Magazine du Centre Hospitalier Régional de La Réunion
Juillet-août-septembre 2009 | n°6

Convergence

Ensem' nou serv la vi !

Dossier P 10

Naître au CHR

P4 | Zoom
Les services logistiques, pour vous servir.

P17 | Qualité
Une Check List au bloc opératoire en point de mire.

P19 | Actus
Une grande traversée pour les courageux.

Au Sommaire

3 ..... **À l'honneur**
Comité de Lutte Antituberculeux, le CHR s'organise.

4 ..... **Zoom**
Dans les coulisses des services de logistique.

10 ..... **Dossier**
Naître au CHR.

17 ..... **Qualité**
Check-list « sécurité des patients au bloc operatoire ».

18 ..... **Actus**
Le SAMU 974 aux Comores
Le Grand Raid, les conseils d'un vétéran.

Convergence

- *Directeur de la Publication :* Michel Calmon
- *Réalisation :* Luis Santos, Frédérique BOYER
- *Ont participé à ce numéro :* Tamara Kuhbier, l'équipe du CLAT CHFG et GHSR, Dr Arnaud Bourdé, Cécile Dieudonné.
- *Crédit photos :* Aporos, Corinne Tellier, Frédérique BOYER, Luis Santos.
- *Convergence est un magazine trimestriel édité à 4500 exemplaires.* Impression Color Print - Le Port
- *Rédaction :* Luis Santos, Frédérique BOYER.
- *Infographie :* Leclerc communication

- *Contact :* Frédérique BOYER, Service communication et culture du CHR 0262 90 68 32. frederique.boyer@chr-reunion.fr

Centre Hospitalier Régional de La Réunion
› *Site Centre Hospitalier Félix Guyon* - 97405 Saint-Denis Cedex
Tél. 0262 90 50 01 Fax 0262 90 50 51
› *Site Groupe Hospitalier Sud Réunion* - BP 350 - 97448 Saint Pierre Cedex
Tél. 0262 35 95 55/56 - Fax 0262 35 90 04

Éditorial

L'épidémie de grippe H1N1, qui a touché en priorité l'hémisphère Sud, a entraîné une forte mobilisation des équipes du Centre Hospitalier Régional de La Réunion.

Certains secteurs d'activité sont particulièrement concernés : régulation au SAMU, Urgences, Pédiatrie, Infectiologie, Réanimation et soins critiques.

Les personnels de ces services, et, au-delà, l'ensemble des agents hospitaliers, ont su faire face à la montée en charge de l'épidémie, en faisant preuve d'un grand professionnalisme.

Je tiens à les en remercier et à leur exprimer la reconnaissance de la population réunionnaise pour la qualité des soins prodigués.

Face à un problème de santé publique d'une telle ampleur, la médecine libérale et la médecine hospitalière ont pu organiser une réponse adaptée, sous la coordination des autorités sanitaires.

Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, et Madame Marie-Luce PENCHARD, secrétaire d'Etat chargée de l'outre-mer, lors de leur visite à La Réunion les 28 et 29 août 2009, ont exprimé leur satisfaction sur le dispositif mis en place à La Réunion, et plus particulièrement au CHR.

A cette occasion, le dynamisme du CHR et l'implication de ses personnels ont été une fois encore confirmés, ouvrant à notre établissement, pour reprendre les termes du message laissé par Roselyne BACHELOT dans le livre d'or de l'hôpital Félix Guyon, « de nouvelles pages glorieuses qui l'amèneront à se transformer en CHU ! »

Le Directeur Général,
Michel CALMON

→ 28 août 2009, visite de la ministre de la santé, Mme Roselyne Bachelot et la secrétaire d'Etat chargée de l'outre mer Mme Marie Luce Penchard – Signature du livre d'or du CHR.

Médecins du Monde océan Indien

Recherche pour octobre 2009, un coordinateur médical pour une mission de 3 mois (minimum).

→ **Objectif :** mettre en place le nouveau projet de gestion des risques de cyclone et d'inondation dans le district de Maroantsetra à Madagascar.

→ **Profil et compétences souhaitées :** médical, expérience humanitaire souhaitée (de préférence soins de santé primaire et santé communautaire). Expérience antérieure MDM, expérience urgence

→ **Contacts :**
Dominique GOYEZ : 0692 64 30 45 ou Emmanuelle RACHOU : 0692 86 22 04

Agenda médical

OCTOBRE :

→ **Octobre :** Conex CHR

→ **04/12 octobre :** la semaine du rein. Le CHR participe à l'opération de sensibilisation aux maladies rénales. A La Réunion la fréquence de l'insuffisance rénale chronique est 2 à 3 fois plus élevée qu'en Métropole.

→ **10 octobre :** Journée mondiale des soins palliatifs.
Une animation sera proposée par les équipes de soins palliatifs du CHR à destination du grand public.

→ **19 octobre :** la Journée mondiale contre la douleur.

→ **20 octobre :** la Journée de prévention des maladies cardio-vasculaires. Animation prévue dans le hall du GHSR.

→ **24 octobre :** Journée de la Recherche.

NOVEMBRE : .

→ **6-7 Novembre (Réunion) et 9 novembre (Mayotte) :** 3e Congrès International de médecine d'urgence de l'océan Indien.

Comité de Lutte Antituberculeux, le CHR s'organise.

La lutte antituberculeuse relève de la responsabilité de l'Etat et donc des préfets de départements depuis la recentralisation des compétences en matière de lutte antituberculeuse, intervenue le 1er janvier 2006.

En janvier 2009, le Conseil Général ne souhaitant plus garder la compétence a habilité le CHR de la mise en oeuvre de la lutte contre la tuberculose pour le secteur Nord et Est et Sud Réunion.

Trois Centres de lutte antituberculeux (**CLAT**) sont présents dans le département de La Réunion : **Saint-Denis, Saint-Pierre et Saint-Paul.**

Ils coordonnent la lutte antituberculeuse au niveau départemental et réalisent :

- des consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale,
- le dépistage avec enquêtes dans l'entourage des cas, réalisation d'actions ciblées de dépistage, élaboration de stratégies,
- des actions de prévention primaires, notamment ciblées pour des groupes à risques avec information, communication,
- la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG dans les populations ciblées,
- la formation des professionnels,
- le développement des partenariats et la participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose,
- la participation à l'évaluation et la surveillance épidémiologique.

Intervention de l'assistant de service social :

C'est à la demande médicale que l'assistant de service social reçoit les usagers du CLAT (patients et familles élargies).

Il accueille, évalue les situations et propose un accompagnement global, adapté aux problématiques rencontrées.
L'assistant de service social intervient aussi bien pendant l'hospitalisation du patient que dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire. Des visites à domicile sont alors organisées en binôme avec l'équipe infirmière afin d'évaluer l'observance du traitement et éventuellement de réadapter l'intervention sociale.

Vecteur de liens, l'assistant de service social travaille en réseau avec différents partenaires tels que le GUT, la CAF, les associations...

Par ailleurs, il met en œuvre et participe activement aux actions de prévention de lutte anti-tuberculeuse auprès des professionnels et des établissements publics.

Ainsi, l'assistant de service social est intégré au Service Social de l'Hôpital (SSH) dont les missions principales se résument à :

- humaniser les hôpitaux,
- évaluer les difficultés sociales qui entretiennent et aggravent la maladie,
- proposer un soutien, une aide dans la résolution des problématiques et ainsi favoriser l'autonomie des personnes et de leur famille,
- orienter les patients vers les services et établissements compétents,
- veiller au respect et à la mise en œuvre des droits,
  → droits à la protection (personnes vulnérables, maladies mentales, maltraitance...),
  → droits des patients (humanisation, relation d'aide, projet individualisé, prise en charge globale,...).

Les CLAT du CHR

Au CHFG

→ *De gauche à droite :*
Evelyne PELTIER : IDE, Nathalie LEBON : Secrétaire, Magguy RAMBARANE BARAT : IDE, Henriette MARINIER : IDE,
→ *Derrière :* Fabienne PONTIAC : Assistante Sociale

- 2 médecins : Dr Isabelle CABY (Pneumologue, responsable du CLAT), Dr Sophie LOSI (Pneumo Pédiatre)
- 3 IDE : Henriette MARINIER, Evelyne PELTIER, Magguy RAMBARANE BARAT
- 1 Secrétaire : LEBON Nathalie
- 1 Assistante Socio Éducatif : Fabienne PONTIAC

Le CLAT est rattaché au Service des Maladies Respiratoires, dont le Chef de Service est le Dr Pascal SCHLOSSMACHER et la Cadre de Santé Mme Alcina BROSSARD.
→ Centre ouvert du **Lundi au Vendredi de 9h00 à 16h00.**
Déménagement prévu fin août Route du Moufia.

Au GHSR

Dans le Sud les activités transférées du Conseil Général : les vaccinations obligatoires, le dépistage et traitement des maladies sexuellement transmissibles et le CLAT sont pris en charge par une équipe médicale constituée de :

- 1 médecin infectiologie
- 1 assistant spécialiste infectiologue
- 1 assistant spécialiste gynécologue

L'ensemble de ces activités sont rattachées au Service des Maladies Infectieuses, dont le Chef de Service est le Dr Patrice POUBEAU. Sur le CLAT est détachée le Dr Céline Tasset pneumo-pédiatre.

Au GHSR les assistantes sociales sont joignables au 02 62 35 90 00 poste 5 40 03 ou 5 40 35. Elles interviennent sur les hôpitaux de Saint-Pierre, de Saint-Joseph et de Saint-Louis. Sauf modifications L'assistante sociale intervient sur Saint-Joseph le lundi après midi et le jeudi matin et sur Saint Louis le mardi matin et le vendredi après midi. Le site de Saint-Pierre reste alors ouvert toute la semaine en fonction des rotations des deux assistantes sociales.

→ Docteur Céline TASSET

Dans les coulisses des services logistiques

Nous présentons dans ce zoom, les services de restauration et de blanchisserie de notre établissement. La dimension économique de ces secteurs d'activité ne vous échappera pas. Avec plus d'un million de repas servis chaque année et **2000** tonnes de linge lavé, nous entrons ici dans un monde où la maîtrise du process industriel est la condition du succès.

Les professionnels qui exercent dans ces secteurs sont rarement cités « quand il est question de l'hôpital ». Et pourtant, sans leur savoir-faire, la prise en charge du patient ne pourrait se réaliser convenablement. Services prestataires des unités des soins, ils garantissent la continuité, la stabilité et la sécurité des produits livrés. Engagés depuis quelques années dans des démarches qualité qui leur sont propres : HACCP en cuisine et RABC en blanchisserie, ils s'efforcent de s'adapter en permanence à la demande et de répondre aux signalements qui leur sont adressés. Pénétrons ensemble au cœur de ces organisations complexes qui mobilisent plus de **150** professionnels.

→ Alimentation a l'hôpital : un défi à relever au quotidien

Questionnez autour de vous et vous entendrez que l'hôpital n'est pas le meilleur endroit au monde pour manger. Et pourtant, dans nos cuisines, ils sont nombreux ceux qui s'emploient à préparer une nourriture qui doit à la fois conjuguer équilibre et qualité gustative.

Quoi que vous en pensiez, ce challenge n'est pas hors d'atteinte si la volonté d'aboutir est partagée par tous. Dans ce domaine on progresse, aidé par l'obligation de s'engager dans la démarche qualité qui a pour nom, en restauration HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) acronyme pour désigner l'analyse des dangers (des points critiques), pour assurer leur maîtrise.

Certes, sur les deux sites les locaux sont appelés à évoluer pour favoriser l'organisation de la cuisine en liaison froide et répondre aux normes en vigueur.

Au Sud, le déménagement de la cuisine centrale est un objectif réaliste à moyen terme.

Au Nord, l'agrandissement de la salle d'allotissement sera effectif dès 2009 et permettra de renforcer les conditions d'hygiène et de sécurité.

En attendant les professionnels ne baissent pas les bras et ceux que nous avons rencontrés sur le terrain en témoignent. Attitude d'autant plus méritoire que les changements à conduire et à intégrer ont été nombreux ces dernières années.

Qu'on en juge. En 2006, livraison de la nouvelle cuisine du CHFG et passage, d'abord progressif puis intégral, de la liaison chaude à la liaison froide avec pour conséquence l'abandon des livraisons en vrac dans les services, l'informatisation de la cuisine, l'adoption d'une nouvelle organisation de travail, puisque désormais la productivité n'est plus réalisée en directe, mais à J+3.

Au GHSR, engagé plus précocement dans la liaison froide, le challenge fut au fil des ans d'élargir la production et d'intégrer les nouvelles équipes des sites périphériques au fur et à mesure de la fusion intervenue avec les établissements de Saint-Joseph et de Saint-Louis. Aujourd'hui, dans cet établissement l'histoire s'écrit au présent. La cohésion au sein de l'équipe est bien établie et l'harmonisation des pratiques ne fait plus débat.

Le projet de nouvelle cuisine retient toutes les attentions sans pour autant détourner de l'objectif : préparer chaque semaine l'équivalent de plus de 11 mille repas.

C'est sûr, les cuisiniers sont les premiers à le reconnaître, des améliorations sont attendues par les patients. Le service diététique auprès des cuisines, participe activement à adapter la réponse du service restauration aux besoins, que les enquêtes de satisfaction auront mis en évidence. Dans ce domaine on peut toujours mieux faire. Mettre en place des repas à thème, diversifier l'offre alimentaire en élargissant les matières premières utilisées, s'équiper de nouveaux chariots qui permettent de maintenir au froid et de remettre en température les repas de façon contrôlée et automatique.

On ne mangera jamais à l'hôpital comme chez soi, mais au moins peut-on exiger de ne pas manger chaque jour la même chose ou encore de ne pas manger froid.

Avec énergie, et le souci permanent du patient, les responsables de nos deux cuisines centrales veulent y croire. Ils s'appuient aujourd'hui sur des équipes soudées et compétentes conscientes des progrès qui restent à accomplir pour satisfaire le client potentiel et le personnel qui chaque jour fréquente le self. Pourquoi ne pas organiser une semaine du goût à l'hôpital où, sous le contrôle du service diététique pour l'équilibre alimentaire et celui du service économique pour l'équilibre financier, les cuisiniers exprimeraient leur talent en ayant carte blanche pour proposer dix menus ? Une semaine pour dire la fierté d'être cuisinier, pour placer le service restauration au cœur de l'hôpital à la place qui est la sienne au côté des patients, tout à côté. L'idée est lancée.

	GHSR	CHFG
Nombre de repas servis en 2008	592 440	438 589

→ Le CLAN en 6 questions

Question 1 : le CLAN, qu'est-ce que cela veut dire ?

C'est le **C**omité de **L**iaison pour l'**A**limentation et la **N**utrition.
Il a une démarche transversale, inter service et inter professionnelle, associant les soignants de proximité (médecins, infirmiers, diététiciens et aides-soignants), les producteurs (cuisiniers, pharmaciens) et la direction du Centre Hospitalier.

Question 2 : le CLAN, à quoi sert-il ?

Il a une mission de conseils sur la prise en charge nutritionnelle des malades et plus généralement sur l'amélioration de la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation/nutrition. Il impulse des actions adaptées à l'établissement pour résoudre les problèmes concernant l'alimentation et la nutrition. Il peut aussi proposer des formations au personnel impliqué.

Question 3 : le CLAN est-il obligatoire ?

La circulaire DHOS du 29 mars 2002 recommande sa mise en place.
Sur les 2 sites du CHR, le CLAN est aujourd'hui opérationnel.

Question 4 : le CLAN, qu'est-ce qu'on y fait ?

On donnera ici quelques exemples :

- Il s'assure que les moyens requis pour peser et toiser les malades soient présents dans les unités de soins.
- Il impulse des actions de dépistage de la dénutrition, de l'obésité ou des troubles du comportement alimentaire.
- Il participe à la mise en place d'outils de surveillance de l'alimentation et de la prescription diététique, de protocoles sur la nutrition entérale et /ou parentérale.

Question 5 : le CLAN, qui participe ?

Sa composition peut être à géométrie variable. Voici celle des CLAN du CHR :
→ **A Saint-Denis,** la présidence du CLAN est assurée par le Dr SCHLOSSMACHER, PH en pneumologie assisté de M^me^ DUMAIN, responsable diététique, 1^ère^ vice-présidente et du Dr TURQUET, PH en pédiatrie, 2^e^ vice président.
→ **A Saint-Pierre,** la présidence est assurée par le Dr FAYE, PH en réanimation neurochirurgicale, assisté de M^me^ HOARAU Christelle, aide-soignante, 1^ère^ vice-présidente, et de M^me^ COUDIERE Soizic, diététicienne, 2^e^ vice-présidente.
Dans les deux CLAN, on rencontre de nombreux médecins et soignants, venus de différents services, des diététiciennes, le représentant de la pharmacie, l'ingénieur restauration, le directeur ou son représentant et même sur Saint Denis un représentant des usagers.

Question 6 : le CLAN, quelle qualification, quelle compétence, quel métier ?

Si aucune qualification n'est requise à priori, des appétences dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition sont souhaitées. Il va de soi qu'il est nécessaire de développer des formations pour acquérir des compétences dans ce champ d'action.

→ Les principes de la liaison froide

Les repas sont préparés dans une unité centralisée de production, les cuisines centrales de Saint-Denis et de Saint-Pierre .
Après cuisson, les aliments sont refroidis rapidement, suivant des protocoles réglementés.
Cela permet leur stockage et leur distribution en ambiance froide (+3°) dans un délai maximum allant jusqu'à 4, voire 7 jours suivant les DLC (Date Limite de Conservation).
Les plats sont ensuite livrés sur un ou plusieurs sites au moyen de chariots où ils sont réchauffés avant leur consommation.

Ce procédé permet de servir des repas plusieurs jours après leur confection sans prolifération dangereuse de bactéries ou micro-organismes pathogènes et sans recourir à la surgélation.
Les avantages de la liaison froide :

- préparer des repas sans surgélation pouvant être servis à plusieurs jours d'intervalle,
- hygiène et sécurité des aliments portées à un très haut niveau,
- meilleure organisation des cuisines avec des économies d'échelle dans la gestion du temps des agents,
- diminution significative des gaspillages de matières premières (hypothèse vérifiée seulement si les plats préparés sont appréciés par les consommateurs),

Pour ceux qui en douteraient encore, deux autres avantages vérifiés par les spécialistes de la cuisine collective :

- plus grande variété de menus, meilleure adaptation à des menus spéciaux et diététiques,

et cerise sur le gâteau :

- conservation de la qualité organoleptique et gastronomique initiales du produit.

On aura compris qu'une production de qualité ne dépend pas du mode de liaison choisi.
Ce sont avant tout les compétences humaines et un niveau d'exigence écrit et appliqué qui conditionneront la qualité des repas.

→ En savoir plus sur la liaison froide

Quoi qu'en disent certains, la liaison chaude a montré ses limites dans la durée de conservation (quelques heures), dans la garantie d'hygiène et dans la préservation des qualités des plats cuisinés.

A La Réunion, la liaison froide fut adoptée en cuisine collective dans les années 1980. Cette technique s'avère en effet particulièrement adaptée lorsque la distribution des repas est réalisée à distance du lieu de production.

→ HACCP pour mieux vous servir

L'HACCP est avant tout une méthode. On peut aussi définir l'HACCP comme étant un système de gestion de la qualité en restauration. Elle s'intéresse aux 3 classes de dangers pour l'hygiène des aliments :

- les dangers biologiques (virus, bactéries...),
- les dangers chimiques (pesticides, additifs...),
- les dangers physiques (le bois, verre...).

La méthode s'applique à chacun des produits et denrées alimentaires qui transitent en cuisine dès sa réception en passant par son stockage, cuisson et diverses préparations préliminaires jusqu'à sa «destruction» par le consommateur final. Depuis l'arrêté du 9 mars 1995, la méthode HACCP est obligatoire dans les cuisines centrales qui pratiquent ce type de prestation.

Discipline dans l'action collective, esprit d'équipe et cohésion du groupe, rigueur dans l'organisation mise en place sont les clés de la réussite de la démarche.
Les deux cuisines du CHR ont adopté et mis en place la démarche HACCP. Les équipes ont appris qu'une organisation claire et transparente, identifiant les points critiques (dangers potentiels) à chaque étape du processus, leur garantit d'exercer leur métier de cuisinier en connaissance de cause et contribue à l'amélioration de la prestation.
On ne plaisante pas avec la sécurité alimentaire, particulièrement à l'hôpital où le patient est un consommateur potentiellement fragile.

→ Il fait frais dans ce local où plusieurs agents s'affèrent autour de la chaîne d'assemblage des plateaux repas. Même scène dans les deux établissements. Concentration maximum pour ne pas se tromper dans la composition du plateau qui doit impérativement correspondre à la fiche repas saisie par informatique dans l'unité de soins et transmis le matin même au service cuisine pour prise en compte. Une erreur et le patient se trouve face à un plateau qui ne correspond pas à sa commande. Cela arrive parfois. Plusieurs centaines de plateaux sont ainsi préparés à chaque vacation.

→ Le poste de cuisson, c'est là que le talent du cuisinier s'exprime. La qualité sera fonction des ingrédients qu'il utilisera et du temps de cuisson qu'il estimera nécessaire.

→ Un résumé des étapes de l'HACCP

a) Décrire le produit.
b) Déterminer son utilisation prévue.
c) Etablir le diagramme des étapes de sa préparation.
d) Déterminer les dangers potentiels (points critiques) associés à chacune des étapes.
e) Etablir les seuils critiques pour chaque point critique.
f) Etablir un système de surveillance pour chaque point critique.
g) Prendre des mesures correctives s'il y a lieu.
h) Appliquer des procédures de vérification.
i) Constituer des dossiers et tenue des registres (traçabilités des contrôles effectifs et des incidents survenus).

→ La liaison froide est une réalité physique que les agents de cuisine connaissent bien. Heureusement les vêtements professionnels les préservent de la morsure du froid vif de ces lieux clos.

→ De gauche à droite :
Le personnel de cuisine que vous ne voyez pas ou rarement est varié, des cuisiniers bien sûr et d'autres pour entretenir le matériel, faire la plonge, assurer la manutention des produits, à tous, nous adressons nos encouragements pour continuer de progresser dans la qualité de la restauration hospitalière.

→ Des assaisonnements sous surveillance

On peut lire dans les dispositions prises en cuisine «l'opérateur goûte sa prestation et est responsable de l'assaisonnement». Si cette étape est franchie, alors on peut manger sans crainte. Les rois avaient leurs goûteurs, les patients ont les leurs.

→ Visite d'une blanchisserie hospitalière

Au total ce sont plus de 60 agents qui prennent en charge les 24 000 pièces à traiter chaque jour ouvré dans les deux blanchisseries du CHR.
L'organisation d'une blanchisserie ne laisse aucune place à la vacuité. Chaque agent qu'on y rencontre est affairé à son poste de travail. De la réception des chariots de linge sale à la restitution des armoires de linge propre, le cycle du linge se déroule sans rupture.

Quand les sacs pré-triés par couleur arrivent en blanchisserie, ils sont stockés sur des rails qui assurent leur acheminement jusqu'au-dessus d'une table de contrôles où les agents affectés à cette tâche préparent les « slings » (ce mot désigne d'autres sacs) qui alimentent automatiquement les laveuses-essoreuses. La mission confiée à ces agents est essentielle. Elle consiste à trier par « slings » avec un œil exercé, les pièces de linge en fonction de leur nature pour les faire correspondre au programme de lavage de la machine à laver que viendra alimenter le « sling ». En effet, On ne lave pas un drap comme on lave une couverture ou une blouse de travail. Il arrive parfois que cette opération de tri se complique du fait de non respect des consignes de pré-tri au niveau des services. On y trouve trop souvent encore des objets insolites (bassins, aiguilles...).
A présent c'est au tour des machines à laver de prendre le relais. Ces machines industrielles acceptent jusqu'à 220 kg de linge. Il faut des bras solides pour récupérer le linge propre qu'elles restituent. Après quoi, le linge plat est confié aux 3 agents qui alimentent avec dextérité le train de repassage.

Impressionnantes et indispensables machines qui sèchent, repassent, plient et empilent automatiquement plusieurs centaines de pièces à l'heure.
Le linge dit en forme (vêtements professionnels) réclame plus de manutention. Après le passage en machine, il convient de le préparer pour le mettre sur des cintres qui progressent à un rythme cadencé vers le tunnel de finition. Un agent est affecté à cette tâche.

A la sortie du tunnel, le vêtement est séché et mis en forme. Il ne reste plus qu'à le plier. Cette opération peut être totalement ou partiellement automatisée.

Dernière étape avant l'arrivée du linge propre dans le service, la préparation des armoires. On vérifiera que les dotations ont été respectées.

A ce stade, les ajustements doivent être permanents pour tenir compte des besoins des services. En attendant la gestion informatisée des blanchisseries qui permettra d'adapter le contenu de l'armoire aux besoins réels des services, la préparation s'établit aujourd'hui à partir des dotations déterminées avec les services sur la base d'une prévision d'activité.

Globalement elles répondent aux besoins sans toutefois nous mettre à l'abri d'une erreur ou d'un retard de livraison. C'est en moyenne par établissement plus de quarante armoires qui sont préparées chaque jour, cinq jours sur sept et autant qui reviennent.
Le jeu d'armoires en circulation permet de limiter le stockage du linge dans les unités de soins. Appliqués, conscients de l'importance de leur rôle dans la chaîne des soins, les professionnels de la blanchisserie exercent un métier exigent où rien ne doit être laissé au hasard.

→ Pour un bon déroulement du circuit du linge, la connaissance de son fonctionnement par les acteurs principaux du circuit, depuis la détermination de la dotation jusqu'à la livraison de l'armoire en passant par les différentes opérations de traitements, est une nécessité.

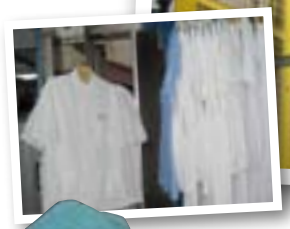
C'est ainsi que depuis le début de l'année 2009, les soignants du CHFG sont invités à venir visiter la blanchisserie de l'hôpital. Une occasion unique et appréciée pour comprendre ce que les uns et les autres se doivent mutuellement. Un bel exemple de décloisonnement.

La qualité pour mieux vous servir

R.A.B.C. encore un acronyme pour désigner la démarche qualité dans laquelle se sont engagées les deux blanchisseries du CHR. Une blanchisserie a pour mission de fournir du linge propre, bien sec, repassé et si possible dégageant une agréable sensation de fraîcheur. Mais cela ne suffit pas. Elle doit assurer, en plus, la sécurité de ceux appelés à utiliser le linge et les préserver de toute affection. **R.A.B.C comme «l'analyse des risques et le contrôle bio-contamination».** Tout commence au niveau du tri du linge dans les services. Étape essentielle notamment parce qu'elle isolera le linge infecté. La prise en charge du linge est à partir de là, enclenchée, en s'assurant que les circuits propres et sales ne se recoupent pas. La configuration des locaux contribuera plus ou moins à favoriser la séparation stricte des zones propres et sales. A Saint Denis, on part du niveau 6 pour la réception du linge sale jusqu'au niveau 4 pour sa restitution après être passé par le niveau 3 ou le linge est lavé et repassé. À Saint-Pierre où l'on ne dispose pas du même espace, la surface est ici estimée à 1200 m² contre près de 2000 m² au CHFG, la marche en avant est tout autant respectée à la faveur de l'organisation mise en place pour compenser l'étroitesse des lieux. Reste ensuite à identifier de façon active et participative les dangers microbiens. Ainsi chaque mois dans les deux blanchisseries des prélèvements de surfaces (sols, machines, vêtements) sont effectués et analysés par les laboratoires de bactériologie de nos établissements. Au vu des résultats et s'il y a lieu, les responsables de ces secteurs d'activité engageront des actions d'amélioration. On s'en doutait, la blanchisserie hospitalière doit répondre à des problématiques multiples : maîtrise du risque infectieux pour garantir la sécurité, productivité pour maintenir un coût au kg économiquement viable, traçabilité du linge pour assurer la bonne livraison en quantité et en qualité au bon endroit chaque jour de la semaine, organisation pour préserver en interne une qualité de vie au travail où chacun à un rôle à jouer qui garantit en bout de chaîne le résultat final : une livraison de linge répondant aux besoins des services .

→ Accidents du travail en blanchisserie : des piqûres encombrantes

Pour tous les agents de la blanchisserie, la vigilance est de mise. On trouve encore trop d'objets divers dans le linge sale. Plusieurs accidents du travail sont à déplorer dans ce secteur d'activité. Certains accidents peuvent avoir de lourdes conséquences pour celui qui en est victime. Ainsi cet agent que nous avons rencontré et qui a trois reprises fut piqué par une aiguille dont deux présentaient des traces de sang. Ces accidents conduiront l'intéressé à suivre un traitement préventif pendant un an. La vie de couple en sera perturbée. Les responsables des blanchisseries du CHR nous racontent qu'il n'est pas rare de retrouver des morceaux de verre dans les serpillières sales comme si la pelle et le balai avaient été oubliés au profit des fauberg, pour récupérer le vert éparpillé. Heureusement la procédure de pré-tri du linge est de plus en plus respectée et le personnel prend le temps de vider ses poches avant de donner son vêtement lavé. Ici aussi les hospitaliers forment une chaîne où l'action de l'un réagit sur l'action de l'autre.



→ Les chiffres de nos blanchisseries

	CHFG	GHSR	CHR
Nombre de tonnes de linge lavé par an	1 090	992	2 082
Production journalière de linge propre (base 260 jours ouvrés)	4,2 tonnes	3,8 tonnes	8 tonnes
Nombre de pièces de linge lavées par jour	14 800	10 100	24 900
Nombre total de machines à laver de capacité supérieure ou égale à 50kg	7	4	11
Capacité totale de chargement des machines à laver par jour *	4,5 tonnes	3,9 tonnes	8,4 tonnes

** sur les machines de capacité supérieure ou égale à 50 kg*

Chiffres issus des rapports d'activité des services logistiques des deux sites

A-t-on jamais vu un cœur comme le et une maternité si parfaite ? *SEV, 1689*

Chaque année plus de **6 300** enfants ouvrent les yeux dans nos maternités. C'est sans aucun doute la plus gra de l'Ile. Passionnante aventure de la maternité où l'écoute, la compétence, la capacité technique à répondre à elle se présente sont de précieuses et indispensables alliées. Explosion de vie bien sûr, et le sourire des mama bébés, l'émotion des pères en portent témoignage. Mais drames personnels et partagés par les soignants auss d'un enfant ou l'annonce d'un handicap. Rien ne laisse indifférent en maternité.

Tout suscite l'engagement, le don de soi, le partage. Ceux qui y travaillent ne me démentiront pas.

→ Une graduation dans la prise en charge des parturientes et des enfants.

Le décret du 09/10/1998 relatif aux établissements publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatologie et la réanimation néonatale précise les trois niveaux de technicité différents présents dans les maternités. Nous en donnons ci-après les définitions.

Niveau de proximité (niveau 1) :
centre périnatal de proximité comprenant une unité d'obstétrique.
L'unité d'obstétrique assure tous les jours de l'année, 24h/24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdominaux-pelviennes liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risque durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales.

Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers une autre maternité apte à délivrer les soins appropriés.

Niveau de recours (niveau 2) :
maternité comprenant une unité d'obstétrique, une unité de néonatologie avec le cas échéant, un secteur de soins intensifs.
L'unité de néonatologie assure tous les jours de l'année, 24h/24 la surveillance et les soins spécialisés que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement.
Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale, peut être organisée au sein de l'unité de néonatologie.
Si l'unité de néonatologie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée, elle organise son transfert vers la maternité apte à délivrer les soins appropriés.

Niveau de référence régionale (niveau 3) :
maternité comprenant une unité d'obstétrique, une unité de néonatologie, une unité de réanimation néonatale, associée à un secteur de soins intensifs sur le même site.
L'unité de réanimation néonatale assure tous les jours de l'année, 24h/24, la surveillance et les soins spécialisés pour les nouveau-nés qui leur sont adressés qu'ils soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement.

Les maternités du CHR sont toutes les deux de niveau 3

Paroles de Sages-femmes

« Être hospitalisée dans le service de maternité ce n'est pas seulement mettre un enfant au monde, c'est devenir parent ».
« On rentre à l'école des parents quand on accouche ».
« Prendre en compte toutes les dimensions sociales, culturelles et économiques autour de la naissance permet à la famille de démarrer du bon pied ».

«Humanité est le maître-mot du métier de sage-femme mais c'est aussi dans notre service, un fil conducteur partagé par tout le personnel et qui se transmet efficacement aux jeunes sages-femmes ».
«Travailler sur la prévention en maternité c'est contribuer au développement durable».
«Le plus beau dans le métier : c'est la magie de la naissance, la relation avec le couple à ce moment précis, le moment de pur bonheur de l'apparition du bébé, du premier contact avec lui».

«C'est un métier à risques et il arrive que nous soyons confrontés à des événements tristes. Dans ce cas, il y a un échange avec les soignants. Il se peut que la culpabilité nous gagne, alors que l'on puisse ensemble en parler nous aide beaucoup».
«Evidemment dans nos maternités où le nombre d'accouchements est élevé, il arrive que nous n'ayons pas le temps de donner à la patiente ce moment privilégié d'écoute et de partage qu'elle attend de nous et cela nous frustre».
«C'est vrai la médicalisation a augmenté ces dernières décennies, notamment avec l'apparition de la péridurale. Avant, nous vivions au rythme des contractions de la patiente. Aujourd'hui si nous sommes moins sollicitées, nous sommes toujours aussi disponibles».
«Toutes les mamans n'ont pas leur bébé avec elle. Le bébé peut être hospitalisé en néonatologie. Dans ce cas, les mères sont plus vulnérables. Elles ont besoin de soutien et d'informations sur l'évolution de l'état de santé du bébé».

«En cas de difficultés, l'expérience fait que nous arrivons à prendre sur nous, à rester dans l'empathie, sans se laisser envahir par ses propres émotions. Nous accompagnons la patiente, nous l'aidons à surmonter le deuil, l'apparition d'un handicap...».
«A l'hôpital mon mode de fonctionnement est plus autonome. Je n'en réfère pas systématiquement au médecin pour les actes relevant de ma propre compétence comme en clinique. De ce fait ma responsabilité s'en trouve renforcée».
« Le self-control est la première qualité de la sage-femme en salle d'accouchement ».
« Ce qui prime en maternité c'est la joie ».

«Les sages femmes sont des passeuses de vie».
« Le monde des femmes est agréable et je me suis parfaitement intégré dans cet environnement. Le refus des patientes est très rare. Seulement avec les patientes de confession musulmane avec lesquelles nous nous organisons différemment ».

vôtre

ande pouponnière
à l'urgence quand
ns, les pleurs des
si, comme la perte

→ « L'accouchement sans douleur » : mythe ou réalité ?

« L'accouchement est douloureux : heureusement, la femme tient la main de l'homme. Ainsi il souffre moins ».

Pierre Desproges.

Les conditions d'accouchement ont beaucoup changé au cours des dernières décennies. Le confort de l'accouchée est de plus en plus pris en considération. L'utilisation de différentes méthodes pour soulager la douleur, la préparation à l'accouchement et la présence du père de l'enfant en salle de travail se sont généralisées.

La douleur dépend de la perception de chacun et peut être une porte de sortie à l'angoisse. En fonction des cultures, la douleur sera appréhendée différemment. Ainsi nous apprenons que pour les mahoraises et comoriennes, la pratique de la péridurale ne rencontre pas le succès escompté. Elles compensent la douleur en émettant des claquements avec leurs dents et leur bouche, ces sons allant crescendo avec l'intensité du travail.

Les maternités proposent aux femmes des séances de préparation à la naissance ainsi que l'entretien du 4ème mois. Méthode pionnière, avant l'arrivée de l'analgésie péridurale, elle apprend, entre autre, à se relaxer et à respirer pour mieux canaliser et contrôler sa douleur.
La péridurale est le procédé le plus efficace pour soulager la douleur de l'accouchement. Elle suppose la présence sur place d'un anesthésiste. A Saint-Denis comme à Saint-Pierre, un praticien anesthésiste est présent 24h/24 en maternité. Ce qui autorise, sauf circonstances exceptionnelles, de satisfaire toutes les demandes. A Saint-Pierre le taux de péridurale est de 64% et à Saint-Denis de 52%. Cette pratique progresse à La Réunion, un peu plus d'une réunionnaise sur deux y a recours.
On a pu remarquer que la patiente qui de manière exceptionnelle n'a pas ressenti de douleur, se pose des questions et peut s'interroger sur la normalité de son accouchement comme les autres mamans.

En tout état de cause la péridurale, ne doit pas interrompre la communication avec la sage-femme. Après l'accouchement, le corps met du temps à être apaisé, à retrouver un nouvel équilibre. En particulier lorsque l'on a pratiqué une épisiotomie. Véritable acte médical qui consiste à effectuer une petite incision de quelques centimètres afin d'ouvrir le périnée pour faciliter l'expulsion du bébé. L'épisiotomie est plus fréquemment pratiquée lorsque le bébé se présente par le siège, si le bassin de la maman est étroit, s'il est nécessaire d'utiliser les forceps, et lors de l'arrivée de jumeaux.

Depuis quelques années la pratique systématique de l'épisiotomie est remise en cause. L'OMS préconise d'abaisser son taux à 20 %. En France, où le taux global moyen d'épisiotomie est de 50 % (6% en Suède), les experts préconisent de le faire baisser en-dessous de 30 %.
Au CHR, les pratiques médicales visent à réduire ce taux de l'ordre de 30 % toutes maternités confondues.

→ Anecdote vécue :

La mère et la fille sont toutes deux habillées d'un magnifique sari. Le médecin s'adresse à la jeune fille et lui dit :

- « Madame, je ne peux encore rien faire, vos tissus sont trop serrés », *évoquant alors la contraction trop importante du muscle périnée.*

Le médecin sorti de la pièce, la mère s'adresse alors à l'aide-soignante :

- « kossa ? comment tissu lé trop serré ? Comment ma fille i doit habillé alors ? ».

→ une connaissance toujours plus approfondie de la périnatalité réunionnaise

En premier fut créé le registre périnatal des maternités du Sud mis en place en 2001 à l'initiative de la maternité de Saint-Pierre Ce registre recense, toutes les données relatives aux naissances. Avec 40 000 grossesses répertoriées, ce registre est devenu l'une des premières bases épidémiologiques de France. Les médecins concernés du CHR y ont recours pour leurs publications dans les revues médicales et pour l'évaluation de leurs pratiques. En 2002 le relevé sur toute l'île des malformations fœtales voit le jour.

Enfin plus près de nous, en 2007, le CRN (Commission Régionale des Naissances) décide la mise en place de l'Observatoire des Grands Prématurés. Cette décision est motivée par l'importance du sujet en termes d'impact social : la prématurité est connue pour être l'un des facteurs de risque d'un handicap d'origine périnatale. L'objectif de l'OGP est d'apporter une meilleure connaissance du devenir des grands prématurés à La Réunion, en terme de mortalité et de morbidité néonatale et infantile. Toutes les informations sur les GP sont centralisées par le REPERE réseau périnatal de l'île.

→ Nos maternites mettent en place les Revues Morbi-Mortalité (RMM).

La RMM est une analyse collective, rétrospective et systémique (en ce sens qu'elle prend en compte tous les éléments : organisationnels, techniques et humains en interaction ayant contribué à la prise en charge du patient), de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient.

L'objectif de la RMM est de proposer la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. Les cas analysés sont des cas qui se sont effectivement déroulés. Cette démarche identifie les problèmes rencontrés lors de la prise en charge, les analyse afin d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes. C'est un dispositif d'apprentissage par l'erreur non culpabilisant. Au contraire, la mise en place de cette procédure apporte la preuve de la réactivité des équipes face à une situation de risque qui pourrait se renouveler.

Au GHSR, depuis 2007, le docteur Michel HEISERT anime une RMM centrée sur les morts fœtales in utéro. Au CHFG, une RMM animée par le docteur GUEYE est en place depuis 2009 après quelques mois de préparation à la méthode.
L'ensemble des participants à ces réunions est tenu au secret professionnel. L'esprit qui préside s'inscrit naturellement dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances.

Pour conclure nous reprendrons quelques conseils.

- stratégiques → faire simple, pragmatique, valoriser et formaliser l'existant.
- structurels → favoriser la transversabilité, l'équipe et la multidisciplinarité.

- méthodiques → privilégier la faisabilité, l'acceptabilité, le partage et l'intégration.
- culturels → encourager les échanges, la communication et le retour d'information.

→ Trois types de cas peuvent être analysés en RMM :

1 › Un décès.

2 › Une complication. Les complications inhabituelles analysées au cas par cas ou les complications plus banales dénombrées en tant qu'indicateurs de la qualité, de la sécurité des soins.

3 › Un événement qui aurait pu causer un dommage au patient appelé aussi « presque accident ». Appartiennent à cette catégorie, les évènements porteurs de risques.

On trouvera sur le site has.gouv.fr le guide méthodologique sur la mise en place des RMM, disponible depuis juin 2009.

→ Un taux d'IVG inquiétant dans les départements d'outre-mer.

Comparé à la Métropole, le taux d'avortements est plus élevé dans les DOM. L'IVG concerne près de deux fois plus d'adolescentes à La Réunion.

Taux d'IVG pour 1000 femmes
(âgées entre 15 et 49 ans) en 2006 :

Métropole	14,5
DOM	27,8
La Réunion	**21,3**

On peut difficilement accepter la hausse des interruptions volontaires de grossesses (IVG). A La Réunion, ce nombre ne cesse de progresser depuis 5 ans passant de 4 129 IVG en 2003 à 4 523 en 2006. Au CHR, en 2008, le nombre s'établissait à **1322**.
Quand la moyenne métropolitaine des taux d'IVG stagnait à 14,5 % (femmes âgées entre 15 et 49 ans), La Réunion passe à 21,3 à la même période. Soit un taux 1,5 fois supérieur à la Métropole : il est près de 3 fois plus important en Guadeloupe.

Un chiffre qui s'explique par l'inquiétante proportion d'IVG des mineures à La Réunion (13,8 % de l'ensemble des IVG). En 6 ans le nombre d'avortements à presque doublé chez les mineures, passant de 346 à 624 entre 2000 et 2006. Le recours à l'IVG concerne environ 3 jeunes filles sur 100 à La Réunion, alors qu'en Métropole ce taux chez les mineures ne dépassent pas 1,8.
L'apparition de l'IVG médicamenteuse (réalisée si grossesse inférieure à 9 semaines) qui n'a cessé d'augmenter entre 2001 et 2005 pour rejoindre quasiment les taux de la Métropole (41,29 % des IVG à La Réunion) a laissé croire aux adolescentes que la démarche pour avorter était rapide et simple, dédramatisant ainsi le fait d'avorter. De toute évidence, la dispensation de 2 heures par an et par classe de quatrième, de séances d'éducation à la sexualité, initiée il y a plus de 10 ans, ne suffit pas à prévenir les comportements à risque.

Comment le CHR répond à cette demande ? Le principe de proximité est réaffirmé pour la prise en charge des IVG y compris pour ce qui est de la période de 12 à 14 semaines. Dans cette perspective, la mise en place de coopération entre médecins de ville et centre d'orthogénie est la règle.
Cette activité veille à prendre en compte dans nos établissements la confidentialité et les délais de consultation. Parallèlement, des consultations de planification familiale sont proposées en orthogénie et assurées par des sages femmes qui facilitent l'accès à la contraception et à son utilisation en particulier pour les jeunes. La prise en charge des IVG s'est beaucoup améliorée en quelques années. Désormais toutes les IVG instrumentales se font sous anesthésie générale. Une attention toute particulière est portée à l'accueil des mineures. Elles peuvent faire appel à Saint-Denis à l'UMPP avant l'acte et séjourner dans des chambres seules dans les deux services d'orthogénie.

→ Le métier de Sage-femme

Trente-cinq écoles de sages-femmes sont agréées pour délivrer le diplôme d'état de sage-femme en France et parmi elles une, dont on fêtait en 2005 le centenaire, se trouve à La Réunion rattachée à la maternité du Centre Hospitalier Félix Guyon.
Cette école accueille 22 élèves par promotion. Ici, cohabitent quatre promotions (environ 97 étudiants), encadrées par 5 sages-femmes enseignantes. Les intervenants professionnels chargés de la formation, viennent des 2 maternités du CHR.
Prochainement, un partenariat étroit avec l'université de La Réunion permettra le rattachement de plusieurs modules d'enseignement à l'UFR de santé de la faculté. Les relations entre l'école et l'encadrement des pôles Mère/Enfant du CHR sont excellentes.
« La formation dispensée est de qualité et bénéficie d'un excellent encadrement » nous confiera Mme GIMENEZ directrice faisant fonction de l'ESF.

Ainsi 3 étudiantes ont déjà reçu le prix Evian, distribué chaque année au meilleur mémoire présenté par les écoles de sages-femmes. Ajoutons que nous donnons une place particulière à la connaissance de la culture réunionnaise et plus largement aux diversités culturelles des pays de l'océan Indien. La présence à nos côtés de Mme POURCHEZ Laurence, anthropologue réunionnaise, spécialisée dans la naissance et la petite enfance, apporte une forte dimension humaine et anthropologique à l'enseignement. Une enseignante de l'ESF suit un cursus universitaire en anthropologie.

Depuis 2002, la durée des études est de 5 ans. L'admission à l'école se fait après une première année de médecine et un classement en rang utile à l'issu de l'examen de fin de la première année de PCEM1. La scolarité à l'école dure 4 ans répartie en 2 phases de 2 ans et comprenant un tiers d'enseignements théoriques et 2/3 d'enseignements pratiques.
Après la réussite au diplôme, on exerce le métier de sage-femme ou de « maïeuticien » si l'on est un homme. Cette profession médicale à compétence définie et réglementée, impose un exercice régi par la loi sous contrôle de l'ordre de sage-femme.

Il y a en France dix sept mille sages-femmes dont trois cents hommes (80 % exercent à l'hôpital). Nous avons rencontré un « sage-homme » à la maternité de Saint-Denis, on en rencontre trois dans les couloirs de la maternité de Saint Pierre. Après l'effet de surprise et parfois le fou-rire, les patientes acceptent parfaitement l'originalité de la situation. Certaines s'approprient même le mot « sage-homme ».
La présence d'un homme facilite la prise de paroles des pères qui posent d'avantage de questions. Vis-à-vis des parturientes, il lui arrive de devancer la remarque : « vous ne pouvez pas savoir ce que c'est que de ressentir cette douleur ! »

Au CHR, les sages-femmes/hommes sont au nombre de 121,5. Le métier consiste à accompagner la femme enceinte avant, pendant et après l'accouchement.
Avant, la sage-femme effectuera le diagnostic, la déclaration et les consultations de suivi de la grossesse sous réserve d'une grossesse eutocique. En cas de pathologie, le recours à un médecin s'impose. Dans ce cas précis la sage femme s'associe à la surveillance de la grossesse sous couvert du médecin.
Pendant, elle surveille le travail et pratique les accouchements eutociques (qui se déroulent normalement et ne nécessitent pas de manœuvres instrumentales).
Après, la sage-femme assure la surveillance de la maman et du bébé. La sage-femme est aussi habilitée à pratiquer la rééducation uro-gynécologique des patientes. Elle peut aussi exercer dans les services d'orthogénie, d'aide médicale à la procréation médicalement assistée et de dépistage prénatal.

→ L'esprit d'équipe

On ne le dira jamais assez : l'hôpital suscite, encourage, nécessite, organise le travail en équipe pluridisciplinaire. Nos maternités en donnent chaque jour l'exemple.
Ici plus qu'ailleurs le médecin fait équipe avec la sage-femme qui elle-même s'appuie sur les IDE et puéricultrices du service. L'aide-soignante et l'auxiliaire de puériculture qui souvent reçoivent la première confidence et font le lien, n'est jamais très loin. Il arrive que nous fassions appel à l'assistante sociale, au psychologue/maternologue et au kinésithérapeute.
Tous, apprécient l'ambiance particulière de la maternité où les sourires sont nombreux, où la vie est si présente, où le don de soi est une réalité. Pour entretenir une culture de service et une transmission de savoir être/faire, la maternité du sud a mis en place une forme de mentorat visant à accompagner les jeunes recrues.

→ Une démarche innovante : la prise en charge des situations de vulnérabilité

Le CHR s'est entouré des compétences du docteur Françoise Molénat pédopsychiatre, à l'origine de l'évolution des textes législatifs sur la périnatalité. Elle entretient avec La Réunion depuis 1992 une relation suivie et riche d'échanges. Son but « créer une synergie entre différents corps de métier afin que cette complémentarité profite aux patientes. Il s'agit de permettre un accompagnement de la future mère depuis le début de la grossesse et de répondre à toutes ses questions afin qu'elle se déroule au mieux ». Son compagnonnage depuis cette date avec Brigitte Lowinsky cadre supérieur sage-femme au CHFG et le docteur G.Cazalis de Fondouce pédopsychiatre dans ce même établissement est à l'origine de la signature d'une convention signée avec l'EPSMR (Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion) portant création d'une Unité Médico-Psychologique de Périnatalité (UMPP).

Le rôle de l'UMPP, composé d'un pédopsychiatre, de 1.5 psychologues, d'un psychomotricien et d'une IDE coordinatrice est de prévenir précocement, dès la grossesse, les multiples formes de souffrances familiales avec leurs conséquences sur l'enfant. Il s'agit d'un changement profond dans les pratiques médicales mais aussi psychologiques et psychiatriques autour de la naissance. Sortir du cloisonnement et des incompréhensions mutuelles, élaborer une « enveloppe humaine » souple autour des familles vulnérables dans une continuité suffisante dès le début de la grossesse, exige que tous les acteurs concernés « apprennent à penser ensemble ». Écouter les femmes enceintes ne suffit pas, leurs questions doivent trouver réponse.

Depuis une vingtaine d'années il est permis d'affirmer « le bébé est une personne », pris dans un réseau d'interaction qui va de sa mère et son père, à tout le tissu social en passant, bien sûr, par les professionnels qui entourent les futurs parents autour de la naissance. C'est dans cette période, dite de périnatalité que vont se nouer les relations du bébé à son entourage. Il n'est plus à démontrer que dans cette histoire qui va de la grossesse à la petite enfance la communication inter-humaine va tenir un rôle primordial. Dans de nombreuses situations, la maltraitance entre autres mais aussi les troubles graves de l'identité ou les carences relationnelles la psychopathologie n'est plus une fatalité et il devient urgent que les énergies se mobilisent dans un projet de prévention.

Comment dans cette histoire intervient l'équipe médico-soignante de la maternité ? La première prévention se situe dans la cohésion du discours médical, nous devons apprendre à parler ensemble, pour que la Maternité ne soit pas perçue comme une nouvelle tour de Babel. A un autre niveau on ne peut imaginer qu'une mère puisse accoucher sereinement, entourée par une équipe médicale et paramédicale angoissée et stressée. C'est en effet dans la qualité et la cohésion de l'équipe qu'elle ira chercher sa propre sécurité.

L'UMPP, a pour rôle de tisser des liens et donner du sens à tout ce qui se passe autour du berceau ou de la couveuse. Ce travail est d'autant plus important et efficace qu'il existe chez la future mère au moment de la grossesse et de l'accouchement une mobilité psychique qui va faciliter le travail de rééquilibrage des traumas affectifs et de rééquilibrage des relations trans-générationnelles. L'efficacité que l'on observe, d'une approche coordonnée sur la sécurité des parents et celle des enfants à cette étape de la vie rend plus urgente la mobilisation de tous ceux qui s'inquiètent de la fréquence des dépressions du post-partum et de la montée des problèmes de comportement chez les enfants et adolescents.

L'UMPP en 2008 prenait en charge 552 patients dont 96 enfants de moins de 15 ans. Partenaire du médecin somaticien, le pédopsychiatre permet à celui-ci de ne pas se désengager dans les situations les plus difficiles en le soutenant.

Le travail est direct auprès des patientes lorsqu'une vulnérabilité est repérée : deuil prématuré, annonce un handicap, IVG, mort fœtal in utero, grossesse chez les adolescentes.
Il faut ajouter à cela, les premiers entretiens à la demande des consultants ou des services extérieurs (PMI, services sociaux...). En néonatologie l'UMPP poursuit le travail engagé en maternité en soutenant les familles d'enfants prématurés impliqués dans de très longues hospitalisations. Mais aussi le soutien des équipes dans des services sur le travail est très intense et les pertes sont nombreuses.

Commencée il y a 20 ans par des actions en faveur de la prévention de la maltraitance, amplifiée par des cycles de sensibilisation aux situations de vulnérabilité, proposée aux professionnels depuis 1994 (101 personnes toutes catégories professionnelles confondues y ont participé), l'UMPP est l'aboutissement de cette démarche que Brigitte Lowinsky spontanément nomme une « démarche de développement durable » à faire partager à tous les professionnels médicaux et paramédicaux des maternités publiques et privées de l'île.

→ Une association vient de naître

Après avoir bénéficié de l'expérience du docteur Maryse Dumoulin et de ses compétences pour faire évoluer la législation en matière de déclaration des morts-nés, l'équipe de maternité du GHSR vient de constituer une association pour aider les familles endeuillées.

→ Pôle mère enfant

Le rideau n'est pas encore levé sur le pôle Femme/Mère/Enfant du Sud, mais quiconque approche de l'hôpital remarque un bâtiment immense en construction à proximité de l'entrée principale. Les passants s'interrogent sur la destination de l'ouvrage. Quelques pas de plus et ils pourront voir sur le panneau la photo du futur pôle Femme/Mère/Enfant.

Pas moins de 7 étages en construction et en haut sur trois niveaux, les chambres de maternité d'une surface supérieure à 17m², toutes individuelles avec WC et salle de bains. De la chambre, les futures mamans auront le choix entre une vue sur l'océan ou le panorama offert par le Piton des Neiges par beau temps.

A ce stade nous n'en sommes encore qu'aux gros œuvres, qui devraient être achevés en décembre de cette année. La fin du chantier étant prévue pour la mi-2011. D'ici là nous aurons l'occasion de visiter l'intérieur de cette superbe réalisation dans notre journal.

Nombre de salles de travail

	GHSR		CHFG	CHR
	Site St-Pierre	Site St-Louis		
Salles de travail	6 (+2)	3	5	14 (+2)
Salles/lits de pré-travail	3	1	2*	6

**Les travaux pour créer la 3e salle de pré-travail au CHFG commencent cette année*

Le nombre d'accouchements

	GHSR	CHFG	CHR
Maternité Bloc Accouchement	4 306	2 610	6 916

Les consultations externes sans distinction	GHSR	CHFG
	Env. 30 000	17 203

Sources : RAM du DIM 2008

L'activité en 2008

	GHSR				CHFG		CHR	
	Site St-Pierre		Site St-Louis					
	Entrées	*Journées*	*Entrées*	*Journées*	*Entrées*	*Journées*	*Entrées*	*Journées*
Gynécologie	2 049	7 149	124	143	1 176	2 715	3 349	10 007
Grossesses à risques	976	4 124			1 603	4 244	2 579	8 368
Obstétrique hors NNé	3 811	15 014	1 139	3 102	2 763	12 045	7 713	30 161
HJ IVG	828	828			494	500	1 322	1 328
TOTAL	7 664	27 115	1 263	3 245	6 036	19 504	14 963	49 864

Les chiffres

Les capacités installées (hospitalisation complète)

	GHSR		CHFG	CHR
	Site St-Pierre	Site St-Louis		
Hospitalisation complète				
Gynécologie	30	1	11	42
Grossesses à risques	20		14	34
Suite de couches	42	20	33	95
Hôpital de jour	4			4
IVG	9		3	12

Check-list « sécurité des patients au bloc operatoire ».

Dans notre pays, 6,5 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées dans près de 8 000 blocs opératoires (16 au CHR). On estime que 60 000 à 95 000 événements indésirables graves surviendraient dans la période péri-opératoire et près de la moitié serait considérée comme évitable.

Après deux années de travail menées en concertation avec les professionnels, la HAS a adapté au contexte français une check-list inspirée de celle de l'OMS, considérée comme un outil simple, facile à mettre en œuvre et dont l'efficacité a été démontrée pour réduire le taux de complication et de décès postopératoire de plus d'un tiers. C'est un outil de partage entre les membres de l'équipe, d'informations essentielles pour chaque intervention et de vérification croisée des points critiques. En pratique, les membres de l'équipe renseignent en moins de deux minutes, la check-list en vérifiant oralement 10 points en présence de tous et avec la participation du patient (avant qu'il soit endormi). Les réponses aux 10 questions sont tracées sur un support papier ou électronique par un coordonnateur check-list.

La check-list sera exigible dès le 1er janvier 2010 dans le cadre de la certification des établissements de santé.

→ La Check-list

CHECK-LIST SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

Version 2010 - 01

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Identification du patient

Etiquette du patient ou nom, prénom, date de naissance

Salle : ……
Date d'intervention : ……
Heure intervention (début) **:** ……

Chirurgien « *intervenant* » : ……
Anesthésiste « *intervenant* » : ……
Coordonnateur check-list : ……

AVANT INDUCTION ANESTHESIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1 **Identité** du patient :
- le patient a décliné son nom, sinon, *par défaut,* autre moyen de vérification de son identité — ☐ Oui ☐ Non

2 L'**intervention** et **site opératoire** sont confirmés :
- *idéalement* par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique — ☐ Oui ☐ Non
- la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle — ☐ Oui ☐ Non

3 Le mode d'**installation** est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient — ☐ Oui ☐ N/A

4 Le **matériel** nécessaire pour l'intervention est vérifié
- pour la partie **chirurgicale** — ☐ Oui ☐ Non
- pour la partie **anesthésique** — ☐ Oui ☐ Non

5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre
- **allergie** du patient — ☐ Oui ☐ Non
- **risque** d'**inhalation**, de difficulté d'**intubation** ou de **ventilation** au masque — ☐ Oui ☐ Non
- risque de **saignement** important — ☐ Oui ☐ Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

6 Vérification "*ultime*" croisée au sein de l'équipe
- **identité** patient correcte — ☐ Oui ☐ Non
- **intervention** prévue confirmée — ☐ Oui ☐ Non
- **site opératoire** correct — ☐ Oui ☐ Non
- **installation** correcte — ☐ Oui ☐ Non
- **documents** nécessaires disponibles — ☐ Oui ☐ N/A

7 **Partage des informations essentielles** dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention
- **sur le plan chirurgical** (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention,…) — ☐ Oui ☐ Non
- **sur le plan anesthésique** (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) — ☐ Oui ☐ Non

8 **Antibioprophylaxie** effectuée — ☐ Oui ☐ Non ☐ N/R

APRES INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
- de l'**intervention** enregistrée, — ☐ Oui ☐ Non
- du **compte** final correct des compresses, aiguilles, instruments, … — ☐ Oui ☐ N/A
- de l'**étiquetage** des prélèvements, pièces opératoires… — ☐ Oui ☐ N/A
- du signalement de **dysfonctionnements** matériels et des **événements indésirables** — ☐ Oui ☐ Non

10 Les **prescriptions** pour les **suites opératoires** immédiates sont faites de manière conjointe — ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie

Abréviations utilisées : C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Adaptée de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé "WHO Surgical Safety Checklist", http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en, © World Health Organization 2008'

Le SAMU 974 aux Comores

Le SAMU 974 a participé largement au plan de secours déployé aux Comores lors du crash d'avion de la compagnie Yemenia du 30 juin au 03 juillet 2009. L'alerte venant des Comores est arrivée au SAMU 974 vers 5 heures du matin. Immédiatement l'état major de zone de l'océan Indien a été informé. Après une réunion de crise, il est décidé d'envoyer 3 médecins et 3 infirmiers du SAMU 974, un médecin légiste et la cellule d'urgences médico psychologique. Cette équipe, ainsi que 2 lots polyvalents de médecine de catastrophe avec près d'une tonne de matériel médical, a embarqué dès 9 heures dans le premier transall de l'armée à destination de Moroni.

Aux Comores, un poste médical avancé a été implanté au nord de l'île Grande Comores, sur la plage Galawa Beach au plus près du lieu supposé du crash de l'aéronef.

La mission la plus émouvante du SAMU 974 sur place a été la médicalisation de la seule survivante du crash à l'hôpital de Moroni. Un médecin et un infirmier du SAMU 974, aidés par l'équipe médicale de l'hôpital de Moroni, ont pris en charge l'enfant de 14 ans dès son arrivée à Moroni. Le lendemain il est décidé, en accord avec le ministère des affaires étrangères, de rapatrier l'enfant pour des raisons médicales et afin de la rapprocher au plus vite de son père en métropole.

L'évacuation sanitaire de l'enfant va se faire dans des conditions inhabituelles dès le mercredi soir, médicalisée par le SAMU 974 dans l'avion du secrétaire d'état à la coopération, Mr Joyandet, présent sur place. L'équipe du SAMU de Saint-Denis est ensuite restée jusqu'au vendredi 3 juillet au poste médical avancé afin de soigner d'éventuels autres survivants. Devant l'absence de chance de retrouver des personnes vivantes, notre équipe est rentrée à La Réunion le 3 juillet 2009. Sa dernière mission avant de partir a été de laisser du matériel médical et des médicaments à l'hôpital de Moroni, dans le cadre d'un partenariat entre le CHR et l'hôpital El Marouf de Moroni. Les besoins sanitaires aux Comores sont grands...

Dr Mathieu Guillotin, responsable des secours médicaux du crash de l'avion Yemenia aux Comores, SAMU 974.

→ Congrès international de médecine d'urgence

Le Grand Raid, les conseils d'un vétéran

Vous allez être nombreux cette année à être sélectionnés pour participer au Grand Raid 2009. À quelques semaines du départ, nous voulions vous apporter les conseils d'un vétéran : M. Jean-Philippe Marie Louise, 4 victoires consécutives à la Grande Traversée (1993 à 1996) nous a donné quelques filons.

L'entraînement

L'entraînement doit démarrer au moins 3 mois avant la compétition voire plus selon le niveau, mais inutile de vous entraîner trop tôt pour éviter la fatigue.

1/ Une longue sortie de 7 à 8 heures tous les 15 jours à hauteur de 60 à 70% des moyens physiques, pour favoriser la récupération. Privilégiez un départ très tôt le matin (4h) pour habituer le corps au démarrage de bonne heure.

2/ Un footing d'une heure sur terrain plat 2 fois par semaine.

3/ Un footing d'une heure avec des séances de côte – 1 minute de récupération en descente, une fois par semaine.

L'alimentation pendant l'entraînement est très importante car elle prépare ce que vous consommerez le jour de la course. M. Marie Louise vous conseille de profiter des entraînements pour tester les aliments, les barres énergétiques... Il insiste sur l'importance de l'alimentation qui doit être la même entre l'entraînement et la course, pour éviter certains désagréments gastriques. La veille de l'entraînement, privilégiez les féculents : pâtes, pommes de terre, riz.

« La préparation dans une grande course est plus dure que la course elle-même».

→ Jean-Philippe MARIE LOUISE

Le jour J

→ Le sac.

Outre le matériel obligatoire : lampe, couverture de survie, bande velpeau, pommade anti-inflammatoire, pull de rechange, sifflet, 2 litres d'eau de réserve, vous pouvez emmenez un K way (surtout pour les marcheurs) et des aliments énergétiques selon votre ravitaillement prévu. Ne vous surchargez pas inutilement.

→ Les chaussures.

Pour M. Marie Louise, les chaussures de jogging sont les meilleures. Il déconseille les chaussures de montagne qui sont moins confortables. Le mieux sont les baskets mixtes route/chemin.

→ Le départ.

Le départ se fait à minuit le vendredi. M. Marie Louise le regrette et préférait les départs à 4 heures qui permettaient d'avoir quelques heures de sommeil. Mais bon, on n'a pas le choix, c'est ainsi ! Essayez de bien dormir la veille (ce qui ne sera pas facile) ou au moins de faire une sieste pour avoir 3 à 4 heures de repos avant de partir.

→ Pendant la course.

Ca y est vous êtes parti...

Inutile de faire un départ rapide, la course est longue. M. Marie Louise nous affirme que tout le monde sera au même niveau à la Plaine des Sables. Ce qui fait la différence, ce sont les descentes qui permettent de gagner un peu de terrain. Il faut « écouter son corps » pour les repos, le rythme, tout dépend de l'individu.

Un conseil important : « ne pas arriver trop cassé à Cilaos – après c'est parti ! »

Si vous rencontrez quelqu'un qui présente un malaise. Arrêtez-vous et portez-lui secours. L'organisation vous redonnera le temps « perdu » à votre arrivée.

→ L'alimentation

Votre seul carburant pour ces 3 jours sera ce que vous buvez et mangez. Ne consommez que des aliments que vous aurez testés lors de vos entrainements. Il faut bien manger, bien s'hydrater, « moi dans mon sac, mi met' Cérelac » nous dit M Marie Louise. Vous pouvez essayer pendant vos entraînements...

Prévoyez de la famille ou des amis pour vous ravitailler sur le parcours avec vos aliments énergétiques favoris. Le soutien de la famille est important, « il m'a permis de tenir physiquement et moralement ».

Les aliments conseillés par M. Marie Louise : Cérelac, soupe chinoise mixée, barres énergétiques ou boissons énergétiques au goût neutre. Au fil de la course le palais peut refuser les goûts sucrés ou salés.

Pensez à boire de l'eau de Vichy à certains moments pour compenser la perte de sel.

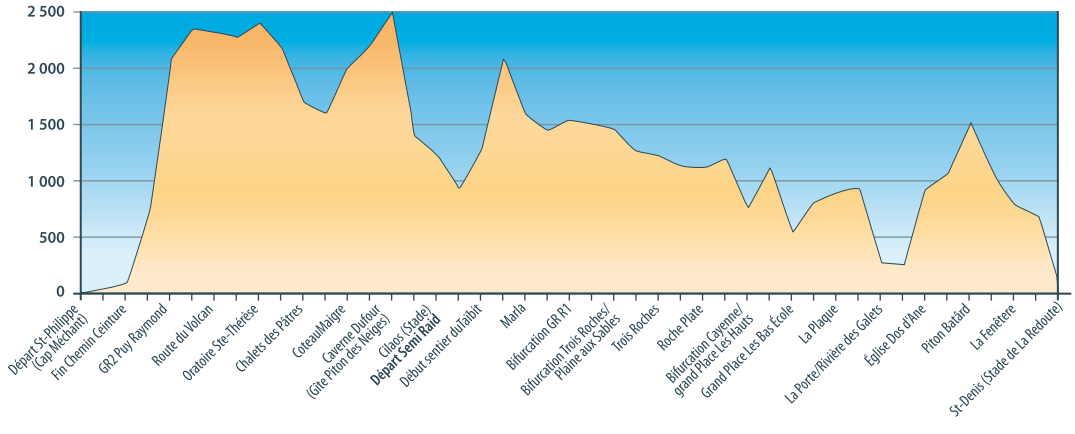
Pour M Marie Louise, « un grand raid ne ressemble jamais à un autre grand raid », le coureur doit s'adapter à ses objectifs et à sa forme physique. Les conseils d'un vétéran sont toujours bons à prendre, mais une chose est sûre, le circuit quel qu'il soit est difficile : « Du moment qu'on est dans Mafate il n'y a pas de sentier facile ».

→ Jean Philippe Marie Louise

› 54 ans, Ambulancier Smur.
› 8 participations au Grand Raid *(anciennement appelé Grande Traversée).*
› 4 victoires consécutives.
› Au CHFG depuis 1977.

- Première participation au grand raid en 1990. Sans entraînement. Sorti 40ème.
- Après un peu d'entrainement, 7e
- 1ère victoire en 1993 - 15 heures 15 minutes - 150km - record battu suite à un pari entre amis, une forte motivation et des heures d'entraînement en montagne.
- 1994, 1995, 1996 : 4 fois vainqueur de la grande traversée
- 2006 : 15e au Grand raid.
- Autres performances :
  → 1993 : 94ème au Marathon de paris sur 30 000 participants – 2H29
  → 1994 : Champion du marathon de La Réunion
  → Vice Champion de France Marathon vétéran 1.

Les principaux sommets qui vous attendent...



Caisse nationale de prévoyance de la **Fonction publique**

Depuis 40 ans LA RÉFÉRENCE

Pour les agents de l'État, hospitaliers, des collectivités territoriales et des établissements publics, leurs conjoints et les anciens agents, **une retraite complémentaire par capitalisation, facultative, entièrement garantie.**

Créée par 4 syndicats de la Fonction publique

Engagements intégralement couverts par les réserves.

Affiliation possible à tout moment et au plus tard à 69 ans.

Déduction fiscale des cotisations* + régime fiscal exceptionnel pour les rachats**

* Dans les limites fixées par la loi

** Pour les agents publics en activité

N° Vert 0 800 208 208

12 bis rue de Courcelles 75008 PARIS - www.prefon.fr

PRÉFON
L'AUTHENTIQUE SÉCURITÉ

Crystalle Public - 01 46 94 94 94