

CONVERGENCE

Ensem'mou serv la vi!

🕒 N° 18 | Octobre | Novembre | Décembre 2012



La prise en charge de la douleur au CHU de La Réunion

P 10 | Focus

De la permanence des soins à l'aide médicale urgente

P 11 | Qualité

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

P 14 | Recherche

Création du département de recherche clinique

- 3** **Édito**
- 4** **Actualité**
- Semaine de la sécurité du patient : engageons-nous pour des soins plus sûrs
- 5** **Dossier**
- La prise en charge de la douleur au CHU de La Réunion
- 9** **Le soin un métier**
- Le psychologue clinicien
- 10** **Focus**
- De la permanence des soins à l'aide médicale d'urgence
- 11** **Qualité**
- Notre engagement pour améliorer la qualité et la sécurité des soins
- 14** **Recherche**
- Création du département de recherche clinique
- 16** **Enseignement, écoles et formation**
- Jamais la première fois sur le patient
 - Pose de la 1^{ère} pierre des bâtiments provisoires des IES Nord
- 18** **Coopération**
- Les idées sont comme les épis de riz...
- 19** **Parole aux usagers**
- Des lettres d'encouragement en reconnaissance des soins prodigués

Convergence

- › Directeur de la Publication : David Gruson
- › Réalisation : Service communication du CHU de La Réunion
- › Crédit photos : ©Aporos, ©Frédérique Boyer, ©David Lemor, ©Xavier Malry, ©Fotolia.com
- › *Convergence* CHU de La Réunion est un magazine trimestriel édité à 5 000 exemplaires.
- › Impression Color Print - Le Port
Imprimé sur papier PEFC  - encres végétales
- › Infographie : Leclerc communication
- › Contact : Frédérique Boyer,
Service communication et culture du CHU :
Tél. 0262 35 95 45.
frederique.boyer@chu-reunion.fr
- › Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion
- › Direction Générale du CHU
11, rue de l'hôpital - 97460 Saint-Paul
Tél. 0262 35 95 40/41 - Fax 0262 49 53 47
- › Hôpital Félix Guyon
97405 Saint-Denis Cedex
Tél. 0262 90 50 01 Fax 0262 90 50 51
- › Groupe Hospitalier Sud Réunion
BP 350 - 97448 Saint Pierre Cedex
Tél. 0262 35 95 55/56 - Fax 0262 35 90 04

Le CHU avance !



Le CHU de La Réunion n'a été créé que le 29 février dernier avec la concrétisation du partenariat stratégique avec l'Université de La Réunion et, pourtant, le projet porté avance à un rythme d'ores et déjà particulièrement soutenu.

Le projet stratégique de l'établissement vient, en effet, d'être finalisé avec l'intégration de ses dernières composantes que sont le projet social – dans ses volets dédiés au personnel médical et au personnel non médical – et le schéma directeur immobilier. La démarche de performance initiée par l'établissement a également progressé à un rythme soutenu dans une triple logique de renforcement continu de la qualité de la prise en charge, de gains d'efficience et d'amélioration de la qualité du travail des professionnels.

Le CHU est, par ailleurs, entré en phase de finalisation du dialogue initié avec l'Agence régionale de santé - Océan Indien et qui permettra la conclusion prochaine d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour les quatre prochaines années. C'est au cours de cette période qu'ont notamment vocation à être conduites les opérations d'investissements majeurs que sont le bâtiment de soins critiques de Saint-Denis et la requalification et l'extension du bâtiment principal de Saint-Pierre.

La structuration de notre projet hospitalo-universitaire avance également à un rythme rapide avec la nomination officielle, le 1er septembre dernier, des quatre premiers professeurs des universités – praticiens hospitaliers de La Réunion et l'engagement de démarches fortes de synergies avec l'ensemble des acteurs de la recherche en santé pour porter une dynamique d'excellence dans l'Océan Indien.

Ces projets essentiels pour l'avenir de notre santé doivent naturellement aller de pair avec l'accomplissement de nos missions de proximité au service de nos concitoyens. Ce contexte de changements rapides doit amener à souligner et saluer encore d'autant plus l'engagement remarquable des professionnels du CHU pour porter l'ensemble de ces missions. Dans la diversité de leurs métiers et de leurs compétences, ils font vivre au quotidien ce projet majeur et je voudrais ici, à nouveau,

les en remercier chaleureusement. Exemple fort de cette mobilisation en 2012, la mise en service du nouveau Pôle femme-mère-enfant de Saint-Pierre a été saluée comme une avancée majeure pour l'offre de soins à La Réunion mais également au niveau national.

La dynamique de ce tout jeune CHU est aussi fortement entretenue par un esprit de partenariat et d'ouverture. Des étapes essentielles ont été franchies dans cette logique avec nos partenaires hospitaliers publics et privés mais également avec les professionnels libéraux qui constituent aussi des interlocuteurs incontournables pour la réussite de notre projet.

L'identité en construction de ce CHU intègre, en outre, sa vocation à contribuer au rayonnement de l'excellence française en santé dans l'Océan Indien. Un cadre stratégique pour répondre à ce devoir vient désormais d'être fixé par l'ARS. Des signaux de soutien nous ont été adressés par des acteurs majeurs en matière de coopération comme l'Agence française de développement. Mais je voudrais vous dire ma conviction profonde que le CHU n'a pas vocation à être, seul, le vecteur de ce rayonnement. C'est une nouvelle approche qu'il nous revient d'inventer en lien avec l'ensemble de nos partenaires pour faire émerger un « modèle » hospitalo-universitaire propre à la France de l'Océan Indien. Il se devra d'être ouvert, fort de sa diversité, innovant et plus que jamais basé sur les valeurs qui fondent l'engagement au service de la santé.

Bonne lecture !

David GRUSON ■
Directeur Général
du CHU de La Réunion

Merci pour votre engagement !

Semaine de la sécurité du patient : engageons-nous pour des soins plus sûrs

La sécurité des soins apportée aux patients est un objectif majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé. C'est la raison pour laquelle le Ministère en charge de la santé organise chaque année depuis deux ans la semaine de la sécurité des patients, pour que chacun, professionnel et usager, puisse s'informer, échanger et prendre conscience de son rôle dans ce domaine.



Le CHU a participé à la deuxième édition du 26 au 30 novembre.

Cette campagne annuelle de sensibilisation repose sur une meilleure communication entre professionnels et usagers pour renforcer la sécurité des soins. Celle-ci s'est déclinée en 4 thèmes forts :

- > **Prévenir les infections associées aux soins.** cette année, la journée sur l'hygiène des mains ou « mission main propre » est intégrée dans la semaine de la sécurité des patients. L'objectif pour les patients est de comprendre comment il peut agir sur sa sécurité et prévenir les infections grâce à l'hygiène des mains. L'objectif est constant, rappeler aux professionnels quand et comment utiliser les solutions hydro alcooliques mais aussi, informer les patients sur les mesures simples qu'eux-mêmes peuvent adopter pour réduire les risques d'infection.
- > **Bien utiliser les médicaments.** Le message adressé au patient est axé sur des principes clés relatifs à la connaissance du médicament et à la communication avec les professionnels de santé. Pour les professionnels de santé, le

support met l'accent sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse aux points de transitions que sont les entrées, sorties et transferts des patients.

La règle des 5 B fut au centre de notre atelier organisé sur ce thème. Pour administrer un médicament on s'assure du bon patient, du bon médicament, de la bonne dose, de la bonne voie d'administration, au bon moment. Développer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse aux entrées, aux sorties et lors des transferts des patients, fait également partie de ce champ.

- > **Favoriser la communication.** On ne dira jamais assez la nécessité de poursuivre nos efforts pour libérer la parole des patients, renforcer le dialogue et la confiance entre soignants et soignés, voire entre professionnels de santé au sein des équipes. L'objectif est de permettre au patient d'être acteur de sa propre sécurité.
- > **Soulager la douleur.** Le message adressé aux patients, est d'exprimer sa douleur et de questionner les professionnels sur sa prise en charge. Le patient ne doit pas être pris en otage par la douleur. Il doit pouvoir en

parler et le professionnel doit l'entendre. La considérer comme un signal pour adapter sa prise en charge.

Dans les halls d'accueil des deux principaux sites, les équipes du CHU se sont mobilisées pour accueillir, informer, sensibiliser les patients et les professionnels de santé qui sont venus participer aux ateliers organisés sur les thèmes cités.

Des supports d'information attractifs et pédagogiques ont été mis à la disposition des participants.

Nous voulions faire de ces journées un moment d'échanges privilégiés sur la base d'animations et d'outils pédagogiques adaptés autour de la sécurité de la prise en charge, sous la signature que professionnels de santé et patients partagent « ma participation est essentielle pour des soins plus sûrs ».

Luis Santos ■
CHU de La Réunion



Le prise en charge de **la douleur au** **CHU** de La Réunion

En France, c'est seulement à la fin des années quatre-vingt-dix que la prise en charge de la douleur a fait l'objet de mesures gouvernementales, sous forme de « Plans de lutte contre la douleur ». Le premier plan, en 1998, préconisait la création de CLUD (Comité de LUTte contre la Douleur) dans tous les établissements de santé et médico-sociaux, et de structures pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique.

Les CLUD sont des instances de réflexion et de propositions dont l'objectif est d'améliorer la prise charge de la douleur au sein des établissements.

Au CHU, les CLUD se réunissent 4 fois par an. Ils participent à l'orientation des choix du plan de formation, du matériel destiné à l'analgésie, valident des protocoles, analysent la consommation d'antalgiques, de MEOPA, ... proposent des actions d'amélioration de la qualité. Les représentants des usagers sont conviés aux réunions plénières. Les comptes

rendus des réunions, sont disponibles sur le site intranet de l'hôpital.

A La Réunion, les premières structures ont été créées au début des années 2000.

Actuellement, le CHU compte deux des trois structures de prise en charge de la douleur de l'île. Au sud la Consultation douleur de l'Hôpital de Saint Louis, dont le médecin responsable est le Dr Emmanuelle DE DIEGO, et au nord, à Saint-Denis, la Consultation douleur de l'Hôpital Félix Guyon, dont la responsable est le Dr Frédérique MOHY.

Sur chaque site, les équipes*, pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles ont développé conformément à leur mission, une activité de consultation externe destinée aux patients douloureux chroniques adressés par leurs confrères généralistes ou spécialistes. Elles peuvent être sollicitées pour prendre en charge des douleurs rebelles chez des patients hospitalisés, et animent les CLUD. Les Dr Frédérique MOHY et Edwige CAND en sont les présidentes respectivement dans le nord et dans le sud.

* Voir la composition des équipes en p 8 ■

Consultations externes : Le parcours du patient

La secrétaire reçoit les appels des médecins, ou directement des patients, et dans ce cas leur demande les coordonnées de leur médecin traitant pour lui adresser un questionnaire préalable qui permet de connaître le motif de la consultation, leurs antécédents, l'histoire de leur maladie, les examens et traitements déjà effectués...

Elle donne les rendez-vous en fonction du caractère d'urgence, en orientant vers l'un des médecins de l'équipe en fonction de sa spécialité.

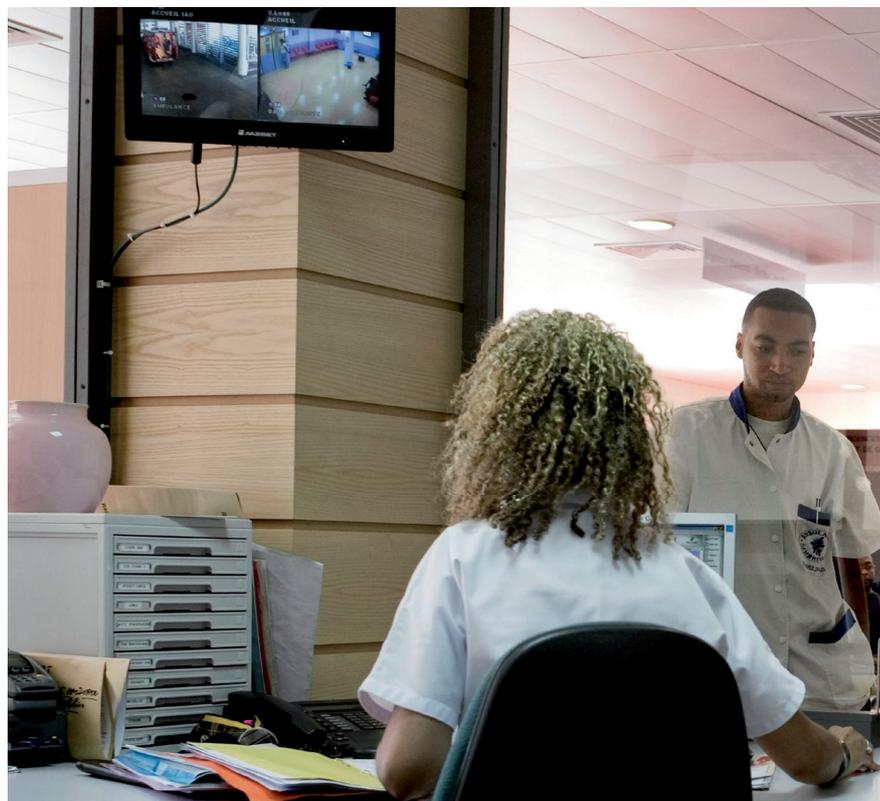
Le jour de la consultation, elle accueille le patient, elle constitue son dossier, recherche le cas échéant les comptes-rendus archivés...

Elle le confie ensuite à l'infirmière qui va s'entretenir avec lui, pour évaluer la douleur, son intensité, ses caractéristiques, son retentissement psychique et fonctionnel au quotidien, avec différents questionnaires et outils d'évaluation adaptés à la situation. Il existe des échelles d'évaluation de la douleur pour les enfants, les personnes âgées, les personnes qui ne peuvent s'exprimer verbalement...

› **L'infirmière** va aussi s'enquérir des attentes du patient, l'écouter, approcher ses représentations de la douleur, qui sont différentes pour chacun, influencées par les croyances, la culture...



Elle commente et transmet les éléments qu'elle a recueillis au médecin qui va recevoir le patient. Au terme de la consultation initiale, le médecin fait une synthèse de tous les éléments disponibles, pose un diagnostic ou demande un complément de bilan. Un projet thérapeutique sera défini en accord avec le patient et validé en concertation pluriprofessionnelle réunissant les membres de l'équipe.



› La consultation initiale dure environ 1 heure.

Ce temps est nécessaire pour que le patient livre l'histoire de sa maladie, pour que soit évalué le handicap constitué par la douleur chronique au quotidien dans différents domaines (professionnel, domestique, familial, social, loisirs...), et le retentissement sur sa qualité de vie, et enfin, pour que le médecin prenne connaissance des explorations complémentaires déjà effectuées, réalise un examen clinique.

Les patients douloureux chroniques ont souvent une histoire clinique complexe. La plupart sont en quête d'une reconnaissance de leurs symptômes, et ce temps d'écoute est fondamental pour nouer une relation de confiance dont dépendra l'adhésion au traitement proposé.

La prise en charge proposée associera selon les cas le recours à des traitements médicamenteux, et/ou non médicamenteux (TENS, apprentissage de la relaxation, individuellement ou en groupe, hypnoanalgésie, psychothérapies, séances d'éducation thérapeutique, kinésithérapie, thérapies manuelles, des techniques interventionnelles...).

› **La psychologue** rencontre les patients qui le souhaitent, sur proposition du médecin ou de l'équipe. Elle participe à l'évaluation pluriprofessionnelle, assure un suivi qui peut prendre différentes formes, selon ses

compétences (psychothérapies individuelles et familiales, soutien psychologique, psychothérapie d'orientation analytique, hypno-analgésie, sophrologie, animation de groupes de relaxation...)

› **Le (la) kinésithérapeute** formé aux thérapies manuelles, reçoit les patients adressés par les médecins de l'équipe, pour une évaluation ponctuelle et/ou un suivi.

› Chaque **médecin** réfère coordonne pour ses patients, évaluation, traitement et suivi.

Dans certains cas la consultation peut associer deux médecins de spécialités différentes, ou le médecin et un autre membre de l'équipe.

› **Le médecin responsable** de l'unité coordonne l'activité de l'équipe.

Les dossiers complexes sont présentés et discutés en staff pluridisciplinaire qui est aussi le lieu où l'évolution de la prise en charge est analysée. Pour tous les malades, une concertation a lieu entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du patient. Un courrier détaillé est adressé au(x) médecin(s) du patient.

Un suivi téléphonique peut être instauré.

Les consultations de suivi durent en moyenne 30 min.

Les pathologies douloureuses prises en charges au sein de la consultation sont très diverses : douleurs neuropathiques, douleurs

Charte du patient hospitalisé



« ... Au cours de ces traitements et ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants.

Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n°95-116 du 4 février 1995... »

Code de Déontologie Médicale 1995: « En toute circonstance, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique. »

ANAES/HAS 1999 Recommandations pour « l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire ».

« Les antalgiques sont les premiers médicaments en nombre de prescriptions: 80% des français ayant consulté un médecin en 2002 ont reçu au moins une prescription d'antalgiques de palier I ou II. » Données issues du *LIVRE BLANC DE LA DOULEUR. Enquête de 2003.*

« ... la douleur, maître-symptôme de la médecine, doit être avant tout décelée, évaluée et comprise dans son mécanisme, mais aussi reconnue dans son vécu par le malade avec tout ce que cela comporte de perception du handicap et de la souffrance morale qu'elle induit, dans la vie quotidienne... » Alain SERRIE *LIVRE BLANC DE LA DOULEUR 2003*

« Les facteurs responsables de l'évolution d'une douleur vers la chronicité sont multiples et imparfaitement connus. Les hypothèses disponibles concernent les niveaux neurophysiologique (plasticité neuronale) et psychologique (phénomène d'apprentissage, conditionnement). Il est généralement admis que la persistance contribue par elle-même à transformer les mécanismes initiaux de la douleur.

Prévalence de la douleur chronique en population générale: 31,7% (35% chez la femme, 28,2% chez l'homme, > 50% après 70 ans, 20% douleur modérée à sévère) *BOUHASSIRA et al. DN4. Pain 2007* étude en population générale 2006. **On considère qu'une douleur devient chronique lorsqu'elle dure plus de 3 mois.**

rhumatologiques/rachialgies, douleurs cancéreuses, céphalées/migraines, algies faciales, douleurs vasculaires, pelvipérinéales, fibromyalgies, SDRC, douleurs idiopathiques...

Les domaines d'expertises sont pour l'équipe du CHU Félix Guyon les douleurs viscérales abdomino-pelviennes, douleurs périnéales et douleurs musculo-squelettiques (dont douleurs myofasciales). L'équipe du CHU Sud Réunion a développé les domaines suivants : céphalées et migraines, algies faciales et névralgies faciales, et le rachis avec la mise en place d'une filière avec convention inter établissements.

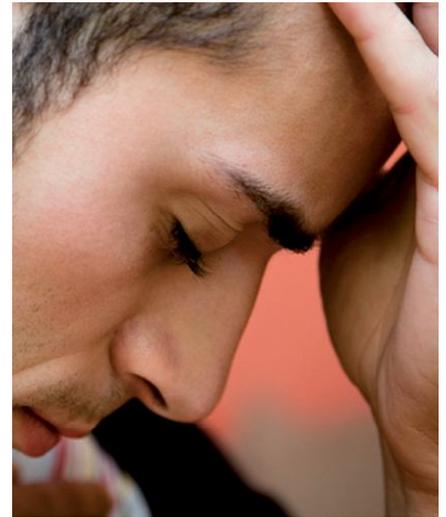
Les équipes sont impliquées par ailleurs dans d'autres activités : enseignement, formation initiale et continue des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, recherche, EPP...

En mars 2011, les auteurs de **l'ÉVALUATION DU PLAN DOULEUR 2006/2010 par le HCSP** concluaient que «*La qualité de la prise en charge en charge hospitalière de la douleur a été améliorée, notamment grâce aux exigences de l'HAS par la procédure d'accréditation puis de certification, la douleur étant désormais une PEP (Pratique Exigible Prioritaire). Le travail des CLUD et l'utilisation d'indicateurs IPAQSS est mis en avant. La réalisation d'EPP et audits douleur*

sont un signe du dynamisme des équipes... néanmoins, la structuration territoriale et l'organisation de la lutte contre la douleur chronique, se sont heurtées à un manque de moyens et d'impulsion politique».

Bien que des progrès significatifs aient été enregistrés, la prise en charge de la douleur n'est pas encore parfaitement intégrée dans la prise en charge globale du patient dans tous les services. Ce qui peut être expliqué par le caractère relativement récent des moyens mis en œuvre dans ce cadre à La Réunion par rapport à la métropole.

Un véritable changement des représentations et des pratiques ne peut se faire que dans la durée, et nécessite un investissement à long terme. Il est donc nécessaire de poursuivre les actions en faveur de la traçabilité de l'évaluation de la douleur, la formation initiale et continue des médecins et para-médicaux, la prévention de la douleur liée aux soins (MEOPA), l'amélioration des modalités des traitements médicamenteux par la diffusion des recommandations nationales et des protocoles internes, la meilleure utilisation des antalgiques de palier 3, un meilleur accès aux protocoles analgésiques sur intranet...



L'avenir c'est aussi...

L'identification d'un Centre Régional d'Évaluation et Traitement de la Douleur « tricéphale » regroupant les consultations du CHU Hôpital Félix Guyon et CHU Sud Réunion, et la structure de la clinique Sainte Clotilde. Ce projet inscrit dans le **SROS 2012-2016**, soutenu par la Direction Générale et l'ARS, a été déposé à la DGOS. Il s'inscrit naturellement dans la politique de partenariats qu'entend développer le CHU.

Composition des équipes



> CHU GHSR :

Dr Emmanuelle DEDIEGO PH responsable, Dr Edwige CAND PH, Dr Marianne BANGIL P. Attaché, M^{me} Florence SMANIOTTO Psychologue, M^{me} Gwenaëlle HOAREAU IDE, M. Jean-Pierre MASSE Kinésithérapeute Ostéopathe, M^{me} Nathalie RIVIERE Secrétaire.



> CHU FELIX GUYON :

Dr Frédérique MOHY PH responsable, Dr Sylvaine GUIBERTEAU PH, Dr Bénédicte CASALONGA PH, M^{me} Gwenaëlle IMIZA Psychologue, M^{me} Chantal BELVISEE IDE, M^{me} Agnès Tosch IADE, M^{me} Laura VELASCO Kinésithérapeute, M^{me} Magalie HOARAU Secrétaire

Le psychologue clinicien

Dans le cadre des consultations de douleur chronique du CHU, le psychologue clinicien est disponible pour recevoir les patients qui le souhaitent. En fonction de la problématique de chacun et de la demande, il propose un suivi adapté dont les modalités sont déterminées en accord avec le patient.

■ Convergence : Quel est le rôle du psychologue clinicien ?

G. IMIZA - F. SMANIOTTO : «Le psychologue s'intéresse au vécu subjectif de la personne, à son histoire singulière, à son rapport particulier à son corps et à sa douleur. C'est une occasion pour la personne de dire quelque chose de sa souffrance, de ce qui l'anime, et d'être entendu sans jugement, dans ses différences.»

■ Convergence : De quoi s'agit-il dans cette offre de rencontre et de parole ?

G. IMIZA - F. SMANIOTTO : «Le psychologue accompagne un véritable travail psychique, un cheminement dans le temps pour permettre à la personne de retrouver une place active dans ce qui lui arrive. Cette démarche favorise un apaisement du symptôme, un remaniement de son rapport au monde et aux autres, un positionnement différent lui ouvrant de nouvelles perspectives.

Ainsi le psychologue n'est pas dans un objectif d'éradication du symptôme ni de normalisation. Il ne s'appuie pas sur un programme préétabli mais propose un soutien sur mesure issu de la rencontre avec le patient et toujours à réajuster au fil des évolutions du travail psychique.»



■ Convergence : Travaille-t-il en équipe ou seul avec le patient ?

G. IMIZA - F. SMANIOTTO : «Il s'agit d'un travail d'équipe. De part sa formation spécifique et son positionnement de tiers au sein d'une équipe pluridisciplinaire, il apporte des éclairages sur la dimension psychique de la douleur participant

à l'élaboration du projet de soin. Il travaille en lien avec les intervenants hospitaliers et libéraux impliqués dans la prise en charge.»

Florence Smaniotto, Gwénaëlle Imiza ■
CHU de La Réunion

Trois questions aux infirmières ressource Douleur

■ Convergence : Combien êtes-vous au CHU ?

Les infirmières : «Nous sommes 3. Deux au CHU Nord : Chantale BELVISEE IDE et Agnès TOSCH IADE à mi-temps et une au CHU Sud : Gwénaëlle HOAREAU IDE.»

■ Convergence : Quel est la spécificité de l'infirmière ressource douleur ?

Les infirmières : «Titulaires d'un DU de prise en charge de la Douleur, les infirmières ressource douleur exercent dans une unité de consultation de la Douleur Chronique au sein d'une équipe pluridisciplinaire avec plusieurs missions. Elles participent au développement d'une véritable culture dans la lutte contre la douleur dans le respect de la politique institutionnelle du CHU.»

■ Convergence : Quelles sont ses missions principales ?

Les infirmières : «L'infirmière ressource douleur a trois activités principales :

- > Au niveau de la formation, elle collabore au programme de formation institutionnelle de l'établissement, à la formation initiale en institut de formation et elle soutient l'encadrement des stagiaires. Elle participe aussi au compagnonnage clinique dans les unités de soins.
- > Sur le plan clinique, l'infirmière aide à la prise en charge pluridisciplinaire des patients douloureux chroniques en Consultation externe et à l'évaluation de la douleur dans les unités de soins (rôle transversal). Elle prend en charge le traitement médicamenteux et

non médicamenteux (aide à la titration de Morphine, à la pose de PCA, au suivi des cathéters d'ALR et à la prévention des douleurs induites, relaxation, écoute, relation d'aide, éducation thérapeutique du patient et son entourage...).

- > Enfin, l'infirmière ressource douleur est convoquée aux réunions institutionnelles : CLUD, CSIRMT... elle peut aussi prendre part aux évaluations des pratiques professionnelles (audits, recherche en soins infirmiers...), à l'autoévaluation dans le cadre de la certification de l'établissement.»

Gwénaëlle Hoareau,
Chantal Belvisée, Agnès Toschet ■
CHU de La Réunion

De la permanence des soins à l'aide médicale urgente

Près de cent mille réunionnais s'adressent chaque année aux deux sites d'urgences nord et sud du CHU de la Réunion. Ce chiffre témoigne de la qualité de ces services pour la prise en charge des adultes et des enfants. Il reflète aussi très vraisemblablement la difficulté pour une partie de notre population d'accéder, notamment la nuit, à des médecins en dehors de l'hôpital.

La permanence des soins libérale (la garde des médecins libéraux) s'est cependant partiellement améliorée avec en 2012 la publication d'un nouveau cahier des charges sous l'égide de l'ARS. Les secteurs de garde sont mieux identifiés, un effort important d'informations vers le grand public a été fait, le concept de régulation libérale au SAMU a été affirmé et accompagné. Mais comme de nombreux départements français, certaines difficultés subsistent à La Réunion : carences de médecins en nuit profonde où souvent les patients n'ont d'autres solutions que les urgences hospitalières, impossibilité d'obtenir une visite à domicile (les 4 SMURS de l'île deviennent paradoxalement une alternative à ces visites), délivrance des certificats de décès, particularisme de Cilaos où il n'existe aucune couverture médicale pour 8000 habitants, les procédures de télé-médecine mises en place avec le SAMU ne devant être considérées que comme la solution la moins mauvaise...

La Réunion connaît une organisation territoriale de qualité des structures hospitalières assurant la réponse aux urgences. Chacun des 4 SMURS de l'île est adossé à un service d'urgence. Mais l'accès en moins de 30 minutes à un service d'urgence que les pouvoirs publics veulent assurer à juste titre à chaque citoyen, à La Réunion comme en France métropolitaine, ne pourra se faire qu'après avoir répondu à certaines obligations : le développement quantitatif et qualitatif de la régulation médicale, l'identification de nouveaux effecteurs médicaux de l'urgence, la mise en service d'hélicoptères sanitaires. Et la couverture par le SMUR de St Pierre du sud de l'île reste encore insuffisante la nuit, un seul médecin aux urgences en début de nuit à St Denis doit souvent assumer seul la prise en charge des urgences vitales, des consultations, du service porte...

De nombreuses contraintes continueront donc dans les années qui viennent à être portées par nos hôpitaux. Les urgences hospitalières restent en effet pour le grand public une solution et non un problème. Ce recours croissant se retrouve dans tous les pays occidentaux.



D'importants efforts ont été faits par notre établissement pour ses services d'urgences depuis de nombreuses années. Il convient d'en être fier et reconnaissant. Il est essentiel cependant que nos services poursuivent leurs restructurations avec la mise en place de filières rapides de prise en charge, la définition de nouveaux modes de priorisation à l'accueil (médecins dits de tri), l'amélioration des délais d'examen complémentaires, l'adaptation des effectifs médicaux et paramédicaux aux flux, le développement des hospitalisations anticipées, la gestion des lits d'aval assurée par l'ensemble de l'établissement. Certaines de ces filières sont bien opérantes : urgences pédiatriques, urgences coronariennes, urgences neuro vasculaires...

Mais à La Réunion comme ailleurs, la prise en charge de la personne âgée reste difficile, malgré des améliorations notables. Pourquoi une personne âgée, extrêmement chronophage de moyens humains, devrait-elle encore rester des heures aux urgences faute de place ? Cela ne doit pas être vécu comme une fatalité. La mise en place d'unités gériatriques de courte durée, en aval des urgences doit être une piste de réflexion pour nous tous. L'histoire d'un service

d'urgence ne lui est pas propre, c'est celle de tout un hôpital.

Rien ne se fera sans les hommes. Une nouvelle ambition est née pour la formation des médecins urgentistes. Après la Capacité de Médecine d'Urgence hier, le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires aujourd'hui (DESC, soit un an après le 3^e cycle des études de médecine), le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES, c'est à dire 4 ans complémentaires après le 3^e cycle) sera délivré demain à La Réunion comme dans tous les CHU métropolitains. La naissance imminente de cette nouvelle spécialité, essentielle au devenir de nos services, devra obligatoirement s'accompagner aussi d'une nouvelle réflexion sur les métiers de l'urgence (organisation du temps de travail, prise en compte de la pénibilité, statut, etc.). Sans celle-ci, l'attractivité vers le métier d'urgentiste, enjeu majeur au fonctionnement de nos services, restera incertaine. Notre établissement a déjà entamé cette réflexion. Elle devra être poursuivie et déclinée rapidement.

Dr Arnaud Bourdéd, Pr Xavier Combes ■
CHU de La Réunion

Notre engagement pour améliorer la qualité et la sécurité des soins



Le CHU de La Réunion a été destinataire depuis le mois d'octobre de deux rapports de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) suite aux visites du même nom organisées au mois de juin 2012 sur ses deux sites : CHU Hôpital Félix Guyon et CHU Sud Réunion.

L'objectif de la procédure de certification est de s'assurer de la mise en place dans un établissement de santé, d'un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de l'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères jugés essentiels : les **Pratiques Exigibles Prioritaires**.

Il s'agit d'une certification globale et non d'une certification de toutes les activités de l'établissement. Elle ne note pas les professionnels et n'établit pas un palmarès des hôpitaux. Deux équipes d'experts visiteurs de la HAS ont passé au crible nos organisations et nos pratiques pendant une semaine.

Quelques mois auparavant, nous leur avons fait parvenir les réponses et les éléments de preuve associés aux critères d'audit du référentiel HAS (82 critères).

Le périmètre des visites fut déterminé à partir des résultats des auto-évaluations conduites par les professionnels du CHU.

Notons que cet exercice n'est pas nouveau. Cette visite étant la troisième que nos établissements préparaient.

La première édition des visites de certification posa les fondements d'un système de management de la qualité, les suivantes ciblèrent le parcours du patient et la sécurité de la prise en charge tout au long de son hospitalisation.

Désormais, les professionnels de santé ont intégré cette évaluation externe de leurs pratiques qui revient tous les quatre ans. Il ne se passe pas de semaine sans qu'ils s'investissent dans des démarches qualité qui visent à améliorer les processus dans lesquels s'inscrivent leur action dans des domaines aussi divers que la gestion des services logistiques, la sécurité du patient, son accueil, son information...

On ne vit plus aujourd'hui au sein de notre institution les évaluations externes qu'elles soient le fait de la Haute Autorité de Santé ou d'autres organismes de contrôles (ASN, Agence de biomédecine...) comme des moments exceptionnels qui ne concerneraient qu'une équipe restreinte chargée de préparer l'établissement à réussir son « examen de passage ».

Ces évaluations s'inscrivent dans la continuité de l'activité. Les professionnels s'y préparent sans rupture, d'une évaluation à l'autre. La qualité

est une dimension indissociable du métier qu'ils exercent.

Nous observons depuis plusieurs années, une intensification de la mobilisation pour les signaler et y apporter des correctifs chaque fois que cela est possible.

De fait, à La Réunion, la qualité des soins n'a cessé de progresser. Qui a connu les hôpitaux réunionnais il y a trente ans, ne les reconnaîtrait plus aujourd'hui.

Les visites de certification ont sans aucun doute favorisé cette amélioration continue des pratiques.

Nous prendrons connaissance dans le tableau en page suivante des réserves et recommandations pour chacun des sites du CHU. Nos efforts dans les mois à venir, nous conduiront à développer des actions pour lever les réserves et répondre aux recommandations. L'amélioration de la qualité n'a pas de début ni de fin. C'est un processus continu qui, quand elle est au rendez-vous des démarches que nous mettons en œuvre chaque jour, bénéficie à tous et en priorité aux patients.



Les principales PEP (Pratiques Exigibles Prioritaires)

A	Doter l'établissement d'indicateurs et d'un tableau de bord pour aider à son pilotage
B	Assurer la gestion des plaintes et réclamations des patients
C	Respecter les libertés individuelles des patients et assurer la gestion des mesures de restriction de liberté
D	Prendre en charge la douleur et les droits des patients en fin de vie
E	Maitriser la gestion du dossier du patient
F	Identifier le patient à toutes les étapes de sa prise en charge
G	Assurer la prise en charge somatique des patients (en santé mentale)
H	Maitriser la gestion des événements indésirables (<i>dysfonctionnement/incident/accident</i>)
I	Maitriser le risque infectieux
J	Organiser le circuit du médicament avec des responsables désignés et des prescriptions maitrisées
K	Mettre en place dans les secteurs à risque majeur (endoscopie, radiothérapie, médecine nucléaire...) une organisation qui maitrise le risque
L	Assurer la bonne organisation du bloc opératoire
M	Mettre en place une politique et une organisation visant à déployer dans l'établissement les évaluations des pratiques professionnelles (EPP)

Une décision (réserve ou recommandation) est prise par le Collège de la HAS dans l'hypothèse où l'établissement ne maitrisera pas l'une de ces PEP à 80 %.

Les décisions du college de la HAS

Comment lire le tableau ci-dessous ?

Pour le profane, des explications s'avèrent nécessaires. En effet, une réserve sur « le non respect des obligations légales ou de l'intimité et de la dignité du patient » peut légitimement l'interroger.

Il sera, en conséquence, nécessaire d'éclaircir ces décisions.

Pour comprendre celles citées précédemment, il est utile de savoir que les locaux actuels du CHU Sud Réunion, ne garantissent pas aux patients des conditions favorables pour que ces derniers bénéficient d'une intimité et d'un confort dans toutes les situations. Que l'on se rassure. Une décision sur le projet de rénovation de cet établissement est attendue dans les prochains mois et permettra de lever les deux réserves citées (a et b).

Dans les deux sites, la HAS demande aux établissements de s'organiser pour mieux informer le patient en cas de dommage lié aux soins. Il est admis qu'aujourd'hui que le patient est en droit de recevoir une information compréhensible et

complète sur les faits le concernant. Une sensibilisation des praticiens du CHU sur ce thème est actuellement en cours.

On note sur un des sites une recommandation sur la gestion des « événements indésirables (EI) » autrement dit il est question ici, d'aller au delà du signalement de l'EI pour proposer des actions d'amélioration et en mesurer l'impact. Cette démarche est engagée au moment où on lira cet article.

S'il est un circuit dont la complexité requiert toute notre attention, c'est bien celui du médicament. Des avancées importantes ont marqué dans ce domaine ces trois dernières années : amélioration des conditions de stockage au sud, début d'informatisation au nord. Il reste des progrès à faire pour une maîtrise totale de ce circuit. Nous progresserons dans les années à venir sur son informatisation et des formations seront dispensées aux personnels le prenant en charge. Nous porterons une attention particulière aux personnes âgées dont la poly médication augmente le risque iatrogénique.

La gestion du dossier est une recommandation

présente sur les deux sites. Le dossier du patient est l'outil pour assurer une prise en charge coordonnée de ce dernier. Son informatisation, bien engagée à ce jour, doit se poursuivre. C'est le sens de cette décision. L'avenir s'inscrit dans un dossier patient unique, accessible à tous les soignants sans discontinuité.

La HAS nous a demandé par ailleurs de mieux identifier le patient dans son parcours hospitalier. Si les erreurs d'identification sont aujourd'hui rares, il est encore possible de s'améliorer pour traquer celles qui demeurent.

Enfin, La HAS invite les professionnels à intégrer dans leur quotidien une culture pérenne de l'évaluation de leur pratique (EPP). Aujourd'hui, il est demandé aux professionnels quelque soit l'activité qu'ils exercent d'évaluer leurs pratiques. On nous demande de progresser sur l'évaluation de la pertinence des soins dispensés et sur le recueil et l'analyse des indicateurs de pratique clinique. Le CHU s'est organisé pour accompagner les équipes qui se sont mobilisées sur ces évaluations.

Luis Santos ■
CHU de La Réunion



Réserves et recommandations par site

	CHU Hôpital Félix Guyon	CHU Sud Réunion
RÉSERVES	<ul style="list-style-type: none"> - Information du patient en cas de dommages liés aux soins - Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé 	<ul style="list-style-type: none"> - Obligations légales et réglementaires (a) - Information du patient en cas de dommage lié aux soins - Respect de l'intimité et de la dignité du patient (b) - Prescription médicamenteuse du patient - Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
RECOMMANDATIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion du dossier patient - Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge - Prise en charge médicamenteuse du patient - Organisation de l'endoscopie - Mise en œuvre des démarches EPP - Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion du dossier patient - Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge - Respect des libertés individuelles et mesures de restriction de liberté - Gestion des événements indésirables - Prise en charge somatique du patient - Management de la prise en charge médicamenteuse - Mise en œuvre des pratiques professionnelles liées à la pertinence de soins

La Recherche Clinique se réorganise au CHU : création du Département de Recherche Clinique

A l'occasion de la création de l'Unité de Soutien Méthodologique, la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) a restructuré l'organisation et le suivi de la recherche clinique au sein d'un Département de Recherche Clinique.

Ce nouveau modèle d'organisation, qui vise à optimiser l'accompagnement des porteurs de projets dans l'élaboration/soumission, la mise en place et le suivi de la recherche, offre en outre une plus grande lisibilité dans les missions et champs de compétences des professionnels de recherche intervenant au sein du CHU.

Le département de Recherche Clinique (DRC) s'appuie sur quatre unités fonctionnelles amenées à interagir étroitement autour d'un projet de recherche, depuis sa conception jusqu'à sa réalisation complète et valorisation.

Unité de Soutien Méthodologique :

- > Formalisation de l'idée de la recherche
- > Construction méthodologique
- > Analyse statistique
- > Soutien à la valorisation/publication

Unité Promotion :

- > Cellule promotion interne : Études académiques du CHU de La Réunion
- > Cellule promotion externe : autres études académiques ou études industrie pharmaceutique
- > Cellule missions transversales ou support : missions propres du CHU ou en lien avec partenaires extérieurs
 - › Coordination des appels à projets/faisabilités
 - › Soumission et suivi technico réglementaire des études
 - › Évaluation et suivi des surcoûts liés à la recherche
 - › Conduite de missions ciblées hors études ou essais cliniques

Unité Soutien Investigateur :

- > Aide à l'investigateur dans le déroulement de la recherche
- > Soutien au recrutement et planification des visites
- > Soutien logistique, recueil et saisie des données
- > Assurance qualité

Unité Monitoring :

- > Évaluation de la faisabilité et mise en place de l'étude

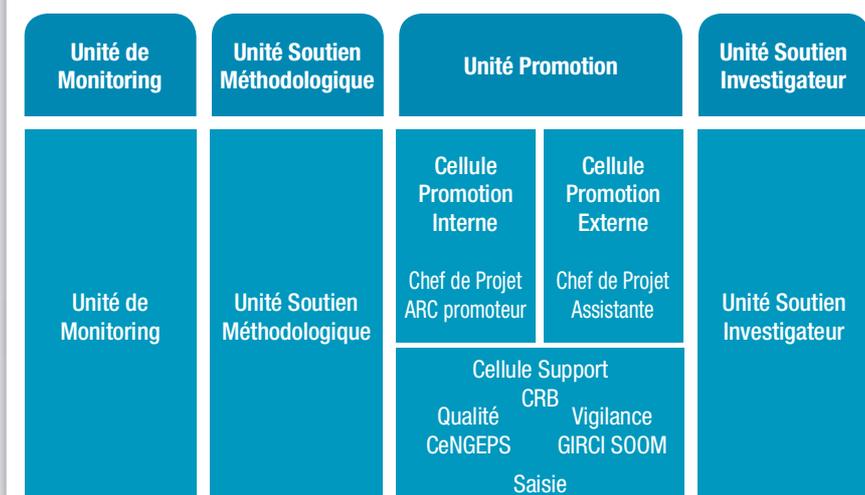


- > Formation des investigateurs et personnels des centres à la recherche
- > Suivi et Contrôle Qualité de l'étude
- > Suivi de la pharmaco vigilance et de la réglementation

Lexique :

- > ARC : Attaché de Recherche Clinique
- > CRB : Centre de Ressources Biologiques
- > GIRCI SOOM : Groupement Interrégional de Recherche Clinique Sud-Ouest Outre-Mer
- > CeNGEPS : Centre National de Gestion des Essais des Produits de Santé

Département de Recherche Clinique



La Recherche en bref

Résultats de l'appel à projet APIDOM

Le conseil scientifique de l'inter-région Sud-Ouest Outre-Mer s'est réuni le mercredi 7 novembre à Bordeaux pour la sélection des projets de recherche à financer dans le cadre du premier appel à projet APIDOM, appel à projets de recherche dédié aux DOM.



chirurgie visant à réséquer ces plaques. Cette étude permettra de mieux comprendre l'étiologie des complications athérotrombotiques chez le sujet diabétique et pourra contribuer à identifier de nouvelles cibles thérapeutiques.

Le second projet financé est une **étude sur la séroprévalence et les facteurs de risque**



Projet national sur la surveillance des effets secondaires des médicaments :

Un projet du CHU de la Réunion a été sélectionné dans le cadre du premier appel à projet de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Ce projet national, coordonné par le Dr Huiart de l'Unité de Soutien Méthodologique, va étudier si les modèles de surveillance épidémiologique



Le CHU de la Réunion a proposé 5 projets à cet appel d'offres dans les domaines de l'endocrinologie – maladies métaboliques, la néonatalogie, la périnatalité, les maladies infectieuses et l'obstétrique. Parmi ces projets, **le projet du Dr Xavier Debussche sur les marqueurs d'athérombose chez les patients diabétiques a été retenu.** A la Réunion, Diabète et accident vasculaire cérébral constituent un problème de santé publique majeur tant d'un point de vue de la mortalité que du handicap grave qu'engendrent les complications associées à ces pathologies. Cette étude aura pour objectif de comparer les marqueurs de l'inflammation présents dans les plaques d'athérombose des carotides des patients diabétiques et non diabétiques subissant une endartériectomie,

des infections à *Coxiella burnetii* (fièvre Q) dans le sud de l'île de la Réunion dirigée par le Dr Alain Michault. Ce projet vise à estimer la prévalence de l'infection à fièvre Q dans la population des femmes enceintes à la Réunion. L'étude inclura 3500 femmes enceintes pendant une période de 2 ans. Ce projet permettra, d'une part, de mieux comprendre la responsabilité potentielle de cet agent infectieux dans les événements indésirables comme les fausses couches et la prématurité et, d'autre part, d'obtenir des données s'intégrant dans le cadre de la surveillance des maladies infectieuses et émergentes.

Félicitations aux investigateurs principaux !

pourraient être un outil pour l'identification et la veille continue des événements indésirables médicamenteux, en utilisant le cas de l'anti-coagulant oral dabigatran (Pradaxa). Ce projet utilisera les bases de données nationales de l'assurance maladie.

La capacité à détecter rapidement les effets indésirables sévères des nouveaux médicaments est essentielle pour engager une action de santé publique adéquate et en temps réel. Si les modèles de surveillance épidémiologique sont applicables, ils seront d'un apport majeur dans le renforcement du système de pharmacovigilance existant actuellement.

Dr Xavier Debussche, Dr Laetitia Huiart ■
CHU de La Réunion

Jamais la première fois sur le patient



Le schéma d'apprentissage classique en santé se limite à une formation théorique (les cours magistraux, les livres) suivie d'une formation pratique au lit du malade.

Le terme « Simulation en santé » correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. Les conditions de mise en œuvre de la Simulation en santé sont très rigoureuses et issues des connaissances en psychologie des apprentissages de l'adulte (déjà largement mises en œuvre en aéronautique mais aussi dans le ferroviaire et le nucléaire).

L'irruption dans le domaine médical de simulateurs « haute définition (HD) » hyperréalistes a radicalement transformé les possibilités d'apprentissage. L'apprentissage sur simulateurs HD concerne dès à présent de nombreux domaines et notamment la périnatalité (néonatalogie et obstétrique), la réanimation, l'anesthésie, la médecine d'urgence, la chirurgie (coelioscopie), la radiologie (interventionnelle), l'endoscopie, l'échographie (cardiaque).

La Simulation en santé n'est efficace qu'à condition d'une intégration dans une nouvelle structuration de l'enseignement. De nouveaux parcours d'apprentissage se créent, faisant succéder par exemple une formation théorique

initiale modernisée (NTIC), l'apprentissage de gestes techniques sur mannequins de basse ou moyenne définition, la mise en œuvre des compétences acquises sur des cas cliniques simulés sur ordinateurs (microsimulation) et enfin la formation à une prise en charge globale et en équipe de cas cliniques complexes reproduits par des mannequins HD pilotés par des ordinateurs. Cette simulation HD est alors mise en œuvre dans un environnement qui reproduit les conditions habituelles d'exercice des professionnels (salle d'opération, salle de naissance, salle de déchocage aux urgences, chambre d'hospitalisation...). Des jeux de rôles avec des acteurs peuvent compléter le dispositif.

Ce nouveau mode de formation est recommandé par la Haute Autorité de Santé et peut être utilisé en formation initiale et en formation continue en particulier dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Dans un rapport rédigé à la demande de la HAS, les auteurs (Pr JC Granry, Dr MC Moll) soulignent que la simulation « permet aux apprenants à la fois d'acquérir des connaissances, de renforcer leurs acquis, sans risque pour le patient, de faciliter leur réflexion en groupe et d'améliorer leur confiance en eux ».

En France la simulation en santé est utilisée de manière très inégale et le nombre de centres de simulation est encore limité alors que toutes les disciplines sont concernées. Ceci

s'explique par l'importance des moyens (locaux, équipements) et des ressources humaines nécessaires (formateurs spécifiquement formés). L'Université, le CHU et l'ARS de La Réunion ont opté conjointement pour le développement d'un centre de simulation de l'océan Indien destiné à la formation initiale et continue des professions médicales, paramédicales et de tous les professionnels du domaine de la santé. Les besoins en formation de La Réunion et de la zone OI, l'existence de fortes compétences locales dans le domaine de la Simulation en santé, les projets de l'UFR et du CHU sont autant de facteurs justifiant une mise en œuvre rapide et structurante de la Simulation en santé à La Réunion. Le centre de simulation OI devra s'adapter aux besoins existants, aux réalités de terrain et venir compléter et appuyer le dispositif de formation déjà présent à La Réunion.

Rapport de mission: État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. JC Granry et MC Moll.

téléchargeable sur : www.has-sante.fr

Pr Jean-Bernard Gouyon ■
CHU de La Réunion

La pose de la 1^{ère} pierre des bâtiments provisoires des instituts d'études en santé sur le site Nord du CHU de La Réunion

Le CHU de La Réunion hôpital Félix Guyon héberge actuellement les écoles de formation permettant chaque année de former près de 500 élèves (infirmiers, aides soignants, sages femmes) aux métiers de la santé.

Au moins un tiers des bâtiments abritant ces écoles doit être détruit à l'horizon juin 2013, date de début des travaux pour la construction du Bâtiment des Soins Critiques.

Afin de permettre la réalisation de ces travaux, le CHU Félix Guyon a prévu la relocalisation de l'ensemble des écoles sur le terrain dit « Ozoux » de manière transitoire pour une durée de 4 ans.

Le regroupement de l'ensemble des écoles de formation paramédicale du Nord de l'île au sein d'un institut de formation unique constitue un enjeu majeur pour le CHU et l'ensemble de ses partenaires (Agence Régionale de Santé Océan Indien, Conseil Régional, Département, Mairie de Saint-Denis, ...). Les différents partenaires se sont d'ores et déjà attachés à la réflexion sur la localisation définitive de ces écoles. L'hypothèse actuellement privilégiée est sa construction pour la rentrée 2016-2017 sur la zone sud de l'emplacement réservé n°11 au Plan local

d'urbanisme. Ce terrain représente une réserve foncière cohérente à proximité du CHU site Félix Guyon.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le **projet de relocalisation provisoire** des écoles de formation paramédicale du site Félix Guyon discuté entre le CHU et ses partenaires, dont l'engagement est à saluer. En effet, sans ce consensus, la poursuite de la formation aurait dû se faire dans des locaux de moins en moins adaptés pendant au moins 4 ans, avec toutes les contraintes liées au chantier du Bâtiment des Soins Critiques en extrême proximité.

Les travaux et les aménagements seront financés par le Conseil Régional, le Conseil Général et le CHU de La Réunion. Ce partenariat est formalisé par une convention tripartite précisant les engagements des parties et signée à l'occasion de la cérémonie de pose de la première pierre de ces bâtiments sur le site du camp Ozoux le 26 octobre 2012.



Les Instituts d'Études en Santé du CHU de La Réunion

Le CHU de La Réunion assure la formation de plus d'un millier d'étudiants chaque année, répartis dans 10 écoles ou instituts pour les filières professionnelles suivantes :

La démarche Qualité, qui est appliquée aujourd'hui dans l'ensemble des activités hospitalières, a aussi, été initiée au sein des écoles et instituts.

Cette démarche s'inscrit dans la dynamique générale du nouveau CHU de la Réunion. Celle-ci aura à intégrer le projet d'un Institut destiné au management au santé, pour lequel les différents acteurs ont rappelé leur engagement à l'occasion de cette pose de première pierre. Ce projet, partenarial par essence, vise à doter La Réunion et Mayotte d'une « école de cadres » destinée à l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social et ouverte sur les demandes

École / Institut	Filière professionnelle
2 instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)	Infirmier(e)s diplômés d'État
1 institut Régional d'Infirmier Anesthésiste Diplômée d'Etat (IRIADE)	Infirmier(e)s anesthésistes
1 institut Régional d'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État (IRIBODE)	Infirmier(e)s de bloc opératoire
1 institut de Formation des Masseurs-Kinésithérapeutes (IFMK)	Masseurs-kinésithérapeutes
2 instituts de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)	Aide-soignant(e)s
1 institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture (IFAP)	Auxiliaires de Puériculture
1 institut de Formation des Ambulanciers (IFA)	Ambulancier(e)s
1 école de Sage-Femme (ESF)	Sage-Femme

d'appui en management de plus en plus fréquemment présentées par nos partenaires de l'Océan Indien.

Pascale De Jouvancourt ■
CHU de La Réunion

Les idées sont comme les épis de riz ...



« Les idées sont comme les épis de riz : chacun sort ce qu'il a dans son cœur » dit le proverbe malgache... Dans le domaine de la Médecine d'Urgence, l'idée s'est faite action, à force d'écoute, d'échange, de partage, entre Madagascar et La Réunion.

Ainsi depuis 2007, des actions de coopération sont menées entre le service d'urgence du CHU Félix Guyon de La Réunion, siège du SAMU, et les différents services d'urgences du CHU de la capitale malgache. Aujourd'hui plus que jamais, faire vivre un tel projet, c'est apprendre à composer avec les autres, avoir le courage de ses engagements, et garder de la conviction dans les actions menées. Ce n'est pas toujours facile, mais c'est toujours fait avec une exigence : celle d'une médecine d'urgence d'excellence, pragmatique, adaptée aux conditions socioéconomiques locales, mais toujours au service des hommes.

C'est dans ce cadre que le SAMU de La Réunion, avec l'aide de la direction de la stratégie et de la coopération du CHU de La Réunion, a développé tout au long de ces dernières années, avec ses partenaires malgaches, notamment l'Association des Médecins Urgentistes de Madagascar, des liens professionnels et humains forts.

LE RESAU DE MEDECINE D'URGENCE DE L'OCEAN INDIEN

Par ses moyens et sa place au cœur de la zone sud océan indien, par différentes missions d'assistance lors de situations de catastrophe, mais aussi par une collaboration constante avec l'Université de Bordeaux 2 dans les pays francophones de l'océan Indien, le SAMU 974 a tissé depuis une vingtaine d'années un partenariat fort avec les services d'urgence des principaux hôpitaux avoisinants. Ce partenariat est aujourd'hui formalisé dans un réseau de médecine d'urgence : formation de médecins

régulateurs au SAMU de Maurice, formation de paramédicaux aux Seychelles, assistance aux services d'urgences de l'hôpital EL Maarouf aux Comores et des hôpitaux du CHU d'Antananarivo.

DES ACTIONS DE TERRAIN

Des missions de formation, essentiellement axées sur l'amélioration des pratiques professionnelles, sont menées régulièrement sur place dans la capitale malgache par les équipes réunionnaises. Ces formations portent essentiellement sur les modes d'accès pour tous à l'hôpital public, sur l'accueil et la priorisation des pathologies, sur la prise en charge optimisée au sein d'un service d'urgence, sur la rédaction de protocoles médicaux et paramédicaux, et sur la création d'un dossier médical unique. Elles sont complétées par des enseignements post universitaires. Ainsi, l'île sœur voisine a pu bénéficier, avec un écho fort et bienveillant, des dernières actualités scientifiques lors de Journées Francophones de Médecine d'Urgence, avec l'aide de la Société Française de Médecine d'urgence.

PRAGMATISME ET EXIGENCE PROFESSIONNELLE

Depuis 2010, le Centre Hospitalier Universitaire Félix Guyon accueille aussi au sein de ses différentes unités d'Urgences, du SAMU, du SMUR, d'Anesthésie et des Grands Brûlés, des médecins, infirmiers et cadres de santé malgaches lors de stages réguliers. Par cette approche, ceux-ci peuvent avoir un nouveau regard sur l'exercice de la médecine d'urgence et repenser leurs pratiques.

Si une adaptation de ces pratiques est bien sûr légitime et nécessaire, elle doit se faire au vu des contraintes socioéconomiques locales. Faire mieux, sans forcément avoir plus, est un vrai défi posé que les collègues urgentistes malgaches et réunionnais ont décidé de relever ensemble.

VERS UN SAMU DANS LA CAPITALE MALGACHE

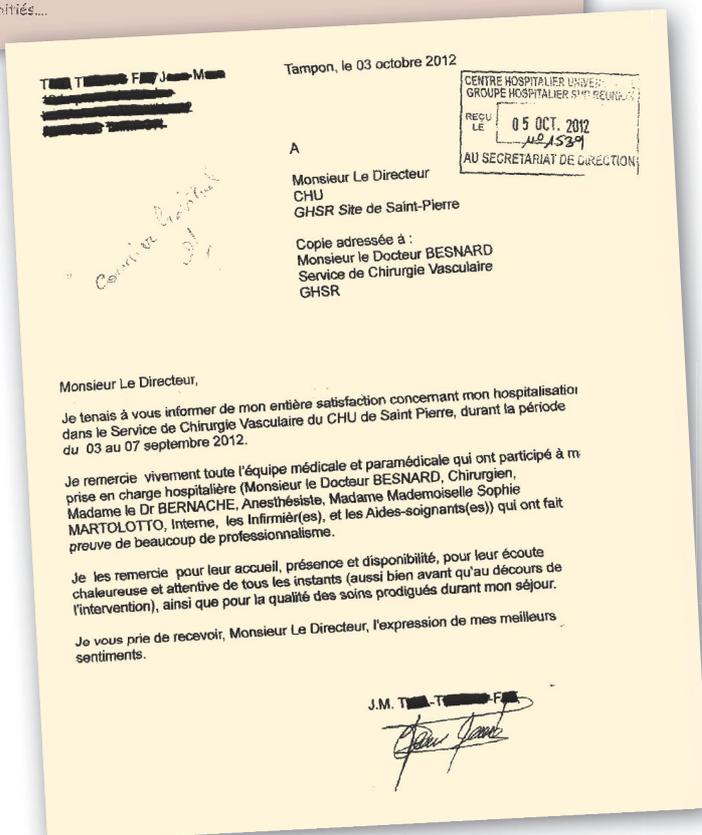
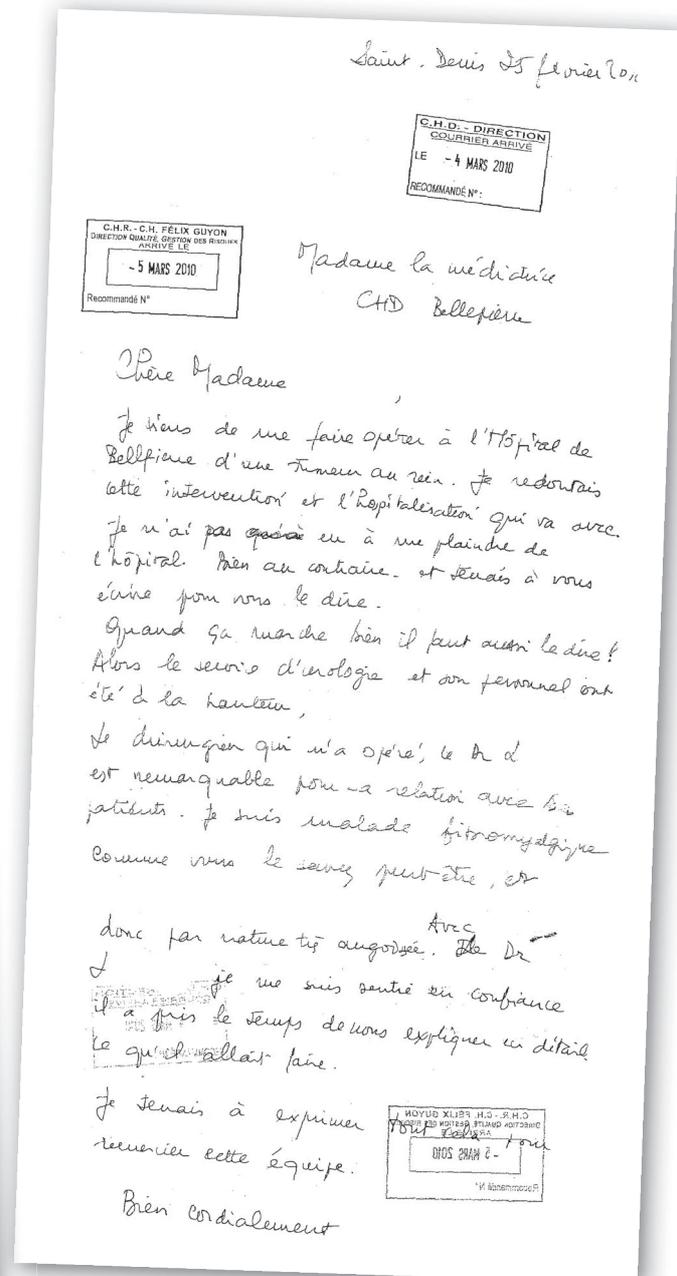
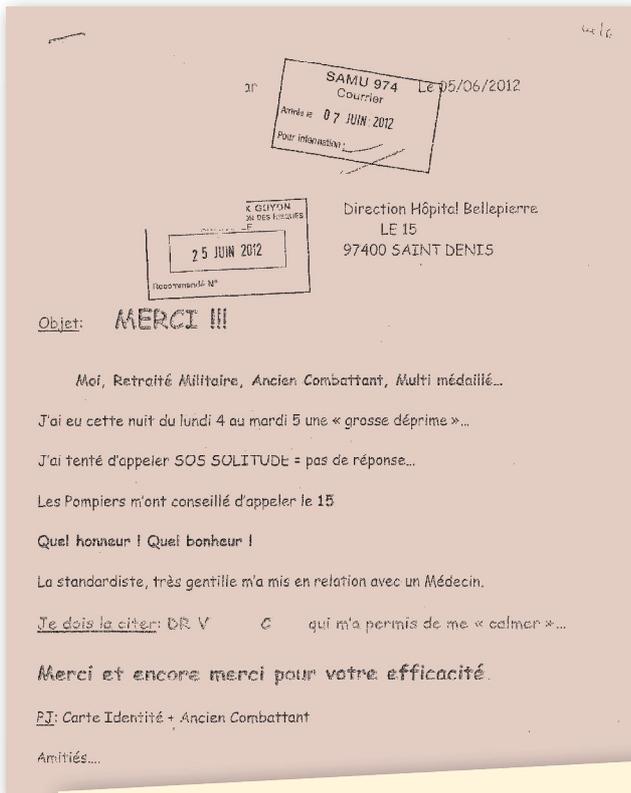
Fortement demandé par les autorités locales, accompagné par le CHU de La Réunion et par l'Agence Régionale de Santé, ce projet est aujourd'hui en marche. L'année 2013 devrait voir l'ouverture d'un Centre de Réception des Appels Médicaux, avec la mise en place d'un numéro 15 d'urgence, au sein du CHU d'Antananarivo. Si ce n'est pas encore demain que des équipages de SMUR vont parcourir les rues de la capitale malgache, ce centre permettra dans un premier temps d'accompagner la prise en charge des malades et des traumatisés, avec de vrais filières d'orientation.

Les médecins urgentistes de La Réunion et du SAMU 974 seront demain encore, main dans la main, aux côtés de leurs collègues malgaches pour que la notion de service public puisse être portée haut et fort, là bas comme ici : être au service du public, de tous les publics.

Dr François Hervé, Dr Arnaud Bourdè ■
CHU de La Réunion

Des lettres d'encouragement en reconnaissance des soins prodigués

Chaque jour les équipes médico-soignantes prodiguent aux malades des soins qui les guériront. Parfois le soulagement est si grand, la perception d'un retour à la normale si intense que le patient ou sa famille nous adresse un courrier touchant et sincère pour remercier ceux qui l'ont aidé à vaincre sa maladie. Ces lettres sont communiquées aux équipes concernées quand elles nous parviennent. Cette reconnaissance de l'usager est toujours appréciée.





La médicale

assure les professionnels de santé

Soyez prévoyant pour vous et votre famille.



Vie professionnelle, vie privée, La Médicale assure toutes vos activités

VIE PROFESSIONNELLE

- RC Professionnelle et Protection Juridique
- Cabinet Professionnel
- Assurance Prévoyance (arrêt de travail, maternité invalidité, prévoyance entre associés...)
- Assurance des emprunteurs

VIE PRIVÉE

- Complémentaire santé
- Assurance Prévoyance (capital décès rente éducation, accidents de la vie...)
- Assurance-vie, Retraite, Épargne salariale
- Assurances Automobile, Habitation

Pour bénéficier de toute l'expertise de La Médicale contactez votre agent général Stéphanie WAN HOÏ

Délégation de La Réunion

102 D rue du Gal. Lambert

97436 Saint-Leu

Tel : 0262 35 64 06 - Fax : 0262 35 64 97

lareunion@lamedicale.fr



Flashez ce code sur votre
SmartPhone pour obtenir
les coordonnées de l'agence !

Retrouvez-nous sur :



www.la medicale.fr

et



application iPhone