « *au lit du malade* » se restreint à la sémiologie : ils apprennent à interpréter les signes cliniques, à poser un diagnostic en fonction de la pathologie. « *On leur inculque aussi des notions de traitement thérapeutique et de soins* ».

La partie enseignement se prolonge encore, chez Silvia Iacobelli, à l'université : la PU assure un cours de périnatalité en Master « *Biologie et santé* » sur le campus dionysien. « *J'aime, confie-t-elle, intéresser les étudiants à des*



La chef de service partage son temps entre la recherche, l'enseignement et les soins.

sujets, comme la néonatalogie, qui sont parfois un peu négligés dans les études de médecine ».

Culture de la recherche

Comme tout professeur d'université, Silvia Iacobelli est incitée à consacrer une partie de son temps à la recherche. « *On n'a pas d'heures spécialement dédiées, ça fait partie de notre vocation* », précise la spécialiste de la nutrition des nouveaux-nés grands prématurés. En recherche clinique, au sein du Centre d'études périnatales de l'océan Indien (Cepoi), son équipe réfléchit à l'optimisation de la nutrition parentérale (par injection) et travaille avec d'autres centres, à l'étranger, afin

de comparer les techniques employées et les résultats obtenus. La recherche épidémiologique peut également aboutir sur des publications scientifiques. Les derniers articles de Silvia Iacobelli et de son équipe traitaient de la complexité des premières heures de vie chez les bébés nés avant terme.

Cette activité de recherche amène la pédiatre trilingue (anglais, italien, français) à parcourir le monde pour des communications dans des colloques. C'est dans la suite logique de cet engagement que Silvia Iacobelli assure la fonction de médecin coordonnateur de la Délégation à la recherche clinique et l'innovation du CHU. Une mission transversale qui consiste à



Silvia Iacobelli profite des premières heures de la journée pour organiser son service.

soutenir les médecins investigateurs. « *Avec la directrice de la recherche, on essaie de faciliter les démarches de nos collègues, en matière de financement, de méthodologie, d'éthique, de communication...* »

Deux gardes par mois

Pour passer de la recherche aux soins et parcourir les 500m qui séparent la DRCl de l'hôpital de Saint-Pierre, Silvia Iacobelli enfourche alors un Vespa rouge, un deux-roues bien pratique. Au pôle Femme-Mère-Enfant, elle troque son casque contre la blouse blanche. Arrivée à 7h15, la chef de service profite de ce moment « *assez calme* » pour se consacrer à de la lecture scientifique et médicale, puis au traitement de ses mails échangés avec ses collègues de Saint-Pierre, de La Réunion... et du reste de la planète. La journée se partage ensuite entre réunions de travail et soins. Silvia Iacobelli échange notamment avec ses collègues gynécologues-obstétriciens et néonatalogues. « *Cela nous permet d'anticiper les grossesses à risque* ».

Tous les matins, le médecin de garde et l'interne lui dressent le bilan de la nuit, faisant notamment le point sur les patients instables. Puis les douze médecins du service se répartissent les visites des patients, hospitalisés sur trois niveaux de cette partie de l'hôpital. La chef de service, qui assure la gestion organisationnelle de son équipe, tient à assurer elle-même une semaine de soins par mois. Elle prend également des gardes, en général les vendredis et samedis. « *C'est parfois très lourd, voire infernal. On ne dort pas toujours, c'est très fatigant* ». Mais l'adepte de jogging, mère de deux enfants, se plie bien volontiers à cette contrainte : « *La garde est l'un des points cruciaux de la réanimation, je vois mal comment je pourrais m'en exempter, tant de choses se jouent là!* »

Entre l'appel d'une gynécologue, inquiète de l'état de santé d'une parturiente, et une échographie sur un minuscule bébé, protégé de la lumière du jour dans sa couveuse, Silvia Iacobelli confie son inquiétude : elle ne veut pas se mettre en avant et rappelle le travail en équipe de son service...

Spécialiste de la nutrition du prématuré

Si Silvia Iacobelli, 49 ans, a débuté sa carrière en France, en 2005 au CHU de Dijon, ce fut pour participer aux travaux du professeur Jean-Bernard Gouyon, spécialiste de l'équilibre hydro-électrolytique du nouveau-né. L'Italienne y reste six ans et affine ses recherches sur l'homéostasie hydrique (l'équilibre en eau) du prématuré et les interactions avec sa nutrition. En 2011, elle s'installe à La Réunion. Elle aide le Professeur Gouyon à mettre en place un centre de recherche clinique en périnatalité, qui préfigurera le futur Cepoi (Centre d'études périnatales de l'océan Indien), créé en 2012.

MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

Un colloque pour le nouveau référentiel de formation



Les étudiants de 2^e année à l'institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) de La Réunion ont organisé un colloque le 24 juin 2017 à Saint-Pierre. Il s'agissait de présenter le nouveau référentiel de formation, qui traduit une réelle évolution du métier.



Les interrogations, légitimes, ont été nombreuses durant le colloque.

Petite révolution dans le monde des masseurs-kinésithérapeutes : ils ont désormais accès au grade universitaire et peuvent « élargir leur champ de compétences dans le cadre de leur exercice professionnel », comme l'a rappelé Thierry Bouvier, directeur de l'IFMK, en présentant le nouveau référentiel de formation. Le texte remplace le référentiel de 1989, appliqué jusqu'en 2017.

Cette évolution a été rendue possible dans le cadre de l'espace européen de l'enseignement supérieur qui a conduit à l'harmonisation des formations. Grâce au dispositif LMD (Licence Master Doctorat), l'accès vers des formations de plus haut niveau avec notamment un développement de la recherche universitaire a été généralisé. L'objectif à terme est de développer un socle commun et des passerelles entre les formations de santé, même si, aujourd'hui encore, toutes les formations paramédicales n'ont pas modifié leur programme d'études.

Lors du colloque, les futurs kinés ont échangé avec les étudiants qui ont déjà connu une

réforme de leurs études, afin d'avoir leur expérience et d'en connaître les bénéfices. Les représentants des sages-femmes, des infirmiers et des ergothérapeutes ont évoqué une plus large autonomie et la possibilité de devenir davantage « acteurs de leur formation ». Tous se sont félicités de la place importante accordée aux stages. Ces immersions dans le monde professionnel forment et aident les étudiants à se positionner en tant que thérapeute, en développant un esprit critique et de synthèse.

Échanges avec les médecins

Autre point important du nouveau référentiel de formation, mis en lumière par le docteur Anne Gaëlle Jégu, spécialisée en médecine physique et de réadaptation : le kiné contribue de plus en plus souvent au diagnostic lors d'échanges pluridisciplinaires. Les relations professionnelles entre kinés et médecins sont amenées à s'enrichir et à être plus précises concernant la prise en charge des patients. Les échanges d'informations doivent être « réciproques et mutuels », et peuvent concerner le tableau

clinique, les contre-indications, le caractère d'urgence éventuel, les difficultés rencontrées, les possibles réorientations du traitement initial, les diverses réévaluations. C'est notamment le cas pour les maladies chroniques telles que les lombalgies. Ces échanges autour de la prise en charge des patients entre les professionnels de santé contribuent logiquement à des soins de meilleure qualité.

La pratique n'occulte pas la recherche, une véritable innovation dans ce nouveau référentiel de formation, qui a pris acte du retard actuel de la France en la matière. « Aux Etats-Unis et en Angleterre, elle est beaucoup plus développée », a confirmé Francis Grondin, un praticien réunionnais. Le kiné a ajouté que les collègues étrangers « ont l'accès direct à des actes plus valorisés », comme la kinésithérapie de premier recours. Ils ont aussi le droit aux prescriptions de médicaments simples.

Ce n'est pas la seule différence, comme l'a souligné Marc-André Charrel, représentant de l'ordre des kinésithérapeutes à La Réunion. Il a rappelé qu'en Europe, la profession prend le

nom de physiothérapie ; quant à la durée de formation, elle varie de 3 à 5 ans. Enfin, dans la majorité de ces pays, les soins sont également soumis à une prescription médicale.

Du fait de la libre circulation des personnes et du droit d'exercer dans d'autres pays européens, les kinés ou physiothérapeutes occupent le 4^e rang des professions les plus mobiles en Europe. Les raisons qui motivent cette mobilité sont principalement la densité en kinésithérapeutes et les faibles revenus dans les pays d'Europe du Sud et de l'Est notamment. La France compte ainsi 30% de professionnels étrangers, pour la plupart des Espagnols. Au contraire de nos

voisins européens, les kinésithérapeutes français sont peu mobiles.

En route vers le Master

Nouvelle définition de la profession, extensions évolutives du champ de compétences, des savoirs initiaux différents, une formation continue inscrite dans le code de déontologie... Autant de points qui agitent « la planète kiné », a conclu Philippe Vignaud, conseiller national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. De légitimes interrogations se posent : la profession sera-t-elle toujours unie avec des « sous-kinés » et des « sur-kinés » ?

En tout état de cause, on assiste à une réelle

mutation de la profession. Après la création d'un ordre indépendant, la possibilité de prescrire certains dispositifs, la loi de modernisation du système de santé a redéfini la profession en janvier 2016. Les masseurs-kinésithérapeutes ont obtenu en mai 2017 la reconnaissance européenne des cinq années d'études supérieures. D'autres évolutions suivront comme l'accès direct à la kinésithérapie. L'obtention d'un grade Master est la prochaine étape. Fort heureusement, la formation de l'IFMK proposée par le CHU de La Réunion est d'ores et déjà conçue pour l'acquisition de ce grade, ce qui n'est pas le cas de tous les instituts en France...

PARRAINER UN ENFANT À L'HÔPITAL

Des bénévoles de Médecins du Monde

Il arrive que des enfants hospitalisés au CHU de La Réunion se retrouvent isolés, loin de leur famille, notamment lorsqu'ils sont originaires de Mayotte. Cette situation est difficile à vivre et peut avoir des incidences sur la convalescence des jeunes patients. Pour y remédier, l'ONG Médecins du Monde a créé, en 2013, une mission « parrainage » au sein du CHU. À ce jour, l'équipe de parrains et marraines comprend onze bénévoles, sélectionnés, formés, encadrés qui viennent apporter un soutien affectif à ces enfants. Ils sont secondés par un psychologue et une interprète.

Ils interviennent à la demande d'un soignant du CHU (médecin, assistante sociale, cadre de santé, infirmière). Les enfants parrainés reçoivent alors les visites régulières et assidues, trois fois par semaine, de leur parrain ou marraine jusqu'à la fin de leur séjour à l'hôpital et bénéficient ainsi de leur présence sécurisante et structurante. La relation qui s'établit leur permet d'atténuer les difficultés inhérentes à la séparation familiale et à l'hospitalisation, les aide à préserver un équilibre psychologique et à affronter la maladie.

Les bénévoles visitent les patients hospitalisés dans l'ensemble des services de pédiatrie (réanimation, soins intensifs, néonatalogie, unité de surveillance continue pédiatrique, pédiatrie,



Lorsque des enfants sont hospitalisés loin de leurs parents, ils apprécient le soutien de parrains.

oncologie, chirurgie). Ils restent en lien avec les parents et en complémentarité avec l'équipe soignante, dans le respect des obligations de confidentialité et de non-ingérence.

Soixante-six enfants ont à ce jour été parrainés depuis la création de la mission à La Réunion. Les coordinatrices sont présentes à la Maison des

usagers de Saint-Denis tous les mardis après-midi de 14h à 16h et peuvent aussi être jointes par téléphone ou par mail.

> Régine Bonnet - 06 92 76 12 81
> Laurence Rolland - 06 93 81 21 97
> missionparrainage974@gmail.com

UNE GARANTIE SANTÉ REPEUSÉE QUI VOUS CORRESPOND

Redécouvrez **MNH EVOLYA**
l'offre santé complète,
dédiée aux hospitaliers,
qui respecte votre budget.

Elle inclut le **+ HOSPITALIER**

- Allocations complémentaires pour perte de salaire en cas d'arrêt de travail
- Forfait ostéopathie*
- Assistance psychologique

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

