

# Convergence

Ensem' nous serv la vi!

**Dossier P3**

## Un Centre Hospitalier Universitaire à La Réunion

**CHU**  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
LA RÉUNION

**P10 | Focus**

Les transplantations  
reprennent



**P15 | Recherche**

La 3<sup>e</sup> Journée de la  
Recherche Clinique

**3<sup>e</sup>me Journée de la  
Recherche Clinique  
du CHR de La Réunion**  
vendredi 4 novembre 2011

Espace séminaires Tamarin La Saline Les Bains  
de 13h30 à 19h



Éditorial

Le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion a été créé le 29 février 2012, par signature d'une convention entre le Centre Hospitalier Régional et l'Université de La Réunion.

Cette date historique n'est pas un aboutissement, mais marque la naissance d'une structure qui va conforter le rayonnement de La Réunion dans la zone de l'Océan Indien.

Associant les missions de soins, d'enseignement et de recherche, ce CHU va tirer l'ensemble de la santé publique vers le haut et favoriser les formations médicales et paramédicales à la Réunion, en associant les établissements sanitaires publics et privés de La Réunion et de Mayotte, ainsi que les professionnels de santé libéraux à cette dynamique.

Que l'ensemble des acteurs, politiques, médicaux, syndicaux, associatifs, qui ont contribué à la réalisation de ce beau projet en soient remerciés !

Au-delà des clivages politiques et des rivalités de territoires, ils ont su se réunir pour défendre ce projet devenu réalité au bénéfice de la population réunionnaise.

Merci également à l'ensemble du personnel de ce nouveau CHU, qui peut être fier d'appartenir à cette structure d'excellence, qui a contribué à sa naissance, et qui va accompagner son développement jusqu'à l'âge adulte !

Le Directeur Général du CHU,  
Michel CALMON

## Convergence

**- Directeur de la Publication :**

Michel Calmon

**- Réalisation :** Frédérique Boyer

**- Crédit photos :**

© Aporos, © Frédérique Boyer, © Fotolia.com

**- Convergence CHU de La Réunion** est un magazine trimestriel édité à 3 500 exemplaires.

Impression Graphica Saint-André

(Dépôt Légal : 5215)

**- Rédaction :**

Laurent Bien, Frédérique Boyer, Marc Gigante, Jean Bernard Gouyon, Joaquin Martinez, Arnaud Morel, Gérard Payet, Véronique Perrot, Luis Santos, Peter von Theobald.

**- Infographie :** Leclerc communication

**- Contact :** Frédérique Boyer,

Service communication et culture du CHU

0262 35 95 45.

frederique.boyer@chr-reunion.fr

**- Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion**

› **Direction Générale du CHU**

11, rue de l'hôpital - 97460 Saint-Paul

Tél. 0262 35 95 40/41 - Fax 0262 49 53 47

› **CHU Félix Guyon**

97405 Saint-Denis Cedex

Tél. 0262 90 50 01 Fax 0262 90 50 51

› **CHU Sud Réunion**

BP 350 - 97448 Saint Pierre Cedex

Tél. 0262 35 95 55/56 - Fax 0262 35 90 04

## Au Sommaire

**3 ..... Dossier**

- Un nouveau Centre Hospitalier Universitaire voit le jour
- Les instances
- Les filières de soins du CHU

**10 ..... Focus**

- Les transplantations reprennent

**11 ..... Le soin, un métier**

- Les professions hospitalo universitaires

**12 ..... Qualité**

- Visite HAS : résultats d'autoévaluation et cotations

**15 ..... Recherche**

- Ouverture de l'Unité de Soutien Méthodologique
- La 3<sup>e</sup> Journée de la Recherche Clinique
- Point sur les projets de recherche clinique

**18 ..... Enseignement, formation**

- Le CHU et la formation des professionnels de santé, ... une histoire en parallèle

# Un nouveau Centre Hospitalier Universitaire voit le jour à La Réunion



**Suite à la fusion juridique des deux établissements de Saint-Denis (Centre Hospitalier Félix Guyon) et du Groupe Hospitalier Sud Réunion (Saint-Pierre, Le Tampon, Saint-Louis, Saint-Joseph, Cilaos) pour constituer le CHR par décret du Premier Ministre du 21 novembre 2011, et après signature de la Convention hospitalo-universitaire entre le CHR et l'UFR Santé de l'Université de La Réunion, le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion est créé. Cette décision nationale consacre la qualité reconnue depuis de nombreuses années des équipes hospitalières de Saint-Denis et de Saint-Pierre.**

Cette démarche engagée depuis 2006, accompagnée par l'Agence de Santé Océan Indien traduit le rapprochement des communautés médicales et hospitalières et l'accord des professionnels de santé, des élus, et de l'Université, pour disposer, au cœur de l'océan Indien, d'un équipement performant au service de la santé de tous ses habitants.

C'est un moment important que vivent actuellement les professionnels de santé de la région Réunion/Mayotte avec la création, d'un 30<sup>e</sup> CHU en France. Il regroupe le CHR (sites de St Denis et du GHSR) et l'UFR Santé de l'Université de La Réunion pour former un établissement dont la taille le situe au 15<sup>e</sup> rang des CHU en matière d'activité.

Déjà présent sur nombre d'activités de recours et de référence, le CHU a prévu dans son Projet de Prise en charge du Patient de conforter ces missions, et de

dynamiser les activités de recherche et d'enseignement déjà présentes. Ainsi les étudiants de médecine pourront effectuer dès la rentrée 2012 les 3 premières années à La Réunion avant de poursuivre leur cursus dans une université métropolitaine, puis de revenir effectuer leur internat dans l'océan Indien.

En matière de recherche, et dans le cadre de Départements hospitalo-universitaires structurés en partenariat avec l'Université, l'accent sera mis sur les pathologies spécifiques à la zone océan Indien dans laquelle rayonne le CHU : maladies métaboliques, maladies infectieuses et immunopathologies, périnatalité et génétique.

Pour autant, l'établissement n'oublie pas son rôle de proximité en favorisant le développement d'une large offre de soins sur les bassins de vie d'implantation de ses sites, privilégiant l'organisation de filières de prises en charge coordonnées avec

les autres établissements et l'ensemble des opérateurs publics, privés et libéraux de la Réunion et de Mayotte.

Dans une région où la population est en forte croissance et où l'isolement géographique constitue un handicap pour l'accès aux soins, le choix de créer un CHU est un investissement pour l'avenir. Le CHU, tout en contribuant à une amélioration de la qualité des soins et à un élargissement de l'offre très spécialisée disponible dans la région, favorisera l'accès de jeunes réunionnais ou mahorais aux carrières médicales et paramédicales et leur installation sur place.

Le CHU de La Réunion, au service de la population des deux DOM (Réunion et Mayotte), contribuera également à partager le savoir-faire français en santé dans l'espace géographique de l'océan Indien.

# Les instances consultatives et délibératives du CHU de La Réunion désormais en place

## ● Les instances du nouvel établissement public de santé CHU de La Réunion

**Le CHU de La Réunion, en tant que nouvel établissement public de santé créé par fusion juridique du Centre hospitalier Félix Guyon et du Groupe hospitalier Sud Réunion<sup>1</sup>, existe depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. La principale différence par rapport à son statut antérieur tient au fait que le CHR est désormais doté de l'autonomie administrative et financière.**

La signature de la convention hospitalo-universitaire avec l'Université de La Réunion en a fait un CHU (Centre Hospitalier Universitaire). Sur le plan du fonctionnement hospitalier, la nécessaire création des instances consultatives et délibératives de ce nouvel hôpital résulte de ces modifications. Ces instances, mises en place en janvier / février 2012<sup>2</sup>, succèdent sur le plan légal aux instances du CHFG et du GHSR. Mais elles remplacent également les instances CHR dites « préfiguratrices », sans valeur juridique mais qui ont préparé, au cours de l'année 2011, la mise en place de ces nouvelles instances CHU par un travail commun des représentants des deux sites hospitaliers.

Le Conseil de surveillance du CHU de La Réunion devient l'unique instance

délibérative et se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent de sa gestion. Composée d'élus, de représentants des usagers, du personnel médical et non médical de l'établissement, cette instance vient de délibérer, lors de sa séance du 27 février, sur l'adoption de la convention constitutive du CHU de La Réunion. Parmi les autres compétences du Conseil de surveillance, soulignons qu'il adopte le projet d'établissement, et rend un avis sur la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, sur la politique immobilière de l'hôpital (acquisition, vente d'immeubles, certains baux...) et sur son règlement intérieur décrivant son organisation.

La Commission médicale d'établissement du CHU, représentant la communauté médicale de l'hôpital, contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, attribution majeure confiée à cette instance depuis la réforme dite « HPST ». Dans ce cadre, elle propose un programme d'action d'amélioration de la qualité au directeur général. Elle est par ailleurs consultée dans d'autres domaines qui l'intéressent directement tels que le projet médical, le projet d'établissement,

l'exercice de missions de service public, la formation, la création du CHU, ou encore le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS.

Le Comité technique d'établissement du CHU, constitué à l'issue des élections professionnelles du 20 octobre 2011, est composé des représentants du personnel élus sur les listes présentées par les organisations syndicales. Il est consulté sur l'ensemble des projets de délibération du Conseil de surveillance. Il conserve par ailleurs ses attributions traditionnelles en rendant notamment un avis sur les conditions et l'organisation du travail, les critères de répartition des primes, la politique sociale, la formation.

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHU représente les personnels soignants et médico-techniques élus sans étiquette syndicale. Cette instance est notamment consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHU, sur l'organisation générale des soins, sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ainsi que sur les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers.

<sup>1</sup> Décret n°2011-1598 du 21 novembre 2011

<sup>2</sup> CSIRMT le 27/01/12 ; CTE le 30/01/12 ; CME le 2/02/12 ; Conseil de surveillance le 27/02/12

## ● Les spécificités aménagées dans l'organisation des instances pour accompagner la fusion

**La constitution des nouvelles instances est le résultat d'une fusion des deux établissements au sein du CHU de La Réunion. Cependant, il est important de prendre en compte le maintien de certaines réalités, telles que l'éloignement géographique des sites de Saint Denis et de Saint Pierre, des cultures et histoires hospitalières différentes, des modes de gestion en cours d'harmonisation ou de convergence.**

C'est pourquoi il était important de conserver certaines spécificités dans l'organisation et le fonctionnement du CHU de La Réunion.

La première, sinon la principale, consiste à conserver sur chaque site hospitalier nord et sud un management de proximité au contact des équipes hospitalières et des personnels, des usagers, des problématiques de site. Aussi la direction générale a-t-elle maintenu sur chaque pôle géographique une direction de site et des directions fonctionnelles

opérationnelles (direction des ressources humaines, direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, direction des travaux et des services techniques, direction des affaires économiques).

Dans cette même logique, les protocoles d'accord relatifs à la fusion du CHFG et du GHSR signés en mai 2011 avec la majorité des organisations syndicales et les principales autorités de l'hôpital, avaient fixé le principe du maintien des instances consultatives de site hospitalier

(Commission consultative du conseil de surveillance, Directoire de site, Comité médical consultatif, CTE local, Commission consultative des SIRMT, Commissions paritaires consultatives), considérant qu'elles favorisent le dialogue de proximité et une concertation préalable aux instances du CHU. Elles se sont donc tenues pour leur première séance en janvier 2012.

Ces instances de site, instances « ad hoc », c'est-à-dire n'ayant pas d'existence réglementaire, ont été créées par le règlement intérieur du CHU de La Réunion. Elles sont consultées schématiquement sur les mêmes questions que celles examinées par les instances du CHU, ou parfois sur les matières intéressant leurs sites respectifs. Les instances du CHU disposent ainsi d'une concertation préalable qui autorise la prise en considération des spécificités locales dans la mise en œuvre des politiques institutionnelles.

La seconde se rapporte à l'exercice des fonctions liées à la présidence du Conseil de surveillance et de la CME du CHU de La Réunion. En application des protocoles d'accord relatifs à la fusion du CHFG et du GHSR, il a été convenu, pendant cette période de transition de 4 à 5 ans



correspondant au premier mandat des instances du CHU de La Réunion que la présidence du Conseil de surveillance et de la CME sera assurée par alternance annuelle par des représentants de chacun des sites, dans le but de garantir une continuité des politiques institutionnelles privilégiant l'intérêt supérieur du CHU. Cette modalité d'alternance a été formalisée dans les règlements intérieurs du Conseil de surveillance et de la CME du CHU.

Le 27 février 2012, Monsieur Bernard VON PINE a été élu pour présider le Conseil de surveillance du CHU. Madame Nassimah DINDAR, Présidente du Conseil général, a été élue vice-présidente. Monsieur

VON PINE présidera cette instance en 2012 puis, en 2013, ces fonctions seront assurées par Madame DINDAR.

Au titre de la CME du CHU, Monsieur le Docteur Twafiq HENNI, praticien hospitalier du site CHFG, a été élu le 2 février 2012 président de cette instance et exercera en 2012 les fonctions de président. Monsieur le Docteur José GUISEIX, praticien hospitalier du site GHSR, a été élu vice-président et assurera, au terme de la première année du mandat de la CME, c'est-à-dire à compter de 2013, la présidence pour un an de cette instance, avant d'être remplacé par son confrère pour un an, et ainsi de suite.

## ● Participation de l'Université aux instances du CHU de La Réunion

**La signature de la Convention constitutive du CHU de La Réunion, le 29 février 2012, par le Directeur général du CHR de La Réunion et le Président de l'Université de La Réunion, a marqué la création du CHU de La Réunion, 30<sup>e</sup> CHU à être créé en France et 15<sup>e</sup> CHU au rang national au regard de son activité.**

Cette transformation du CHR en CHU ne modifie pas l'organisation hospitalière décrite ci-dessus, mais la complète. En effet, pour les 30 CHU français, la loi prévoit une participation de l'Université à certaines instances hospitalières et confère par ailleurs à ces établissements des responsabilités en matière de recherche et d'enseignement qui se traduisent dans la gouvernance de ses instances.

La composition du Directoire, chargé

de conseiller le directeur général dans la conduite de la politique générale du CHU, va prochainement s'adapter au changement de statut de notre établissement. En plus des 7 membres actuels de cette instance présidée par le directeur général, et vice-présidée par le président de la CME, deux membres supplémentaires participeront à ces travaux. D'une part un vice-président doyen, directeur de l'UFR santé, d'autre part un troisième vice-président, chargé de la recherche, nommé par le directeur général sur proposition conjointe du président de l'Inserm, du président de l'Université de La Réunion et du vice-président doyen.

De même, au sein de la CME du CHU, les premiers praticiens « Professeurs des universités-Praticiens hospitaliers », c'est-à-dire relevant à la fois de

l'hôpital et de l'université, constitueront un collège supplémentaire de cette instance et participeront de droit avec voix délibérative aux séances de cette instance. Par ailleurs, le directeur de la faculté de santé<sup>3</sup> de La Réunion participe désormais avec voix consultative aux séances de la CME.

Enfin, le Conseil de surveillance du CHU de La Réunion accueille désormais le Directeur de l'UFR Santé de l'Université de La Réunion qui participe, également avec voix consultative, aux séances de cette instance.

En conclusion, la gouvernance du CHR est aujourd'hui en place et celle du CHU sera adaptée à l'occasion des prochaines instances de l'établissement qui se tiendront du 24 mai au 7 juin 2012.

<sup>3</sup> Unité de formation et de recherche Santé, constituant l'une des composantes de l'Université de La Réunion

# Les instances du CHU de La Réunion en 2012

## Le conseil de surveillance CHU

**Président** : M. Bernard VON PINE

**Vice-présidente** : M<sup>me</sup> Nassimah DINDAR

### Membres avec voix délibérative

#### > Collège 1 - Représentants des collectivités territoriales

Maire de la Commune siège du CHU (Saint Denis), ou représentant ..... Madame Nalini VELOUPOULE-MERLO  
 Représentant du TCO, EPCI ..... Monsieur Jean-Yves LANGENIER  
 Président du Conseil général, ou représentant ..... Madame Nassimah DINDAR  
 Représentant du Conseil général autre que La Réunion (Mayotte)..... Monsieur Omar Saïd OILI  
 Représentant du Conseil Régional..... Monsieur Serge CAMATCHY

#### > Collège 2 - Représentants du personnel

Membre de la CSIRMT ..... Monsieur Guy LEBON  
 Membre 1 désigné par la CME..... Monsieur Dominique FERRANDIZ  
 Membre 2 désigné par la CME..... Monsieur Jean-Fabien ROUANET  
 Membre 1 désigné par les organisations syndicales ..... Monsieur Benjamin VIRAPIN MODELY (CFTC)  
 Membre 2 désigné par les organisations syndicales ..... Monsieur Patrick VAYABOURY (FO)

#### > Collège 3 - Représentants des personnalités qualifiées

Personnalité qualifiée 1, désignée par la Directrice générale de l'ARS OI ..... Monsieur Bernard VON PINE  
 Personnalité qualifiée 2, désignée par la Directrice générale de l'ARS OI ..... Monsieur Sachi BACHUN, Union régionale des professions de santé  
 Personnalité qualifiée 3, désignée par le Préfet de La Réunion ..... Monsieur Michel FONTAINE, sénateur, maire de Saint Pierre  
 Représentant des usagers 1, désignée par le Préfet de La Réunion ..... Madame Cécile LUCILLY (UDAF)  
 Représentant des usagers 2, désignée par le Préfet de La Réunion ..... Monsieur André ROGER, Association réunionnaise des familles et amis de malades et handicapés psychiques (ARFAMHP)

### Membres avec voix consultative

Directrice générale de l'ARS Océan Indien..... Madame Chantal De SINGLY  
 Directeur général de la CGSS de La Réunion ..... Monsieur Jean-Paul PHELIPPEAU  
 Président de la CME, vice-président du Directoire ..... Monsieur le Docteur Tawfiq HENNI  
 Représentante de la structure chargée de la réflexion d'éthique..... Madame Magali CARBONNIER  
 Représentant d'un Conseil de la vie sociale d'un EHPAD géré par le CHU ..... A désigner

**Il reste à désigner le représentant de l'Université de La Réunion pour finaliser la composition du Conseil de Surveillance du CHU**

## Les autres instances du CHU de La Réunion

Directoire	CME	CTE	CSIRMT	CAPL
<p><b>Président</b> :</p> <p>M. Michel CALMON, Directeur général</p> <p><b>Vice-président</b> :</p> <p>Dr Tawfiq HENNI, Président de la CME</p> <p>9 membres</p>	<p><b>Président</b> :</p> <p>Dr Tawfiq HENNI</p> <p><b>Vice-président</b> :</p> <p>Dr José GUISEIX</p> <p>72 membres avec voix délibérative 7 membres avec voix consultative</p>	<p><b>Président</b> :</p> <p>M. Michel CALMON, Directeur général</p> <p>18 membres avec voix délibérative</p>	<p><b>Présidente</b> :</p> <p>M<sup>me</sup> Frédérique ARONICA, Coordinatrice générale des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques du site CHFG (en alternance annuelle avec M. Jean-Marie LEBON, Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques du site GHSR)</p> <p>31 membres avec voix délibérative 6 membres avec voix consultative</p>	<p><b>Président</b> :</p> <p>M. Bernard VON PINE, Président du Conseil de surveillance</p> <p>9 CAPL</p> <p>27 membres représentants du personnel 27 membres représentants de l'administration</p>

## Les filières de soins du CHU

*Au CHU de La Réunion, la mise en place d'une organisation interne en filières de soins s'imposait comme une évidence pour faire se rejoindre des équipes éloignées géographiquement. Elle a exigé d'importantes réflexions et mises en commun qui ont toutefois laissé toute leur place aux pôles de soins et médico-techniques.*

*L'évolution des problématiques de santé, l'amélioration des techniques et protocoles de soins, la diffusion de nouveaux modes de prises en charge nécessitent que soient revues périodiquement les trajectoires des patients. De plus,*

*le CHU doit prendre en compte les partenaires avec lesquels il travaille sur la région Réunion / Mayotte pour dessiner les contours de l'offre de soins, en accord avec les orientations définies par l'Agence de Santé océan Indien.*

*Le projet de prise en charge du patient 2012-2016 retrace les orientations stratégiques du CHU de La Réunion dont la mise en œuvre est assurée par les pôles dans le cadre de 14 filières de soins et médico-techniques. Une rapide description de ces filières permettra au lecteur d'avoir un aperçu des activités déployées par le CHU au bénéfice de la population.*



### ● Les filières

#### → Filière hémato-oncologique

*Le CHU prend en charge la totalité de la cancérologie pédiatrique, l'essentiel de l'activité d'hématologie (75%), ainsi qu'une part importante des séances de chimiothérapie (52%) et de radiothérapie à La Réunion.*

La filière est particulièrement dynamique : constitution de deux Centres de coordination de cancérologie ; mise en place d'un réseau régional d'oncologie (Oncorun) ; et généralisation des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP). Des équipes mobiles de soins palliatifs complètent l'offre sur les deux sites du CHR.

Compte-tenu de l'évolution des besoins de la population, la filière souhaite développer cinq orientations :

- Après avoir évalué les besoins d'allogreffes médullaires et ses extensions d'indications, renforcer le dispositif actuel permettra la création d'un centre agréé de prélèvement sur donneurs volontaires de moelle osseuse. Le prélèvement de sang de cordon sera également favorisé ainsi que les autogreffes pour les enfants.

- Développer les activités de la Banque de tissus et de cellules (BCT).
- Investir en médecine nucléaire afin de généraliser l'accès au plateau technique lourd et favoriser le développement du dépistage en lien avec les spécialités du CHU.
- Mettre en place de nouvelles consultations en oncogénétique et en oncogériatrie.
- Enfin, améliorer le dispositif de soins palliatifs et celui de prise en charge des patients en fin de vie par création et spécialisation de capacités supplémentaires.

#### → Filière des maladies métaboliques et IRC

*L'hospitalisation en endocrinologie est assurée à près de 80% par le CHR. En néphrologie, l'établissement réalise la moitié de l'activité régionale hors séances et assure les transplantations rénales. Enfin, il effectue 1/3 des séances de dialyse.*

La filière a déjà développé une prise en charge complète et de qualité : solutions alternatives à l'hospitalisation complète ;

activité de diabétologie de liaison ; ou encore création d'une unité de nutrition clinique transversale. Le développement de l'éducation est un axe majeur, en articulation avec les différents réseaux existant sur la région.

Mais, compte-tenu des spécificités de santé publique du territoire, les besoins sont immenses. Aussi la filière prévoit, d'une part, de poursuivre l'adaptation vers les alternatives à l'hospitalisation en diabétologie et de fluidifier le parcours de soins, de mettre en place une filière de prise en charge des patients obèses, et d'autre part d'assurer une meilleure coordination des actions d'éducation thérapeutique en créant une unité transversale implantée sur les deux sites du CHU.

L'activité de néphrologie cherchera à développer les prélèvements pour répondre à la demande croissante de greffes rénales sur la région. Dans le même temps, le dépistage et la prévention de l'insuffisance rénale chronique (IRC), en lien avec la médecine de ville, seront améliorés.

### → Filière cardio-vasculaire

*L'activité de médecine cardiologique du CHR représente 60% de la prise en charge régionale (hors cathétérismes) et en chirurgie cardiaque et thoracique, la prise en charge est quasi exclusivement assurée par le CHU. Les évolutions démographiques à venir devraient entraîner une augmentation des besoins régionaux sur la spécialité.* Aussi la filière s'est-elle engagée à développer l'offre de chirurgie cardiaque et notamment une activité de greffe ; et à la consolider grâce aux partenariats avec les autres établissements et la médecine de ville. Le développement de la télécardiologie pour la surveillance des pacemakers et défibrillateurs, le renforcement de la prise en charge de l'urgence cardiaque et un recours facilité à l'USIC (unité de soins intensifs en cardiologie) permettront une meilleure prise en charge des patients.

### → Filières des autres spécialités médicales

*La filière des autres spécialités médicales du CHU assure 60% de l'activité régionale en digestif (hors endoscopies), 70% en pneumologie, 86% sur les maladies infectieuses et 72% en rhumatologie pour ne citer que ces disciplines.*

Là encore, l'évolution démographique et les spécificités régionales en matière de santé publique ont amené plusieurs projets à se concrétiser : mise en place de services de médecine polyvalente sur les deux sites ; développement d'actions d'éducation thérapeutique ; labellisation des Centres de compétence pour les maladies auto-immunes rares et pour les hypertensions pulmonaires sévères ; ou encore mise en place d'équipes de liaison en addictologie.

La filière poursuivra plusieurs orientations : renforcer l'offre de soins de pneumologie et poursuivre les actions d'éducation thérapeutique ; développer les activités de cancérologie et favoriser les endoscopies en hépato-gastro-entérologie ; renforcer l'offre d'addictologie et participer à la création d'un réseau régional avec les autres acteurs.

Les unités de maladies infectieuses du CHU orienteront leur activité vers la prise en charge des infections complexes et nécessitant une expertise hyperspécialisée

et, en collaboration avec la médecine de ville, une meilleure prise en charge des patients atteints du VIH.

### → Filière urgences et réanimation

*La filière urgences et réanimation articule le SAMU et sa régulation, un Service d'Accueil des Urgences (SAU) sur les deux sites du CHU, des services de soins critiques, une prise en charge des grands brûlés, et une activité d'hyperbarie.* Elle permet d'offrir des réponses également en matière de risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique), d'accès aux soins pour les populations précaires et/ou fragilisés ou encore d'évacuations sanitaires.

Les années à venir seront consacrées à développer les soins continus polyvalents afin de soulager les services de réanimation, à accompagner les établissements de la zone pour structurer l'offre de soins critiques, ou encore à améliorer les interventions de l'unité mobile d'assistance circulatoire (UMAC). Le recours à l'oxygénothérapie hyperbare dans la prise en charge des pathologies chroniques sera également développé, le SAMU mettra en place une plateforme commune d'appel avec le SDIS et l'efficacité des services d'urgence fera l'objet d'une attention particulière.

En renforçant les moyens des PASS, l'accès aux soins des populations en situation de précarité sera amélioré. Enfin l'activité de prélèvement d'organes, de tissus et de cellules sera consolidée.

### → Filière anesthésie et chirurgie

*Le CHU est un acteur important avec 30% de l'ensemble de l'activité régionale de chirurgie (87% en cardiologie et thoracique, 40% en digestif et en urologie, 36% en orthotraumatologie...), et plus de 40% hors ambulatoire.*

Le fort développement des alternatives à l'hospitalisation complète sera poursuivi, en lien avec le renforcement de l'organisation des blocs opératoires et dans le contexte d'évolution immobilière sur les deux sites.

**La filière compte porter plusieurs projets :** Structurer autour du CHU la prise en charge des urgences graves de la main ; Répondre aux enjeux croissants d'accès aux soins dentaires pour une part importante de la population réunionnaise

et notamment les plus fragiles ; Améliorer la permanence des soins (PDS) en chirurgie vasculaire ; Mettre en place une activité d'implants cochléaires et développer l'activité de prélèvements et de greffe de cornées ; Implanter une activité de chirurgie bariatrique ; Renforcer et développer l'offre locale de chirurgie cardiaque, en collaboration avec le secteur privé, pour faciliter l'accès aux soins et répondre aux besoins croissants sur la zone.

### → Filière femme - mère - enfant

Le CHU est un acteur majeur de la périnatalité à La Réunion, avec les deux maternités de niveau III de l'île, implantées sur chacun des sites, et qui réalisent 40% des naissances sur la région et prennent en charge la totalité des grossesses à haut risque. L'établissement assure également un rôle de recours régional sur différentes sur-spécialités pédiatriques : il prend ainsi en charge 56% des séjours des patients de moins de 18 ans sur l'île.

Les équipes se sont investies dans la structuration de cette filière sur plusieurs thématiques : la Procréation Médicalement Assistée ; le diagnostic anténatal avec mise en place de consultations pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ; un recueil épidémiologique partagé (observatoire des grands prématurés, recueil des malformations)...

**Les projets de la filière sont très nombreux :**

- L'offre de soins gynécologiques sera renforcée, notamment pour l'endométriopse profonde, les troubles majeurs de la statique pelvienne, et l'endoscopie gynécologique développée
- Les soins critiques pédiatriques, l'oncopédiatrie, la cardiopédiatrie, la neuropédiatrie ou encore la prise en charge de l'asthme bénéficieront d'une attention particulière.
- L'organisation de la chirurgie infantile au sein d'un service unique regroupant les chirurgiens des deux sites permettra une répartition des activités garantissant accessibilité, qualité et sécurité des soins.
- Le dépistage sera à l'honneur : systématique pour les grossesses à risque ainsi que de la surdité congénitale, également pour les adolescents présentant une obésité morbide.

- L'accès à la transplantation et à toutes les techniques de suppléance à l'insuffisance rénale terminale seront améliorés.
- Enfin la filière cherchera à développer l'offre existante en médecine de l'adolescent, en SSR pédiatrique et en éducation thérapeutique.

#### → Filière neurologique et SSR

*La filière neurologique et SSR du CHU réalise 66% des séjours de la région en médecine, 64% en chirurgie et 17% en SSR.*

La filière est déjà structurée autour de la prise en charge des AVC, du développement du recours à la thrombolyse et a obtenu la labellisation d'un centre de référence des maladies neuromusculaires et neurologiques rares. Le SSR a également été consolidé.

Les prochaines années verront l'accès aux unités de neurologie se renforcer et le recours à la télé-médecine se généraliser. L'objectif de réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée des AVC sera central, dans le cadre de coopérations avec les autres structures de La Réunion et un recours plus fréquent aux UNV. Le CHU visera la labellisation d'un centre mémoire de ressources et de recherche.

L'offre de SSR spécialisée devra s'étoffer et la prise en charge de la douleur bénéficier d'un centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

#### → Filière gériatrie

*La Réunion se caractérise par une population qui reste très jeune (37% de la population à moins de 20 ans), mais qui est confrontée depuis ces dernières décennies à un accroissement régulier de sa population âgée, dont les motifs de recours aux soins concernent principalement les affections cardiovasculaires, les troubles métaboliques et nutritionnels, les douleurs et le cognitif.*

Certains aspects de la prise en charge de cette population restent insuffisamment couverts par l'offre de soins actuelle : maladie d'Alzheimer, psychiatrie du 3<sup>e</sup> âge, géronto-psychiatrie, SSR gériatrique. La filière gériatrie du CHU s'est donnée pour objectifs de renforcer et poursuivre la diversification de l'offre de soins gériatrique au regard des besoins exprimés et attendus. Elle souhaite contribuer à une meilleure fluidité du parcours du patient âgé sur les territoires, en amont (dépistage précoce du vieillissement pathologique...) comme en aval (création de SSR spécialisé...).

#### → Filière santé mentale

*La psychiatrie réunionnaise se caractérise par un sous-équipement patent au regard des niveaux métropolitains, une densité de psychiatres et un taux de recours à la psychiatrie publique inférieurs. Pour autant, La Réunion est particulièrement concernée par la prévalence des troubles mentaux du fait de nombreux facteurs de risques : alcoolisme, polytoxicomanie, précarité, etc.*

Le CHU assure une part importante de la prise en charge psychiatrique sur l'île via son site de Saint Pierre qui est en charge des deux secteurs en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile.

La filière psychiatrie, sous réserve d'en obtenir les moyens, souhaite améliorer la couverture des besoins par un renforcement des capacités d'hospitalisation, la poursuite du développement des prises en charge ambulatoires et l'amélioration des interfaces avec la médecine somatique. L'installation des lits du secteur nord sur le site du CHU, le recours plus aisé aux nouvelles technologies d'investigation et de traitement, participeront à cette amélioration qui sera complétée par une meilleure collaboration dans la prise en charge des adolescents et le renforcement de la prise en charge de l'autisme dans la région.

#### → Filière biologie

*La Réunion dispose de trois laboratoires publics dont un sur chacun des sites du CHU.*

Ces derniers, dans une démarche commune, consolident la filière de biologie et se préparent à l'accréditation COFRAC en 2013. Cela passe par un programme d'acquisition de nouveaux équipements, le développement de nouvelles activités, notamment de référence pour la zone, ou encore la poursuite des activités de suivi thérapeutique et pharmacologique et de pharmacogénétique au laboratoire de biochimie.

#### → Filière imagerie

*La Réunion a comblé partiellement son retard en matière d'équipement d'imagerie par rapport à la Métropole depuis une dizaine d'années.* Le CHU assure une part importante de l'offre de soins sur la zone avec des activités qui vont de la réponse aux besoins de proximité aux expertises spécialisées liées à son rôle de recours : IRM, scanners, TEP, gammacaméras, lithotriporteur, salle de radiologie vasculaire interventionnelle...

Cependant l'évolution régulière des

technologies et la progression induite des besoins, liés à la place croissante de l'imagerie dans les stratégies diagnostiques et thérapeutiques et dans les activités de recherche, nécessitent de compléter et moderniser ce parc en permanence. De plus, le développement de la télé-radiologie au sein du CHU et à l'échelle régionale permettra de faciliter l'accès aux diagnostics.

La filière souhaite porter son effort sur l'accessibilité aux plateaux techniques, y compris aux techniques de pointe, et encore sécuriser les prises en charge.

#### → Filière pharmacie

*La filière pharmacie du CHU s'est déjà engagée dans de nombreuses améliorations : maîtrise des dépenses pharmaceutiques, optimisation des approvisionnements, sécurisation du circuit du médicament.*

Elle compte bien entendu poursuivre ces efforts dans les années à venir. Mais la filière souhaite également renforcer l'activité de pharmacotechnie (médicaments radiopharmaceutiques, préparation hospitalière non stérile...) pour répondre aux besoins propres de l'établissement et des autres structures de la zone.

#### → Filière qualité et vigilances

*En matière de qualité et vigilances, la période à venir sera marquée par des échéances importantes pour l'établissement : certification HAS en 2012 et mise en œuvre du Contrat Performance signé avec l'ANAP et l'ARS pour la période 2011-2013 dont le « fil conducteur » est le renforcement de la démarche qualité.*

La filière s'est organisée pour répondre à ces enjeux selon trois axes : la structuration du pilotage et de la gestion de la politique « qualité et gestion des risques » aux différents niveaux de l'institution ; l'amélioration de la qualité sur des thématiques transversales prioritaires ; la déclinaison de la démarche dans les pratiques de prise en charge au quotidien.

Mobilisées, très dynamiques, les filières devront absorber les évolutions entraînées par la signature de la convention avec l'Université de La Réunion qui fait du CHR un centre hospitalier universitaire. Ainsi, la naissance de Départements Hospitalo-Universitaires (DHU), orientés vers la recherche et l'enseignement sur les thématiques choisies en fonction du contexte régional, devra permettre aux pôles, sous réserve probablement de quelques évolutions de périmètre, d'entrer pleinement dans cette nouvelle dimension.

# Les transplantations reprennent

La transplantation est indispensable à La Réunion, l'incidence de l'insuffisance rénale triplant par rapport à la métropole. De plus, ici comme dans le reste du monde, la qualité et l'espérance de vie est meilleure avec un rein transplanté qu'en dialyse...

## ● Une filière de transplantation entièrement renouvelée, deux missions de l'Agence de la BioMédecine.

Après plus de 20 mois d'interruption, La Réunion transpose donc à nouveau. Le 8 novembre dernier, la reprise de l'activité a été annoncée officiellement en conférence de presse par la Directrice de l'ARS-OI et le Directeur Général du CHU de La Réunion.

Le Professeur Lionel Badet, Urologue transplanteur à Lyon, a dirigé 2 missions pour l'Agence de Biomédecine (ABM). Lors de la première en mai dernier, il a évalué le travail effectué au sein du centre hospitalier. Pour son deuxième séjour, il a vérifié que les conditions de reprise étaient présentes, obtenu de l'ARS l'autorisation administrative et supervisé la première transplantation. Les principales nouveautés sont les suivantes :

- Le Docteur Nicole Lefrançois,

néphrologue transplanteur internationalement reconnu est désormais entièrement dédié à cette activité.

- L'équipe de chirurgiens urologue a été renouvelée et est désormais sous la responsabilité d'un urologue transplanteur expérimenté.
- Le laboratoire d'histocompatibilité est sous la responsabilité du Dr Charlotte Gazaille, spécialement recruté et formé pour l'occasion.
- La transplantation est désormais réalisée dans les salles de chirurgie cardiaque, bénéficiant ainsi d'un suivi per et post opératoire avec une compétence en anesthésie et réanimation sur place 24h/24.
- Les modalités de prélèvement ont été



revues et les chirurgiens préleveurs ont pu participer à une formation assurée par deux enseignants reconnus.

Ainsi, avec une équipe médicale et paramédicale motivée, la reprise intervint sans heurt...

## ● Des résultats parmi les meilleurs de France en matière d'ischémie

La règle instaurée a donc été de transplanter avec la durée d'ischémie la plus courte possible. Les règles de répartition nationale nous imposant généralement d'envoyer un des deux reins en métropole, les prélèvements débutent donc en fin d'après-midi, les avions de ligne quittant l'île en soirée. Nous devons désormais transplanter la nuit. L'activité nocturne, si elle ne se

répète pas trop souvent, est un gage d'efficacité : les personnes dédiées sont sur une liste d'astreinte et donc triées sur le volet, il n'y a pas d'embouteillage, pas d'activité professionnelle parasite, pas d'attente délétère, l'activité de soins étant par ailleurs réduite. Ce dispositif nous a permis de transplanter le premier rein local avec une durée d'ischémie inférieure à 10 heures dans tous les cas alors que la moyenne nationale est supérieure

à 15 heures. Quand le deuxième rein nous a été attribué il a été transplanté en moins de 12 heures (moyenne nationale supérieure à 19 heures), soit symboliquement avant son arrivée prévue à Orly s'il avait été destiné à la métropole. Ces résultats devraient dans l'avenir inciter les instances de régulation à privilégier l'attribution Réunionnaise des deux reins, dans le respect des règles de répartition.

● Les coordinations hospitalières des dons d'organes et de tissus ont créé un nouveau site internet consacré au don

d'organes à La Réunion [www.undonpourlavie.re](http://www.undonpourlavie.re).

Ce site retrace l'histoire du don et les chiffres à La Réunion. Il présente de manière ludique et animée

le circuit du don à la greffe ainsi que des informations essentielles sur le don du vivant, le don après la mort, la greffe de cornée et la greffe de rein. Enfin, un Quiz permet de tester les connaissances de l'internaute.



## ● L'avenir : le donneur vivant et la transplantation cardiaque

Si les patients ayant besoin d'une transplantation rénale sont plus nombreux qu'en métropole, les potentiels donneurs décédés n'augmentent pas dans les mêmes proportions. Il nous faut donc augmenter l'activité pour répondre aux besoins de Santé Publique de la population, en faisant appel à la solidarité nationale (reins de métropole) ou à la solidarité des proches. Le prélèvement d'un donneur vivant est une activité d'experts soumise à

autorisation. Le chirurgien responsable de la transplantation, même s'il a une grande expérience de cette activité, n'envisage pas de pouvoir réunir les conditions nécessaires à sa parfaite réalisation avant plusieurs mois.

Le centre hospitalier universitaire disposant d'un service de chirurgie cardiaque de référence ; la transplantation cardiaque pourrait donc elle aussi débuter prochainement.

# Les professions hospitalo universitaires

En ce début d'année 2012, le CHR de La Réunion, enfin fusionné, est devenu un CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

Devenir CHU se traduit par l'apparition d'une nouvelle catégorie de personnel médical, dit « HU ». Quels sont les métiers HU ? Comment vont-ils s'intégrer dans les structures ? Quel impact auront-ils sur le quotidien des personnels ? Quel intérêt pour La Réunion ? Voilà quelques interrogations ou craintes exprimées tout au long du processus de création du CHU. Faut-il avoir peur des hospitalo universitaires ?

Les fonctions HU concernent le Professeur des Universités Praticien Hospitalier (PU PH), le Maître de Conférences des Universités Praticien Hospitalier (MCU PH) et le Chef de Clinique Assistant (CCA). Le PU PH a eu une formation médicale doublée d'une formation scientifique pour la recherche. Il est titulaire, en plus de son doctorat en Médecine, d'une thèse de sciences et d'une habilitation à diriger les recherches. Il est nommé par un concours national annuel. Il est recruté pour assurer trois fonctions : clinique, enseignement et recherche. La fonction clinique de PH est rétribuée par l'hôpital comme un mi temps.

La fonction d'enseignant concerne l'enseignement donné sous forme de cours pour les étudiants, la Formation Médicale Continue (FMC), les Diplômes Universitaires (DU) et la formation des internes et assistants. La fonction de chercheur peut être fondamentale ou de la recherche clinique. Sa mission est de développer l'enseignement et la recherche dans les unités de l'hôpital. Il pourra pour cela solliciter la collaboration des médecins non HU, des personnels médicaux et para médicaux du service. Le but d'un PU PH n'est pas de devenir chef de pôle, mais d'animer l'activité scientifique et pédagogique, de développer la réputation d'un service.

La plupart des PU PH ont un domaine d'excellence pour lequel ils ont été reconnus sur le plan national ou international. Ils apporteront ainsi un « plus » à un établissement (greffe



d'organes pour un urologue, viscéral, infantile ou cardiaque, endoscopie pour un gynécologue ou un digestif, biologie moléculaire pour un généticien, etc). Enfin, le PU PH va avoir un rôle à jouer en santé publique.

En conclusion, les PU PH ancrées dans les services de l'hôpital vont faire le lien avec une dimension universitaire. Les Maîtres de Conférence Universitaires (MCU-PH) ont un parcours similaire dans leur formation et un rôle superposable à celui des PU PH. Les Chefs de Clinique Assistants (CCA) sont eux aussi partagés entre l'hôpital et la faculté. Ils sont recrutés par les PU PH pour rester au CHU 2 à 3 ans après leur spécialisation pour les assister dans leurs missions. Le déploiement devrait se faire progressivement dans les années qui viennent. Les PU PH, pour leur valence universitaire, sont nommés pour l'ensemble de l'île. Ils enseigneront et organiseront la recherche sur tout le territoire. Ils vont se déplacer souvent et jetter de nombreux ponts entre tous les établissements de l'île.

Les rivalités traditionnelles devraient progressivement disparaître. Le CHU a été créé par le travail acharné des PH réunionnais qui ont toujours su que c'était la clé du futur. Ils ont depuis longtemps su s'allier à des universitaires et ont fourni un travail remarquable qui a convaincu les instances gouvernementales que La Réunion méritait un CHU. Et c'est avec eux que les PU PH travailleront pour réussir le pari de demain. La reconnaissance de leur mérite leur est acquise. Non, il ne faut pas avoir peur des PU PH. Ils sont là parce que La Réunion a un potentiel énorme à développer, un potentiel qui fera la fierté de tous ceux qui y auront contribué. Former sur place les médecins les fixera sur l'île et assurera une démographie médicale optimale tout en offrant une meilleure accessibilité des études médicales aux classes sociales moins favorisées. La présence des PU PH est dans l'intérêt de nos patients d'aujourd'hui et de demain comme dans celui de nos enfants.

# Visite HAS : Résultats d'autoévaluation et cotations

## ● Amplifier et poursuivre l'amélioration des pratiques avant la visite

Pour les agents du CHU la visite de certification prévue cette année se prépare activement. Vous prendrez connaissance ci-dessous des principales actions du Programme d'Amélioration de la Qualité et plus particulièrement de celles qui devront être conduites et achevées avant la visite prévue fin mai 2012. Le 19 décembre dernier nous adressions à la Haute Autorité de Santé

(HAS) le résultat de l'auto-évaluation des deux sites. A présent il s'agit pour nos établissements d'engager les actions d'amélioration indispensables pour rétablir la situation sur des points qui posent problèmes. Les PAQ que nous avons adopté sont à la fois ambitieux par les objectifs fixés et réalistes par le nombre d'actions affichées.

On notera dans le tableau des actions

similaires d'un site à l'autre. Il est clair que dans leur mise en œuvre les équipes gagneront à échanger sur leurs approches respectives pour harmoniser par le haut les pratiques à améliorer.

Il se peut que vous soyez mis à contribution dans la mise en œuvre des actions correctrices qui touchent vos pratiques. Dans ce cas n'hésitez pas à apporter votre concours.

## > Tableau PAQ

LES ACTIONS D'AMÉLIORATION A MENER AVANT LA VISITE DE CERTIFICATION	
CHFG	GHSR
Communiquer sur les résultats des EPP et l'impact sur l'amélioration des pratiques	Élaborer le plan pluri-annuel d'actions de Développement durable et réaliser le diagnostic énergétique du GHSR
Identifier les activités à risques majeurs et les compétences associées	Réaliser l'audit du circuit des déchets et formaliser la politique en matière de gestion des déchets
Mener une enquête de satisfaction du personnel à propos de la qualité de vie au travail	Évaluer la prestation restauration auprès des patients
Formaliser le programme de maintenance préventive (DTST)	Établir le plan de maintenance des installations électriques
Mettre en place la mesure des effluents à la sortie de l'établissement	Mettre en place un registre de recueil des plaintes et réclamations à l'accueil
Sensibiliser les professionnels à l'utilisation du support et dispensation de formations sur la hiérarchisation des EI	Évaluer le dispositif de déclaration et de traitement des FSEI et actualiser la procédure de signalement
Finaliser la procédure "transfusion au bloc opératoire" et la diffuser au sein du bloc.	Évaluer le recueil du consentement du patient en SSR et SLD
Poursuivre l'EPP sur la maîtrise de l'acte transfusionnel et définir un plan d'action	
Diffuser la procédure de signalement des situations des maltraitements	Développer une culture de la bientraitance auprès des soignants
Sensibiliser les secrétaires et professionnels à la fiche technique "conduite à tenir en cas de demande d'information par téléphone"	Actualiser la procédure de communication du dossier au patient et renouveler sa diffusion
Sensibiliser l'ensemble des professionnels (médicaux, médico techniques, techniques...) au respect de la confidentialité des informations concernant le patient	
Évaluer le respect de la confidentialité à plusieurs niveaux (sécurisation accès dossier, information données par téléphone à l'entourage du patient, respect de la procédure "non divulgation de présence")	Élaborer un document spécifique sur les droits d'accès au dossier médical
Formaliser une procédure interne "annonce d'un dommage lié aux soins", selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS - guide mars 2011	
Actualiser la politique de prise en charge de la douleur (2012-2013) et les plans d'actions associés	Mettre en place un plan d'actions pour améliorer l'indicateur "tenue du dossier" (programme IPAQSS)

### LES ACTIONS D'AMÉLIORATION A MENER AVANT LA VISITE DE CERTIFICATION

Organiser des réunions pluri professionnelles et multidisciplinaires entre professionnels du service et l'EMSP de manière systématique, pour l'élaboration du projet de soins	
Poursuivre l'EPP "prise en charge des patients en fin de vie" - Définir un plan d'actions	Mener l'EPP sur les PAC et en définir une dans les autres secteurs
Organiser la formation systématique des nouveaux arrivants au poste d'accueil administratif sur la prévention et le signalement des erreurs d'identification	
Mener un audit de dossier : présence de la fiche de liaison services/bloc	Finaliser la cartographie des risques de l'établissement
Valider et diffuser les procédures d'alerte en cas d'urgence vitale	Structurer la commission de l'urgence de l'établissement
Mettre à jour la composition des chariots d'urgence (médicament et matériel)	Faire connaître sur le site du Tampon le dispositif mis en place pour assurer le suivi nutritionnel des patients au niveau GHSR.
Formaliser la politique d'amélioration de la qualité de la PEC médicamenteuse à partir de tous les éléments existants	
Sensibiliser les professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses	Réaliser le diagnostic du circuit du médicament et adopter le plan d'actions en lien avec les résultats
Mener des audits périodiques sur la qualité de l'administration des médicaments	Structurer la commission de l'urgence de l'établissement
Finaliser l'EPP sur la pertinence des prescriptions de paracétamol injectable	
Formaliser la politique de juste prescription médicamenteuse chez la personne âgée	
Finaliser l'EPP "prescription médicamenteuse chez le sujet âgé" et engager le plan d'action d'amélioration	Finaliser l'audit "check list" au bloc opératoire
Formaliser et diffuser les règles relatives au circuit du traitement des examens de laboratoire en concertation avec les secteurs d'activités cliniques : contrats clinico-biologiques	Formaliser les procédures manquantes au bloc opératoire
Formaliser et diffuser "le guide du prélèvement" et mener des évaluations sur la conformité de la demande d'examen : gestion des non-conformités pré-analytique	Mettre en ligne le manuel de prélèvement / catalogue d'analyses
Evaluer la conformité des demandes de radio au lit (réa adulte et réa néonatal, chir cardiaque, soins intensifs post op, sortie de bloc)	Améliorer le dispositif de prise de connaissance par le service des urgences de la disponibilité des lits sur le GHSR
Mener une auto évaluation sur l'utilisation de la check list (application de la méthodologie)	Poursuivre la démarche qualité en radiothérapie
Identifier et hiérarchiser les processus à risque en médecine nucléaire et en endoscopie	

### LES ACTIONS D'AMÉLIORATION COMMUNES AUX DEUX SITES POUR LESQUELLES DES SYNERGIES POURRONT SE METTRE EN PLACE

Identifier et hiérarchiser les processus à risque dans tous les sites d'endoscopie en vue d'établir un programme d'action et formaliser la prise en charge du patient dans chaque site d'endoscopie et sur les deux sites
Formaliser le recours aux avis des spécialistes pour le service des urgences
Améliorer le point qualité/ Gestion des risques et EPP devant la CME, à inscrire systématiquement à chaque séance de cette instance
Faire un état des lieux des situations de maltraitements déclarées en 2010 et 2011
Elaborer le livret d'accueil des nouveaux arrivants CHU
Finaliser le DU et élaborer le plan de prévention des risques professionnels et le présenter au CHSCT
Etablir la cartographie des secteurs à risque et finaliser le plan de prévention et de réduction des risques sur les deux sites
Réaliser l'audit de la fonction achat sur le CHU et établir le guide interne des achats
Mettre en place les formations à l'analyse des risques à priori à l'ensemble des professionnels exerçant dans les secteurs à risques

## ● Une cotation équilibrée qui traduit une auto-évaluation sincère et transparente

Trois mois et des dizaines d'heures de réflexion et d'investigation plus tard, nous étions en mesure de proposer à la HAS les cotations issues de l'auto-évaluation des critères du manuel de certification (voir ci-dessous). Etape franchie en décembre 2011. Rappelons que chaque critère, le manuel en comporte 85, est assorti d'éléments d'appréciations (EA) dont le nombre varie entre 3 minimum et

12 maximum par critère. A chaque EA, nous devons répondre par **OUI/NON/EN PARTIE/PARTIELLEMENT**, ces réponses déterminent la cotation du critère : A,B,C ou D. Observons au final un équilibre entre les cotations des deux sites comme si progressivement les pratiques s'harmonisaient.

Lors de la visite de certification, les experts-visiteurs évalueront les cotations C, ils procéderont de la même façon pour

les pratiques exigibles prioritaires (PEP) au nombre de 19. Ajoutons que le périmètre de la visite s'enrichira de cotations B et A tirées au sort. Notre objectif est d'obtenir de la HAS une certification qui traduise le fait que nos prises en charge des patients répondent à des normes de qualité et de sécurité partagées par tous les professionnels.

### > TABLEAU COTATION

CHAPITRE 1 MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT			CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
Cotation	CHFG	GHSR	MCO	SSR	MCO	SSR	SM	SLD
A	19	15	3	5	6	3	4	4
B	24	27	30	16	25	16	13	15
C	2	3	8	3	13	7	9	7

### > Les CRITERES COTÉS C DES SITES

CHFG	GHSR
Intégration des nouveaux arrivants	Engagement dans le Développement Durable
Qualité de vie au travail	Fonction transport des patients
Gestion des dossiers du patient (PEP)	Achat eco-responsable et approvisionnements
Identification du patient a toutes les étapes de sa prise en charge (PEP)	Respect de l'intimité et de la dignité du patient
Prise en charge des personnes atteintes d'un handicap	Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction des libertés (santé mentale PEP)
Prescription des examens de labo et conditions de transport des résultats	Prise en charge et droit des patients en fin de vie
Mise en œuvre des démarches EPP	Prise en charge somatique du patient en santé mentale
	Sortie du patient en MCO
	Organisation de la radiothérapie (PEP)
	Évaluation de la pertinence des soins

### > THÉMATIQUES COMMUNES AUX SITES

CHFG	GHSR
	Information du patient en cas de dommages liés aux soins
	Organisation de l'endoscopie
	Prise en charge du risque suicidaire
	Prise en charge médicamenteuse du patient
	Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

## ● Une date prévisionnelle pour la visite fixée en Mai

Quand vous lirez ces pages « Qualité » la date de la visite sera proche, moins de 50 jours. Fixée entre **le 21 et 25 mai, la visite sera conduite par deux équipes d'experts différentes, une par site**. D'ici là, nos efforts se seront poursuivis

pour réduire un dysfonctionnement, compléter un dispositif, stabiliser une organisation, sécuriser un processus. La certification, si elle est au rendez-vous de la démarche engagée il y a 12 ans maintenant après deux autres visites,

traduira le savoir-faire des équipes hospitalières du GHSR et du CHFG et leur engagement direct ou indirect aux côtés des patients. **Pour en savoir plus sur la visite de certification un site vous informe : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)**

# Ouverture de l'Unité de Soutien Méthodologique (USM)

Une unité de soutien méthodologique a été ouverte en septembre 2011. Cette unité de recherche est rattachée à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de La Réunion. Elle comprend un médecin méthodologiste, le Dr Laetitia Huiart et un biostatisticien, Cyril Ferdynus.

L'objectif principal de l'USM est d'accompagner les cliniciens pour toute la partie méthodologique de leur projet. Cet accompagnement débute idéalement le plus tôt possible lors de la conception du projet de recherche, et se poursuit jusqu'à l'analyse et la publication de leur recherche.

## Planification d'étude

- Aide à la formalisation de la question de recherche ;
- Choix et élaboration du design à privilégier pour répondre à la question de recherche ;
- Conception du plan d'analyse statistique ;
- Calcul de la taille d'échantillon et de puissance statistique ;
- Analyse des données ;
- Aide pour l'interprétation des résultats dans le contexte de la recherche en cours.

## Rédaction de demandes de fonds et de protocoles

- Écriture/révision de la partie méthodologique et statistique des demandes de fonds ou des protocoles (anglais et/ou français) ;
- Évaluation de budgets statistiques à inclure dans une demande de fonds.

## Analyse de données

- Choix et comparaison de tests ou de modèles appropriés pour la question de recherche et les données recueillies ;
- Vérification des hypothèses sous-jacentes aux méthodes statistiques ;
- Interprétation de résultats dans le contexte de la recherche ;
- Visualisation efficace des résultats ;
- Traitement des valeurs aberrantes ou manquantes ;
- Développement de nouvelles méthodes.

L'USM est localisée sur le site du Centre Hospitalier Félix Guyon, et se déplace en fonction des besoins sur le site du



Groupe Hospitalier Sud Réunion. Une permanence sans rendez-vous pour toute discussion informelle est assurée le mardi matin à 9h00 et le vendredi après-midi à 14h00. Les séances de travail formel sont organisées sur rendez-vous.

A partir de 2012, en plus de l'accompagnement de vos projets, l'USM vous proposera des formations en recherche clinique en fonction de vos besoins. Un projet de mise à disposition de l'ensemble des cliniciens d'un logiciel de statistiques facile à utiliser est également en cours.

L'élaboration, l'accompagnement et la valorisation des projets s'effectue en collaboration étroite avec Fideline Filleul, chef de projet promotion à la DRCI. Outre sa collaboration sur les thématiques méthodologiques de l'USM, Fideline Filleul gère les aspects organisationnels et réglementaires des projets du CHR et coordonne l'évaluation des aspects financiers. Elle accompagne également les cliniciens dans la mise en place et le suivi des projets en lien avec les autres cellules de la DRCI (plateforme monitoring et cellule soutien investigateur).

*Pour information ou pour un rendez-vous, vous pouvez contacter l'USM par mail ou par téléphone :*

> Cyril Ferdynus : 02 62 90 68 81

> Laetitia Huiart : 02 62 90 68 84

> usm@chr-reunion.fr

**Laetitia Huiart**, médecin de Santé Publique, vient de l'Institut Paoli-Calmettes où elle occupait un poste mixte clinique, en oncogénétique, et recherche. Elle est rattachée à l'équipe sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés (SES4) de l'UMR 912 à Marseille. Elle a été formée à l'épidémiologie et à la recherche clinique dans les universités de Paris XI et de McGill à Montréal.

**Cyril Ferdynus** vient de la cellule d'évaluation du Réseau Périnatal de Bourgogne où il occupait un poste de Biostatisticien. Initialement informaticien spécialisé dans les bases de données, il s'est par la suite formé aux biostatistiques depuis 2003 dans les universités de Paris XI et de Dijon, ainsi qu'au Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris. Il est titulaire d'une thèse de sciences en biostatistiques.

**Fideline Filleul**, pharmacien, vient du Centre de Méthodologie et de Gestion de l'Ispeid à Bordeaux où elle occupait un poste de Chef de Projet. Elle a été formée à l'épidémiologie et à la recherche clinique dans les universités de Paris VI et Bordeaux II. Elle est titulaire d'un Master Recherche d'épidémiologie et santé publique (option épidémiologie clinique).

## Les 3<sup>e</sup> Journée de la Recherche Clinique

Le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional, Monsieur Michel Calmon, le précédent Président de la Commission Médicale d'Établissement du GHSR, le Dr Christophe Trébuchet, le Président de la Délégation à la Recherche Clinique à l'Innovation (DRCI), le Dr Xavier Debussche, et le représentant du Président de l'Université de La Réunion, le Professeur Philippe Gasque, ont ouvert le vendredi 4 novembre 2011 la 3<sup>e</sup> journée de la Recherche Clinique Hospito-Universitaire qui se tenait à La Saline les Bains.



Is ont eu l'honneur d'accueillir le Professeur Nicholas Moore, coordonnateur médical et le Docteur Christine Lassalle, médecin délégué de la Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique Sud Ouest Outre Mer (DIRC SOOM). A cette occasion, Michel Calmon a tenu à les remercier pour leur soutien et leurs actions menées conjointement avec La Réunion auprès du Ministère en vue du maintien des DRCI ultramarines, qui bénéficient désormais d'une dotation spécifique de 300 000€ dans le cadre du Plan Santé Outre Mer. Leur présence à La Réunion a été aussi l'occasion d'échanger sur l'actualité très riche de la recherche clinique aux plans national et

interrégional mais aussi sur notre propre actualité.

En ouverture, le Dr Christine Lassalle a présenté le projet de **transformation des Délégations Inter-Régionales à la Recherche Clinique (DIRC) en**

**Groupe Inter Régional de recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI)** et procédé au bilan des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) soumis à l'Appel à Projet Interrégional (API) :

Année	Enveloppe totale DIRC SOOM	Nombre de projets financés	...dont ceux retenus pour La Réunion
2006	1 250 000 €	14	0
2007	1 160 000 €	11	1 (Dr F. Cartault)
2008	1 160 000 €	11	1 (Dr N. Le Moullec)
2009	1 740 000 €	12	1 (Dr F. Darcel)
2010	1 740 000 €	12	1 (Dr X. Debussche)
2011	1 740 000 €	11	1 (Dr L. Harper)

Le programme de cette journée et les présentations des intervenants se sont articulés autour des trois thématiques suivantes :

- Maladies infectieuses et émergentes
- Périnatalité et génétique
- Nutrition et maladies métaboliques

### ● Point sur les projets de recherche clinique institutionnels et académiques ayant obtenu leur autorisation de démarrer au CHR du 14 juin au 31 décembre 2011

- **14/06/11 Promoteur ANRS - Étude CUPIC** « Observatoire de l'échec thérapeutique et des résistances chez les malades traités par un inhibiteur de protéase (télaprevir ou bocéprevir) et interféron pégylé (IFN-PEG) plus ribavirine (RBV) dans le cadre de l'ATU de cohorte

s'adressant aux malades ayant une hépatite chronique C de génotype 1, mono-infectés, n'ayant pas éradiqué le VHC lors d'un traitement antérieur par IFN-PEG et ribavirine » dans le service Hépatogastro-Entérologie, sous la responsabilité de l'investigateur principal le

Docteur Pierre-Philippe GARNIER.

- **04/07/11 Promoteur CHR - Site CHFG - Étude ERMIES** « Essai randomisé multicentrique d'intervention éducative structurée ambulatoire dans le diabète de type 2 insuffisamment contrôlé à

La Réunion » dans le service de maladies métaboliques du CHFG, placée sous la responsabilité de l'investigateur principal le Docteur Xavier DEBUSSCHE et des investigateurs associés, les Docteurs SCHNEEBELI (CHR - GHSR), YVIN (CHR - CHFG), GATINA (CHGM) et THIRAPATI (GHER).

• **12/09/11 Promoteur CHR - Site GHSR - Étude LIPOXmax** « Évaluation de l'efficacité d'un programme d'activité physique individualisé, associé à une alimentation équilibrée enrichie en fruits et légumes, sur l'évolution de la masse grasse chez des femmes en surpoids ou obèses, dans le cadre de la prévention du diabète de type 2 à La Réunion » au CIC-EC, placée sous la responsabilité de l'investigateur principal le Docteur François FAVIER et associant le service de maladies métaboliques du GHSR et Mme Marie-Paule GONTHIER du laboratoire GEICO de l'Université de La Réunion.

• **21/09/11 Promoteur AP-HP - Étude YBLOC 21** « Evaluation de la sexualité, la fertilité chez des hommes atteints de déficits en 21-hydroxylase » dans le service de Pédiatrie, sous la responsabilité de l'investigateur principal le Docteur Patricia PIGEON-KHERCHICHE.

• **28/09/11 Promoteur CHR - Site CHFG - Étude CDT2-Réunion** « Capacité cognitive et diabète de type 2 : un impact pour l'éducation thérapeutique » dans le service de maladies métaboliques du CHFG, placée sous la responsabilité de l'investigateur principal le Docteur Xavier DEBUSSCHE et de l'investigateur associé, le Docteur GATINA (CHGM) associant également le service de neurologie du CHFG.

• **24/10/11 Promoteur CHU d'Amiens - Étude TRAMWAY** « Étude nationale, multicentrique, prospective, évaluant la correction et le maintien du taux d'hémoglobine avec une administration sous-cutanée mensuelle de Mircera® chez des patients transplantés rénaux depuis plus de 6 mois présentant une anémie symptomatique traitée ou non par un agent stimulant l'érythropoïèse » dans le service de Néphrologie, placée sous la responsabilité de l'investigateur principal le Docteur Nicole LEFRANCOIS.

• **07/12/11 Promoteur Inserm - Étude C10-13** « Prédilection génétique aux infections virales sévères incluant en particulier mais de façon non exhaustive les infections respiratoires graves (en particulier à Influenza et adénovirus), les myocardites, les encéphalites et les infections cutanées étendues (en

particulier à Papillomavirus et Poxvirus) - C10-13 » dans le service de Pédiatrie du GHSR, placée sous la responsabilité de l'investigateur principal le Docteur Cécile STOVEN.

• **07/12/11 Promoteur Inserm - Étude C10-16** « Prédilection génétique aux infections bactériennes sévères incluant en particulier mais de façon non exhaustive les infections mycobactériennes (en particulier la tuberculose), les infections à bactéries pyogènes (en particulier staphylocoques, pneumocoques et dans le cadre de l'asplénie congénitale isolée), les infections à salmonelles, les infections à Klebsielles (en particulier le rhinosclérome) et les infections à tropheryma (en particulier la maladie de Whipple) - C10-16 » dans le service de Pédiatrie du GHSR, placée sous la responsabilité de l'investigateur principal le Docteur Cécile STOVEN.

• **27/12/11 Promoteur CHR - Site GHSR - Étude NICOM-Septs** « Étude d'évaluation de la validité des valeurs hémodynamiques obtenues par NICOM versus PICCO2, chez le patient en choc septique » dans le service de Réanimation polyvalente du GHSR, placée sous la responsabilité de l'investigateur principal le Docteur Arnaud WINER.

## ● Quelques brèves

• **Finalisation de la structuration, dite « Phase 3 », de la DRCI du CHU de La Réunion avec :**

- le recrutement d'une Coordinatrice d'Études Cliniques responsable de la **Cellule** Soutien Investigateur des projets.  
Contact : Mme Isabelle Madeline, (02 62 35 96 58 - isabelle.madeline@chr-reunion.fr)
- la mise en place d'un soutien transversal système d'information et réseau. Contact : M. Jean Maurice Lauret (02 62 90 62 85 - jean-maurice.lauret@chr-reunion.fr)
- la mise en place de la cellule financière. Contact : M. Mickaël Grondin (02 62 35 95 23 - mickael.grondin@chr-reunion.fr).

• **Félicitations au Dr Fabrice Paganin**, Praticien Hospitalier en pneumologie, pour son affiliation à l'Unité INSERM CNRS U 600, UMR6212, Université de la Méditerranée - Marseille, marquant la reconnaissance de son expertise et de ses travaux de recherche engagés notamment sur l'asthme.

• **Nouvelle organisation nationale de la recherche clinique** : publication de la circulaire N°DGOS/PF4/2011/329 du 29/07/11 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique. Cette circulaire prévoit :

1. **La mise en place d'une organisation renouvelée de la recherche clinique et de l'innovation pour les établissements de santé.** Ce point concerne les Délégations à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) qui seront désormais financées à travers la part variable des crédits MERRI en fonction d'indicateurs d'activité. Leurs missions sont précisées, en particulier, la **promotion** (organisation, administration, gestion, contrôle et

appui technico-réglementaire de la recherche clinique), **l'aide méthodologique, la gestion des données et la biostatistique** (aide rédactionnelle, méthodologie des essais cliniques, conception des essais cliniques, organisation de la chaîne des traitements de données). Ces missions peuvent être mutualisées entre établissement de santé sous la forme de groupement de coopération sanitaire (GCS) comme par exemple au CHU de La Réunion avec le CYROI.

2. **Le soutien spécifique pour l'aide à l'inclusion et à l'investissement en recherche clinique.** Cette circulaire notifie le lancement de deux appels à projets pour la création de Centres de Recherche Cliniques (CRC) ou le renforcement de l'investigation pour les établissements hébergeant un Centre d'Investigation Clinique (CIC).
3. **La transformation des Délégations Inter-régionales à la Recherche Clinique (DIRC) en Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI)** visant à associer tous les établissements pourvus d'une DRCI notamment les Centres de Lutte contre le Cancer comme par exemple celui de Bordeaux et de Toulouse.

• **Lancement en 2012 de deux nouveaux appels à projets :**

1. Un **Appel d'Offres Interne (AOI) sera lancé prochainement**, doté d'une enveloppe de **100 000€** permettant le financement de projets en recherche clinique monocentrique à hauteur de 25 000€. Le bureau de la DRCI a récemment validé la procédure et le calendrier avec une lettre d'intention à adresser à la DRCI en février et le dossier complet, pour fin avril.
2. Le Bureau de notre Interrégion Sud-Ouest Outre-Mer a soutenu la mise en place

d'un **Appel à Projets Interrégional DOMien** (APIDOM) visant au renforcement de la recherche clinique dans les DOM. Doté d'un montant de **300 000€**, il permettra le financement de projets de recherche à hauteur de 50 000€ pouvant être majoré si deux DOM proposent un projet multicentrique. Les thématiques spécifiques ont été définies en commun par les 3 établissements d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe et La Réunion). Les projets soumis à l'APIDOM seront à déposer courant avril pour être examinés au conseil scientifique interrégional d'octobre. L'APIDOM permettra également de développer des projets associant les pays de l'Océan Indien.

• d'un **Appel à Projets interrégional - « Bourse jeunes chercheurs »** doté d'un montant de **210 000€**. Cette Bourse pour jeunes chercheurs permettrait de rémunérer **3 jeunes chercheurs** (bourse annuelle de **70 000€** par médecin en post internat, CCA...) Ces médecins devraient présenter un projet d'insertion dans un service de l'inter-région au sein duquel ils seraient déchargés du soin, et seraient amenés à se former à la recherche clinique, pour arriver au final à déposer un / des projets à l'API / APN. Le Conseil scientifique interrégional, dans sa forme restreinte, pourrait se réunir en juin pour sélectionner les candidats.

Le comité stratégique interrégional qui se réunira au CHU de Limoges le 25/01/12 devrait entériner ces deux propositions.

**Pour tout contact sur ses appels à projets :**

M<sup>me</sup> Fideline Filleul, Chef de projets promotion au 02 62 90 62 84 (fideline.filleul@chr-reunion.fr)

# LE CHU et la formation des professionnels de santé... Une histoire en parallèle.



## ● Formation des SAGES FEMMES

Une ordonnance en date du 03 mars 1819 prévoit la création d'une école de sages-femmes à l'île Bourbon. Les conditions d'entrée sont ainsi déterminées :

- «être une femme, âgée de 18 à 25 ans,
- être de bonnes vies et mœurs,
- n'avoir point de vices de conformation,
- savoir au moins lire et écrire».

La formation est validée par un examen et il est précisé que «La Sage-femme ne doit pas procéder aux accouchements laborieux». La mise en application de cette ordonnance est difficile. La création de cette école reste à l'état embryonnaire. Cependant, vers 1861 – 1881, il semblerait que 2 à 5 sages-femmes officiaient dans l'île.

Il faudra attendre la promulgation du décret du 11 mai 1905 qui «institue à St Denis (Ile de La Réunion) des cours d'obstétrique pour la formation des sages-femmes, cours devant être «professés par un médecin désigné par le gouverneur de la colonie». C'est ce décret qui signe la création effective de l'École de Sages –Femmes de La Réunion.

Le décret du 9 janvier 1917 et les arrêtés du 11 janvier et celui du 24 juillet 1917, stipulent que les études de sages femmes se font en 2 ans (une année pour acquérir les soins de base généraux et une année pour aborder l'obstétrique et la puériculture).

La loi du 17 mai 1943 dispose que les études de sages-femmes se déroulent sur trois ans : un an en commun avec les infirmières pour apprendre les soins généraux et des bases de médecine, puis deux ans pour l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie.

En 1973, les études de sage-femme deviennent indépendantes des autres formations de santé. Le nouveau programme supprime l'année commune avec les infirmières. De même, le concours d'entrée devient obligatoire et le diplôme d'état est délivré par une Université à laquelle l'école est rattachée

En 1982, la profession est ouverte aux hommes, et à partir de 1983, le baccalauréat devient obligatoire pour se présenter au concours

L'histoire de la formation du personnel du CHU se confond avec celle des Hôpitaux. Réparties au Nord et au Sud, les écoles ont accompagné l'évolution de l'île de La Réunion et les progrès de la Médecine.

L'organisation sanitaire de l'île fut nécessaire et s'est développée progressivement. L'école des Sages-femmes reste la plus ancienne du territoire.

d'entrée. L'arrêté du 27 décembre 1985 fixe la durée des études à quatre ans avec la réalisation d'un mémoire de fin d'études.

Une nouvelle étape est franchie en 2001 : pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent, au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes, avoir validé l'examen classant de fin de première année du premier cycle des études médicales (PCEM1).

Le quota d'entrée à l'école de Sage-femme de La Réunion aura ainsi progressé de 05 à 08 élèves entre 1950 à 1977, de 15 à 27 étudiants entre 1980 à 2011.

Le nombre de SF diplômées d'Etat de l'Ecole de St Denis est de 341 pour la période allant de 1980 à 2011.

## ● Formation des INFIRMIÈRES

La Réunion, l'histoire de la formation des infirmières s'inscrit dans celle des Sage-femme jusqu'en 1973. En effet, dès 1939, un Arrêté du Gouverneur de l'île de La Réunion institue l'Hôpital Colonial et «un Centre d'Etudes Théoriques et Pratiques», incluant la formation infirmière d'une durée de 1 an, avec délivrance d'un Diplôme Local.

Après la départementalisation en 1948, l'École de St-DENIS est agréée pour la préparation au diplôme d'Etat et la formation passe à 2 ans. En 1956, 17 diplômes d'Etat sont délivrés

1957 voit l'ouverture du CHD Félix Guyon auquel est rattaché le Centre d'Etudes. L'installation de l'école dans de nouveaux locaux, occupés encore actuellement, remonte à 1966, avec un effectif d'environ 196 élèves, et un internat d'une capacité d'accueil de 65 places

Le décret du 5 septembre 1972 allonge la durée des études à 28 mois et 1974 entérine la rupture avec la formation sage-femme et assistante sociale.

L'arrêté du 26 avril 1979 prévoit l'allongement à 38 mois de formation. Les écoles deviennent Instituts de Formation en Soins Infirmiers par l'arrêté du 23 mars 1992, qui instaure un diplôme unique polyvalent (soins généraux et soins psychiatriques) aux élèves devenus étudiants.

L'arrêté du 31 juillet 2009 voit la mise en place

d'une nouvelle réforme des études dont la durée est de 3 ans. Par intégration dans le système LMD, le grade de licence est délivré aux titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier.

Les effectifs des élèves sont ainsi passés de 6 premières diplômées en 1950, à des promotions de plus de 113 étudiants depuis 2005 à 2012.

Dans le Sud, la 1<sup>ère</sup> rentrée de l'école d'infirmières a lieu en septembre 1974 dans des locaux appartenant à la Fondation Père Favron (ex UOSR).



En 1995, le Conseil d'Administration de l'hôpital intercommunal Saint-Pierre - Le Tampon adopte le projet de construction d'un centre de formation, Institut d'Etudes de Santé (I.E.S) sur le site de l'hôpital de Saint-Pierre comprenant l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, l'école d'Aides-soignantes et l'école d'Auxiliaires de puériculture. L'occupation des locaux est effective en janvier 1998.

Depuis l'année 2000, suite à une augmentation nationale du quota des IFSI, le nombre d'étudiants à St Pierre est doublé passant de 35 à 70 places. En 2002, la construction de nouveaux locaux est rendue nécessaire pour accueillir les étudiants et une équipe pédagogique renforcée.

En 2004, une nouvelle augmentation des quotas fait passer les promotions de 70 à 85 étudiants, dont l'effectif est encore renforcé en 2005 pour être aujourd'hui à plus de 105.

## ● Formation des AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURE

L'histoire des auxiliaires de puériculture est indissociable de celle des crèches, créées lors de la révolution industrielle, en réponse à un besoin de garde d'enfants, mais aussi un impératif besoin d'hygiène afin de limiter

la mortalité infantile. Le premier diplôme d'auxiliaire de puéricultrice apparaît en 1947 attribué au personnel chargé de seconder la puéricultrice.

Le décret du 31 août 2007 institue le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture.

L'école d'auxiliaires de puériculture est créée en février 1995 à l'initiative du Centre Hospitalier de Saint-Pierre/le Tampon (C.H.S.P.T.). La formation débute avec neuf élèves. Dès 1996, la promotion regroupe 15 élèves auxiliaires de puériculture encadrés par une infirmière puéricultrice enseignante.

### ● Formation des AIDES-SOIGNANTS

Dès 1949, le grade d'aide-soignante est créée à titre provisoire afin de pallier la pénurie d'infirmière et répondre à un besoin d'hygiène dans les soins. Le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-soignante est créé en 1956 et devient obligatoire en 1960, parallèlement à l'ouverture des Brevet Enseignement Professionnel Sanitaire et Social. La formation va évoluer vers une alternance entre la théorie et les stages. Le métier d'aide-soignante est intimement lié à celui de l'infirmière dans une étroite collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Le décret du 12 août 1996 annule de CAFAS et instaure le diplôme professionnel aide-soignant. L'arrêté du 22 octobre 2005 définit un référentiel de formation, un référentiel de compétence et un référentiel d'activités. Par décret du 31 août 2007, le diplôme professionnel devient diplôme d'Etat d'Aide-soignant.

**L'école d'aides-soignants de ST-PIERRE** dépendait de l'Union des Œuvres Sociales Réunionnaises (U.O.S.R.) depuis 1990 environ. Elle est rattachée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) du C.H.S.P.T. en 1996 et accueille depuis 20 élèves aides-soignants encadrés par une infirmière enseignante de référence et 20 élèves en formation passerelle.

En juillet 1996, les écoles d'auxiliaires de puériculture et d'aides-soignants sont regroupées sous une direction commune. Elles dépendent aujourd'hui encore du même centre hospitalier, lequel est devenu le Groupe Hospitalier Sud Réunion en 2000 (G.H.S.R.).

Début 2006, les écoles d'aides-soignants et les écoles d'auxiliaires de puériculture deviennent respectivement des instituts de formation (IFAS et IFAP).

En 2002, avec l'ouverture de l'Institut Régional d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IRIADÉ) et l'implantation d'une antenne de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), les écoles d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture sont intégrées au sein de l'Institut d'Etudes de Santé (I.E.S.).

Début juillet 2007 les instituts de formation d'aides soignants et d'auxiliaires de puériculture partagent la direction commune avec l'institut de formation en soins infirmiers.

### L'école d'aide-soignant de ST-DENIS

Depuis les années 2000, une volonté forte des différentes directions des Centres Hospitaliers de La Réunion, oriente sur le développement



des formations d'autres professionnels de santé. Le contexte économique, l'éloignement de la Métropole, la démographie professionnelle, renforcent ce besoin d'ouvrir de nouvelles filières de formation paramédicale. Ainsi, ce sont trois nouveaux instituts de formation qui vont s'intégrer au sein du CHR.

### ● Formation des AMBULANCIERS

Au début du 19<sup>e</sup> siècle le déplacement des Amalades ou blessés à La Réunion se faisait sur des brancards à bras d'hommes, ensuite en utilisant les premiers cycles tels que « les charrettes bœufs », puis par des véhicules automobiles.

Le terme « l'ambulance » désignait autant le moyen de déplacement, que le chauffeur employé communal et c'était les municipalités qui assuraient les transports sanitaires.

Jusqu'aux années 1970, les entreprises d'ambulanciers se multiplient et recrutent des personnels titulaires BNS (Brevet National de Secourisme) formation dispensée par les pompiers.

La formation spécifique débute après la publication d'un décret en 1973 et l'agrément du centre de formation rattaché à l'hôpital (CHD). Ce décret définit les conditions d'obtention du CCA (Certificat de Capacité Ambulancier) après une formation de 160 heures.

Depuis 2006, la formation des ambulanciers est dispensée à l'IFA (Institut de Formation des Ambulanciers) du CHR de La Réunion qui forme 40 élèves par an en 2 sessions de 20. Cette formation en alternance dure 630 heures et est validée par le DEA (Diplôme d'Etat d'Ambulancier).

### ● Formation des INFIRMIERS ANESTHÉSISTES

A partir de 1949, un enseignement spécifique en anesthésie permet aux infirmiers d'obtenir une attestation de fin d'études. Le diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste est créé en 1991 abrogeant ainsi les certificats d'aptitude aux fonctions d'anesthésiste délivrés dès 1960.

En 2002, l'Institut Régional d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IRIADÉ) est ouvert sur le site du GHSR avec un effectif de 15 élèves, un directeur et une formatrice, cadre de santé infirmière anesthésiste. Les promotions successives ont permis de former 82 infirmiers

depuis son ouverture. L'équipe pédagogique est renforcée par un second cadre de santé depuis 2006. Formation par alternance, elle permet aux élèves de découvrir l'ensemble des structures de réanimation de La Réunion, mais développe aussi l'ouverture sur des terrains de stage en Métropole.

### ● Formation des INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE

La formation des infirmiers travaillant en bloc opératoire s'est structurée par l'arrêté du 13 septembre 1988, délivrant le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle opératoire. Le décret du 4 octobre 2001 permet la création du Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

Dernier institut de formation paramédicale à voir le jour au sein du CHR, l'IRIBODE a ouvert sa première formation en octobre 2010 avec un effectif de 8 élèves pour un quota de 15. Formation en 18 mois, les premiers diplômés seront récompensés fin mars 2012. Une direction commune avec l'IRIADÉ, une cadre de santé, infirmière de bloc opératoire, assurent la mise en œuvre de cette formation.

### ● Formation des MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

La nécessité de former du personnel à la rééducation s'impose après la seconde guerre mondiale afin de soigner et rééduquer les nombreux blessés, rescapés des champs de bataille.

L'Institut de formation en Masso-kinésithérapie ouvre ses portes en 2008 avec une première promotion de 20 étudiants, un directeur, trois cadres de santé kinésithérapeutes. 19 jeunes diplômés viennent aujourd'hui renforcer les cabinets de kinésithérapie de l'île ainsi que les services de soins hospitaliers.

### ● Création de la COORDINATION GÉNÉRALE DES INSTITUTS DU CHR

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2010, la direction des instituts de formation des professions de santé du CHR a été réorganisée en tenant compte du projet de fusion des sites nord et sud en vue de la création du CHU de La Réunion. Depuis la décentralisation en 2005, les instituts sont rattachés à la Direction de la Recherche de l'Innovation et de l'Enseignement. Cette direction commune CHR Nord et Sud apporte ainsi la vision stratégique et politique des formations de santé.

DEPUIS LE  
1<sup>ER</sup> FÉVRIER,

MIEUX  
REMBOURSÉS !

sans augmentation des cotisations

lunettes  
+60€\*

dentaire

- prothèses  
+10 points /garantie\*\*
- implants  
nouvelle  
indemnisation

audio-  
prothèse  
jusqu'à 750 €  
par prothèses

[www.mnh.fr](http://www.mnh.fr)

Renseignements au

N°Cristal 09 69 32 45 00

APPEL NON SURTAXE



PERFORMANTE CÔTÉ SANTÉ + SOLIDAIRE CÔTÉ SOCIAL.

Vos correspondantes MNH :

Josie Guérin, centre hospitalier départemental Félix Guyon, Saint-Denis, tél. 02 62 90 50 69, [mnh.fguyon@chr-reunion.fr](mailto:mnh.fguyon@chr-reunion.fr),  
Camille Heekeng, groupe hospitalier sud Réunion, Saint-Pierre, tél. 02 62 35 90 37, [camille.heekeng@chr-reunion.fr](mailto:camille.heekeng@chr-reunion.fr)

\* sauf Bonsai et MNH Bonsai : le forfait pour les lunettes et les lentilles est augmenté de 20 €. \*\* Apourés à la base de remboursement MNH complémentaire à celle de la Sécurité sociale. Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social - La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculées au répertoire SIRENE sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance - Crédit photo : Markus Mueller - Février 2012.

