

CONVERGENCE

Ensem'vous serv la vi!

➤ N° 27 | Janvier | Février | Mars 2015



Les évènements depuis La Réunion : un processus exigeant un haut niveau de professionnalisme

P 4 | Actualité

La recherche paramédicale en plein essor

P 14 | Qualité

Le CHU certifié sans réserve par
la Haute Autorité de Santé

P 16 | Recherche

Le Centre de Recherche Médicale et en Santé
rend honneur au Pr André Syrota

- 3**..... **Édito**
- 4**..... **Actualité**
- La recherche paramédicale en plein essor
 - Le CHU investi dans la santé mentale des adolescents
- 6**..... **Dossier**
- Les évasans depuis La Réunion : un processus exigeant un haut niveau de professionnalisme
- 11**..... **Le soin, un métier**
- L'Ecmo, une évasan mobilisant des moyens techniques et humains très importants
- 13**..... **Focus**
- L'identitovigilance, l'affaire de tous
- 14**..... **Qualité**
- Le CHU certifié sans réserve par la Haute Autorité de Santé
- 16**..... **Recherche**
- Le Centre de Recherche Médicale et en Santé rend honneur au Pr André Syrota
- 18**..... **Coopération**
- Des sages-femmes seychelloises en stage au PFME du CHU-Sud
- 19**..... **Parole aux usagers**

Convergence

- › Directeur de la Publication : David Gruson
- › Réalisation : Service communication du CHU de La Réunion
- › Crédit photos : Aporos, Service Communication CHU, CHU, Samu de La Réunion, Pauline Stasi, David Lemor.
- › Secrétariat de rédaction : Frédérique Boyer, Pauline Stasi
- › *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 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
- › **CHU Sud Réunion**
BP 350 - 97448 Saint-Pierre Cedex
Tél. 0262 35 95 55/56 - Fax 0262 35 90 04

Le CHU, acteur du renforcement de l'offre de soins à La Réunion



Le dossier de ce numéro de *Convergence* est consacré au processus d'évacuations sanitaires depuis La Réunion. Il convient de rendre hommage aux professionnels qui se mobilisent tout au long d'un processus d'«évasan» souvent difficile pour les patients et susceptible de requérir des moyens humains et techniques importants.

La création, voici trois ans maintenant, du Centre hospitalier universitaire de La Réunion a constitué une avancée majeure pour le développement de l'offre de soins à La Réunion et, plus largement, dans l'océan Indien. L'un des objectifs de cette création est précisément de réduire le plus possible ces «évasans» pour toujours mieux répondre aux besoins de santé exprimés dans la région.

Notre CHU peut, en effet, désormais accueillir des professeurs des universitaires - praticiens hospitaliers (PUPH) qui apportent une contribution très importante à la structuration de nos filières de soins. L'obtention, le mois dernier, de deux postes supplémentaires de PUPH (en génétique et en nutrition-diabétologie) et d'un poste de maître de conférences des universités - praticien hospitalier (MCU-PH) en maladies infectieuses constitue de ce point de vue une avancée très significative. Le total des postes hospitalo-universitaires est désormais porté à 9. Les efforts collectifs mis en œuvre par l'ensemble des acteurs pour obtenir ces créations de postes - devenues très rares au niveau national - doivent être soulignés et se poursuivre dans l'intérêt de la santé des Réunionnaises et des Réunionnais.

Depuis trois ans, le CHU a, en outre, poursuivi de manière résolue le perfectionnement de son plateau technique : modernisation des blocs opératoires, ouverture de nouvelles activités de pointe, déploiement de nouveaux équipements lourds... La mise en service, en ce mois de mars, du deuxième IRM sur Saint-Pierre constitue une illustration forte de ce processus.

Pour autant, dans un contexte économique national et régional de plus en plus exigeant, les efforts doivent être poursuivis pour pouvoir

concrétiser les prochaines avancées décisives que seront les réalisations des investissements structurants de notre CHU. Prévus par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence de santé de l'océan Indien en février 2013, la réalisation du bâtiment de soins critiques de Saint-Denis (BSC), l'extension et la requalification du bâtiment central de Saint-Pierre et la mise en œuvre de l'opération structurante Alzheimer / neuro-rééducation sur le site du Tampon constitueront de nouvelles étapes essentielles de renforcement de l'offre de soins réunionnaise.

Ces investissements structurants sont désormais entrés dans leurs phases opérationnelles. Il convient donc désormais de poursuivre la mobilisation collective de l'ensemble des acteurs concernés pour piloter leur mise en œuvre au cours des prochaines années (la réalisation du BSC étant prévue avant la fin 2017 et celle du bâtiment central de Saint-Pierre avant la fin 2019).

Je voudrais, enfin, souligner le fait que cette dynamique très forte de modernisation de l'offre de soins du CHU s'inscrit résolument dans une logique partenariale. Nous avons, en effet, à poursuivre et amplifier les démarches pilotes de partenariats initiés avec l'ensemble des acteurs de santé, professionnels libéraux et établissements de soins.

C'est, en effet, une condition essentielle pour continuer à orienter le développement de cette offre de soins au service de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des parcours de prise en charge des patients.

Merci pour votre engagement !

David GRUSON ■
Directeur Général
du CHU de La Réunion

La recherche paramédicale en plein essor

Plus de 200 personnes ont participé à la première Journée de la recherche paramédicale de l'océan Indien qui s'est tenue le 6 février dernier à l'espace Tamarun à La Saline. Cette rencontre, à l'initiative du CHU et organisée en partenariat avec l'ANFH, la GIRCI SOOM et l'URPS infirmiers libéraux, avait pour objectif de promouvoir la recherche paramédicale auprès des soignants et des étudiants des écoles et instituts de formation, de valoriser les professionnels engagés dans la recherche et de partager les expériences au niveau local et national.

En organisant cette première Journée, la direction du CHU a tenu à manifester un soutien fort à la recherche paramédicale, tant dans le discours d'ouverture enregistré de David Gruson, relayé par celui du directeur général adjoint, Lionel Calenge présent à l'ouverture. Jean Marie Lebon, coordonnateur général des soins a également par la suite tenu à montrer son engagement total pour la recherche tant par sa présence tout au long de la journée que par ses messages de soutien et d'encouragement.

Le nombre important de professionnels hospitaliers et libéraux ayant répondu présents à cette première manifestation, est le signe de l'intérêt du sujet pour les soignants. En effet, la vocation universitaire de notre établissement avec la création du CHU en février 2012, constitue un levier favorable à la promotion d'un champ de recherche qui relève spécifiquement du rôle autonome des paramédicaux.

Initiée au niveau de chaque établissement du CHU dès 2010, la recherche paramédicale s'est structurée sur les deux sites depuis novembre 2012, et de nombreux professionnels s'investissent dans le cœur de leur métier pour faire évoluer leurs pratiques.

L'expertise des intervenants

Sous le thème du maillage, de la valorisation et de la reconnaissance. Le programme de cette première rencontre de l'océan Indien s'est articulé autour de conférences plénières, de présentations de projets des professionnels hospitaliers et libéraux et d'une table ronde qui a tenté de définir ce que l'on entendait par recherche paramédicale dans le secteur libéral. Deux intervenantes, cadres du GIRCI SOOM et une intervenante, infirmière doctorante ayant une expertise dans le domaine de la recherche paramédicale, ont apporté leurs réflexions.

La recherche paramédicale : qu'est-ce que c'est ?

Valérie Berger, cadre supérieur de santé, au CHU de Bordeaux et Pascale Beloni, cadre supérieur de santé au CHU Limoges, en charge de la recherche paramédicale, nous ont apporté un éclairage sur la recherche paramédicale, de son histoire aux enjeux de demain au regard de nos professions.



Emmanuel Adain, le président URPS infirmiers libéraux a souligné les liens très forts qui unissaient le CHU et les infirmiers libéraux.

Pour ces professionnels, la recherche infirmière et paramédicale a pour but de développer de nouveaux savoirs. Il s'agit pour les soignants d'acquiescer une posture de questionnement indispensable à la production de nouvelles connaissances et à l'appropriation des résultats probants issus de la recherche pour la sécurité et la qualité des soins.

Elles ont rappelé le contexte de la recherche paramédicale encore récent en France. Depuis 2009, la visibilité de l'activité recherche infirmière et paramédicale est en plein essor avec les accords de Bologne et l'obtention de financements par la Direction Générale de l'Offre de Soins (PHRIP). Aujourd'hui, les paramédicaux doivent, dans le contexte actuel, faire preuve d'efficacité dans les soins et les activités pour : la profession, les patients, la société. La recherche a pour objectif, par une démarche scientifique de répondre à des questions, comprendre des problématiques de soins, apporter de nouvelles connaissances, réaliser des soins pertinents, efficaces et économiques. Selon elles : « Faire de la recherche, c'est : apprendre, partager et être accompagné ».

Dans un deuxième temps, la présentation du projet finalisé « Linipoche », traitant du vécu douloureux de l'enfant de moins de trois ans lors du retrait de la poche collectrice d'urines aux urgences pédiatriques, a montré le long processus d'un projet. A savoir comment de l'idée de la mise en place de l'étude jusqu'aux résultats, se concrétise

la production de nouvelles connaissances. Cette présentation avait pour objectif de repositionner la recherche dans le champ de nos compétences par un questionnement sur les pratiques professionnelles relevant de notre rôle propre.

Enfin, la présentation plénière de Nadine Jacquemin, infirmière doctorante, du Centre belge pour l'Evidence Based Medecine a permis d'exposer de manière pratique l'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision clinique. Sur la base d'une situation clinique, plusieurs éléments sont abordés : le concept de l'Evidence-Based Nursing (EBN) ; la différence entre une recension des écrits probante et non probante ; la structure de la littérature scientifique (études originales, de synthèse et recommandations de pratique clinique - guidelines) ainsi que les sources non probantes (opinion d'experts, revue narrative de la littérature et guidelines consensuel).

La valorisation des professionnels

Cette journée a également permis aux professionnels du CHU et de l'URPS de présenter leur travail sur le thème de la valorisation et de la reconnaissance. Huit projets ont été présentés, six pour le CHU et deux pour l'URPS. Les thématiques étaient variées et portées par différentes catégories de professionnels. Même si les projets n'étaient pas tous au même niveau d'avancement, ils émanaient tous d'un questionnement sur les pratiques éligibles à la valorisation. On peut cependant retenir deux projets validés en appel d'offre interne pour 2014.

Le premier explore une technique en kinésithérapie sur la douleur de l'épaule dans le cadre des accidents vasculaires, porté par Isabelle Ploger, cadre de santé Kinésithérapeute sur le site du Tampon.

Quant au second, il porte sur l'évaluation d'une technique associant le « *maintien calin* » et la succion du saccharose dans le soulagement de la douleur du nourrisson lors des prélèvements sanguins.

Une collaboration indispensable

L'importance d'une organisation structurée pour le développement de la recherche a été développée lors de trois interventions. Nos partenaires du GIRCI SOOM ont présenté leurs organisations mettant en avant les maillages interCHU et interrégions.

La participation de Samir Medjane, chef de projet à la Direction de la recherche clinique et de l'innovation nous a apporté un éclairage sur le rôle important des structures d'aide au montage des projets et enfin Jean-Emile Payet a précisé le rôle des groupes recherche comme moteur de développement au CHU.

Une réflexion pour les professionnels libéraux

Les professionnels libéraux ont également pu lors d'une table ronde réfléchir aux perspectives



Plus de 200 professionnels ont participé à cette première Journée de la recherche paramédicale de l'océan Indien.

de la recherche dans le secteur libéral. Elle avait pour but de rendre compte de l'état des lieux de la recherche médicale et paramédicale en ambulatoire en France et de son application sur le territoire de La Réunion. Elle avait également comme objectif de susciter le franchissement des étapes pour les infirmiers libéraux d'un état de partenaires d'équipes scientifiques à celui d'expert en recherche.

Le président de l'URPS infirmiers libéraux, Emmanuel Adain a tenu à souligner à quel point il était essentiel : « *D'associer une plateforme de réflexion commune entre les infirmiers et le CHU.*

Il est de l'intérêt des uns et des autres de travailler ensemble, c'est inévitable, car les thématiques sont communes. Il existe des liens très forts avec le CHU.

Nombreux étaient les professionnels encore présents en fin d'après-midi, c'est signe de l'intérêt des professionnels pour se questionner sur leurs pratiques. Merci à tous et nous nous retrouverons dans deux ans avec d'autres projets.

Jasmine Payet et Jean-Emile Payet ■
coordonnateurs de la recherche paramédicale pour le CHU, sites Nord et Sud

Le CHU investi dans la santé mentale des adolescents

Du 9 au 20 mars derniers, le CHU de La Réunion, la FHFOI et l'EPSMR se sont associés aux différentes manifestations organisées lors des 26^{es} Semaines d'information sur la santé mentale, dont le thème abordé pour cette année 2015 était : « Être adolescent aujourd'hui ».

Durant près de deux semaines, le CHU, en partenariat avec l'EPSMR (Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion), avec le soutien de la FHFOI et de nombreuses associations de l'île, a tenu à participer aux événements prévus dans le cadre des 26^{es} Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) dédiées à la santé mentale des adolescents.

Les Semaines d'information sur la santé mentale sont un événement annuel qui s'adresse au grand public, afin d'ouvrir le débat sur les questions de santé mentale. Chaque année, associations, citoyens et professionnels se mobilisent et organisent des manifestations d'information et de réflexion dans toute la France.

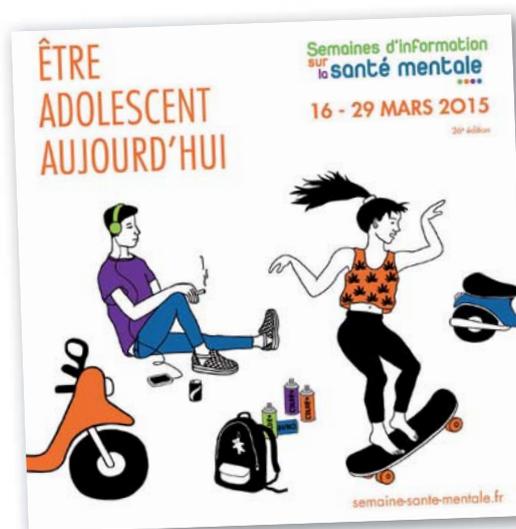
Une priorité de santé publique

« *Il n'y a pas de santé, sans santé mentale* », souligne l'Organisation mondiale de la santé. Selon l'OMS dans le monde en 2014, chez les 10-19 ans,

la dépression est la première cause de maladie et le suicide, la 3^e cause de décès. En France, dans une société en mutation rapide, la santé mentale des jeunes est depuis peu considérée comme une priorité de santé publique. Selon les dernières études, environ 25% des jeunes de 15 à 25 ans présentent des troubles psychiques.

Sensibilisés à ces problèmes que rencontrent les adolescents, le CHU de La Réunion avec l'EPSMR et de nombreux organismes et associations de l'île œuvrant dans ce domaine comme la Kaz'Ados à Saint-Denis, ont organisé plus de 30 manifestations tout au long de ces journées.

Ainsi conférences, animations, ciné-débats, rencontres, portes ouvertes et autres nombreuses animations ont permis aux professionnels et



Plus d'une trentaine de manifestations ont été organisées à l'occasion de ces 26^{es} SISM.

au public de se pencher sur ce problème de santé mentale que peuvent rencontrer certains adolescents. ■



Les évacuations depuis La Réunion :

un processus exigeant un haut niveau
de professionnalisme

Le CHU de La Réunion propose aux patients une offre de soins de plus en plus pointue dans la très grande majorité des spécialités de médecine. Toutefois, le plateau technique du CHU de La Réunion ne peut répondre encore -pour quelques rares pathologies très spécifiques- à une prise en charge complète. Dans ces cas ultimes, le patient doit alors être transféré vers un autre hôpital afin de pouvoir bénéficier du soin approprié, le patient est alors évacué. C'est au Samu que revient la délicate mission d'organiser ces évacuations sanitaires.

Les champs d'intervention du Samu (Service d'aide médicale urgente) sont très larges dans le processus d'évacuation sanitaire. Outre ses missions « classiques », le Samu de La Réunion est chargé de planifier, d'organiser et d'accompagner les évacuations sanitaires. « On parle d'une évacuation, lorsqu'il s'agit d'un transfert médicalisé accompagné par une équipe du Samu », précise le Professeur Xavier Combes, responsable du Samu de La Réunion.

Sur les 2 500 interventions (c'est-à-dire transports médicalisés) qu'effectue le Samu chaque année, environ 200 concernent des

interventions en montagne et environ 60 à 80 sont des évacuations. La grande majorité de ces évacuations représentent des transferts aériens de La Réunion vers la métropole. La quasi-totalité des évacuations concerne des patients dont la pathologie nécessite d'être traitée dans un centre référent en métropole, car le plateau technique nécessaire n'est pas présent sur l'île (lire encadré).

Le Professeur Xavier Combes note qu' : « Environ 90% des évacuations se réalisent vers Paris et l'Île-de-France, car le plateau technique dans cette région y est très large. Par ailleurs, évacuer

vers Paris limite les déplacements à l'intérieur de la métropole. Il n'y a pratiquement plus de vols pour la province, ce qui oblige de continuer le transfert en ambulance et rallonge le temps du trajet ».

Mayotte gère elle-même ses propres évacuations via son Smur vers La Réunion, même si souligne le Professeur Combes : « Il peut arriver que le Samu de La Réunion rende service au CHR de Mayotte s'il en fait la demande. Le Samu 974 ramène également leurs évacuations Ecmo. »

Enfin, il peut arriver que le Samu de La Réunion organise quelques évacuations à partir des

Seychelles, de Madagascar, ou encore de Maurice, mais cela est assez rare et ne représente que cinq ou six cas par an. Ces évacuations sanitaires ont pour but, soit de ramener des patients réunionnais, soit elles peuvent être demandées par des compagnies privées d'assurance qui ne peuvent réaliser le transfert de leurs assurés. Dans ces cas-là, le Samu facture alors l'évacuation aux sociétés privées.

Il n'est arrivé qu'à une seule reprise que le Samu procède à une évacuation à partir des îles éparses (îles des Terres australes et antarctiques françaises) vers La Réunion.

Trois compagnies aériennes sont sollicitées

La politique du Samu est de travailler de façon équitable avec les trois compagnies aériennes principales desservant La Réunion : Air Austral, Air France et Corsair. Aucune compagnie n'est privilégiée en matière d'évacuation. « Le Samu ne souhaite pas être captif d'une compagnie en cas de problèmes ou d'un avion complet, car il faut dans ces cas-là qu'elles débarquent des passagers. Nous veillons à ce que chaque compagnie traite environ un tiers des évacuations. Par ailleurs, il existe une convention entre Air Austral et le CHU, car le Samu est officiellement médecin compagnie d'Air Austral, mais c'est une convention compagnie/hôpital qui ne régit pas les évacuations », tient à préciser le Professeur Combes.

Le coût conséquent d'une évacuation

Une évacuation n'est déclenchée que lorsque l'accord de la Sécurité sociale est obtenu. Pour environ 90% des cas, l'accord ne pose pas de difficultés, car il concerne des patients réunionnais et la Sécurité sociale de l'île connaît bien ce système. Il peut y avoir quelques complications lorsque le patient est, par exemple, métropolitain, car les caisses de la Sécurité sociale en métropole sont moins habituées à ce genre de transferts, mais cela ne représente que peu de cas.

Le coût d'un tel voyage est conséquent. Le forfait pour une évacuation classique s'élève à environ 8000 euros sur Paris, il comprend les frais liés au matériel, à l'ambulance et à l'équipe médicale composée d'un médecin et d'un infirmier du Samu. A cela, il faut ajouter le prix des billets au tarif en vigueur selon les dates du voyage. Une évacuation classique nécessite de réserver six sièges en aller simple pour la civière et deux A/R pour l'équipe médicale.

La décision d'une évacuation est prise par le service médical du CHU qui s'occupe du patient. Le service contacte ensuite le Samu pour l'organisation du transfert. L'avis du Samu est naturellement pris en compte. Si ce dernier



« On se pose beaucoup de questions, on anticipe énormément avant le début d'une évacuation », note le Professeur Xavier Combes, responsable du Samu de La Réunion.

considère que le patient se trouve dans un état intransportable, alors dans ce cas-là, la décision d'annuler ou de reporter l'évacuation est prise en accord avec le service. Cette situation est déjà arrivée à différentes reprises.

Un processus bien établi

Environ une trentaine de médecins et une dizaine d'infirmiers partent sur ce type d'évacuations sanitaires, qui nécessitent des compétences techniques particulières et une très lourde expérience. Certains infirmiers du Samu réunionnais comptabilisent plus de 100 évacuations à leur actif.

Avant une évacuation, des règles très précises sont mises en œuvre.

Tout d'abord, le patient est systématiquement « staffé » la veille du départ et l'après-midi même de l'évacuation. Ce staff est composé du médecin en charge du patient, de l'équipe du Samu qui doit partir en avion, et d'un médecin référent.

Le staff rencontre le patient et sa famille afin d'informer, de dialoguer et d'expliquer les éventuels risques encourus. Lorsque l'évacuation concerne un enfant ou un bébé, l'équipe médicale rencontre systématiquement les parents, afin de les rassurer et leur expliquer qu'elle accompagnera l'enfant jusqu'à ce que l'équipe métropolitaine prenne le relais. Pour les transports des enfants souffrant de cardiopathies, un cardiopédiatre est associé au staff.

La présence des parents des enfants évacués à bord de l'avion n'est pas forcément sollicitée, car explique le Professeur Combes : « Cela n'est pas toujours facile à gérer. Bien sûr, on ne s'oppose pas à leurs présences, mais on demande alors à la compagnie de ne pas les mettre juste à côté dans l'avion, même si on les rassure pendant le vol naturellement. Parfois, les parents suivent sur un autre vol le lendemain, il n'y a pas de règles. »

Les différentes pathologies qui entraînent une évacuation :

1/ Les nouveau-nés, souffrant d'une cardiopathie congénitale, qui nécessitent une chirurgie cardiaque. Il faut les transférer sur Paris à Necker ou Marie-Lannelongue. Environ 20 à 25 nouveau-nés sont concernés chaque année.

2/ Les patients adultes qui souffrent d'une insuffisance hépatique aiguë. L'un des traitements reconnus pour ces pathologies est la greffe, or il n'y a de transplantation hépatique réalisée à La Réunion à l'heure actuelle.

Certains de ces patients seront greffés, d'autres vont s'améliorer, mais leur santé pouvant évoluer très rapidement, il est préférable de les transférer tant que leur état le permet. Ces évacuations peuvent être organisées en moins d'une journée. Environ

10 patients sont concernés chaque année.

3/ Les patients, souffrant d'une pathologie cardiaque, peuvent être transférés dans l'optique d'une greffe cardiaque. Cela représente une dizaine de cas par an.

4/ Les patients sous Ecmo (oxygénation par membrane extra-corporelle), qui nécessitent une greffe cardiaque ou la mise en place d'un cœur artificiel, sont envoyés vers la Pitié-Salpêtrière. Cela concerne environ cinq à six patients par an. Ce sont des transferts très complexes qui mobilisent un nombreux staff (lire en pages 11-12).

5/ Enfin, le dernier groupe de patients relève du cas par cas. Il peut s'agir par exemple d'un patient souffrant d'une maladie neurologique très particulière qui doit revenir une fois par an à Paris afin d'établir des bilans.



Les bouteilles d'oxygène sont spécifiques à l'aéronautique.

Tout est calé en amont

Avant le départ, le staff discute de toute l'organisation logistique (l'heure du départ...), du matériel qu'il convient d'emporter (poches de sang, en quelle quantité...). Tous les scénarii possibles sont envisagés en cas de dégradation de l'état du patient pendant le vol. Faut-il intuber le patient avant? Faut-il installer une assistance respiratoire par précaution? La perfusion fonctionne-t-elle bien?

Plus le patient est lourd et compliqué, plus le nombre d'aspects à appréhender est important.

Tout est calé en amont, car en plein vol, l'équipe médicale doit être en mesure de gérer toute seule le patient. Elle peut toutefois toujours avoir un contact avec la régulation et en cas ultime, elle peut demander que l'avion soit dérivé pour atterrir en urgence, mais entre La Réunion et Paris, il n'y a pas beaucoup de plateaux techniques de très haut niveau ou sinon, ils sont très proches de la capitale française.

«Les 14 à 15 heures de temps que dure une évase sur Paris, sont une parenthèse en autonomie complète», résume le Professeur Combes.

« Une équipe très expérimentée d'infirmiers »

Julien Laurent, cadre de santé au Samu

« Je travaille pour l'organisation, la logistique générale, mon rôle est de détacher du personnel, de vérifier qu'il est bien disponible et de remplacer la personne qui part en évase. En réalité, cela représente presque une personne en continu.

Je gère également les véhicules, les ambulanciers et je surveille que le matériel arrive bien en métropole.

Je vérifie également que nos kits aéronautiques (oxygène liquide) soient bien reconditionnés en métropole, car cela ne peut se faire à La Réunion.

Nous bénéficions d'une équipe d'infirmiers très largement autonome, très expérimentée. L'infirmier est vraiment l'homme clé en terme d'organisation de matériel, c'est vraiment une vocation. Je leur permets juste de faire des liens. Les grands acteurs de l'évase sont au niveau de la Régulation. »

« J'aime travailler dans l'urgence, il faut gérer vite dans un avion »

Frédéric Virassamy, infirmier au Samu de La Réunion, a déjà réalisé plus de 60 évasés, il nous parle de son expérience.

Comment êtes-vous venu à partir sur des évasés ?

« C'est en arrivant au Samu en 2007 que j'ai demandé à partir sur des évasés. Au début, on part en doublon avec un infirmier expérimenté à ce type de missions particulières et il nous forme. Au bout de six mois environ et si on se sent à l'aise, on part alors seul. On apprend beaucoup entre collègues, on se parle beaucoup au retour d'une évase. »

Comment préparez-vous une évase ?



« Tout d'abord, la gestion et la logistique du matériel sont primordiales, car nous sommes seuls avec le médecin sur plus d'une quinzaine d'heures environ si on additionne les trajets en avion et terrestres pour rejoindre

les hôpitaux. Il faut savoir gérer l'alimentation électrique, les batteries, anticiper et réparer les pannes, il est toujours nécessaire d'avoir les bons cordons, du matériel en doublon afin de pouvoir agir rapidement. Une check liste du matériel est fournie par le service de la Régulation. Tout le matériel est numéroté, référencé. L'infirmier qui part, vérifie lui-même tout le package.

Par ailleurs, en plus du matériel prévu par la check liste, je prépare également des petits sacs avec le matériel spécifique à la pathologie du patient. Je vérifie avec le médecin s'il est nécessaire d'emporter des médicaments ou un traitement particulier. De plus, si par exemple, le patient part avec son propre ventilateur, il faut alors s'assurer que l'appareil a bien reçu son agrément pour l'aviation, etc.

Une fois, le matériel vérifié, on rencontre ensuite le patient, on s'assure qu'il est bien stabilisé, puis on l'appareille. Quand le patient est bien

conditionné, on récupère alors tous les papiers administratifs (passeport, carte d'identité, dossier médical) puis on se rend à Gillot où l'on passe les différents dispositifs de sécurité comme la douane, la gendarmerie, etc. renforcés depuis Vigipirate. »

Comment se passe votre travail durant l'évase ?

« On essaye d'embarquer au moins une heure avant le décollage, avant les autres passagers, car il faut que l'on reconditionne le patient, que l'on branche les prises électriques, que l'on sécurise le patient pour le vol. Durant le vol en lui-même, on travaille comme si on était à l'hôpital, si le patient a besoin d'un soin ou d'un traitement, on lui administre. On essaye de gérer comme n'importe quel infirmier à l'hôpital, sauf que l'on est complètement autonome, dans un avion. »

Qu'est-ce qui vous motive dans les évasés ?

« C'est la continuité du Smur, on reste au contact avec les personnes à l'extérieur, cela sort de la routine. J'aime travailler dans l'urgence, il faut gérer vite dans un avion.

Parfois, on part au dernier moment, comme pour une hépatite fulminante. On est alors prévenu le matin pour partir le soir même. D'autres fois, les évasés sont déjà programmés, tous les cas sont ouverts. En général, on part trois jours en tout, on passe une nuit à Paris puis on rentre, il peut arriver que l'on reparte le soir même, mais c'est assez fatiguant. On part en moyenne tous les mois, tous les mois et demi, chacun à son tour. Nous sommes une dizaine d'infirmiers volontaires, bien rôdés à ce type de missions.

C'est intéressant, car on prend le patient en charge de A à Z, du départ de l'hôpital à La Réunion jusqu'à un hôpital en métropole. »

Des missions de cathétérisme cardiaque pédiatrique interventionnel réalisées au CHU Félix Guyon

Depuis le mois d'octobre 2013, des missions de cathétérisme cardiaque pédiatrique interventionnel sont réalisées au CHU-Nord. Le Dr Louis-André Arzac, PH en Cardiologie pédiatrique au CHU-Nord, revient sur cette nouvelle activité très pointue au sein de l'hôpital qui permet aux marmailles de ne plus être évasanés et ainsi de rester près de leurs familles.

Comment se passent ces missions ?

« Une mission se déroule sur environ une semaine. Lors de chaque mission, l'équipe est constituée d'un médecin cathétériseur et d'un anesthésiste de Marie-Lannelongue. Le Dr Xavier Ranouil, cardiologue cathétériseur adulte à Félix Guyon les assiste. Lors de la première mission, le responsable du service de Marie-Lannelongue, le Dr Jérôme Petit, a pu juger des conditions médicales de leur intervention (organisation médicale, salle de cathétérisme « hybride », chirurgie cardiaque, etc.). Il était accompagné d'une infirmière cadre de bloc afin d'évaluer et de nous aider dans l'organisation matérielle.

Au départ, on a pu déceler un petit questionnement de la part du personnel paramédical, mais très rapidement, le projet a été très bien accepté, compris et intégré.

La principale difficulté a été de concentrer les hospitalisations sur 4 à 5 jours (il a fallu trouver des lits !), mais cela a été fait sans trop de problèmes grâce au travail des cadres, des infirmières, des pédiatres. Tout le monde a joué le jeu. »

Quel est l'intérêt de ces missions ?

« Tout d'abord, l'intérêt réside dans le fait qu'auparavant, les patients pouvant être traités par cathétérisme devaient être transférés en métropole avec tout ce que cela engendre comme difficultés. Ensuite du point de vue médical, le cathétérisme cardiaque pédiatrique interventionnel évite dans un certain nombre de cas une intervention chirurgicale, cela se passe par voie per-cutanée endovasculaire. C'est un réel progrès pour les marmailles de La Réunion et de Mayotte. Environ 30 enfants (dont 5 de

Mayotte) et 6 adultes ont été traités lors de ces missions. »

Quel bilan peut-on en tirer à l'heure actuelle ?

« Le bilan est très positif. En effet, l'équipe parisienne était très satisfaite des conditions locales de travail. De plus, les familles réunionnaises sont naturellement ravies que leurs enfants puissent être traités ici en ne restant hospitalisés que 24 ou 48 h. Par ailleurs, cette activité crée une dynamique très intéressante pour les différentes équipes associées (pédiatrie, bloc opératoire, pharmacie...). Des infirmières de cathétérisme adulte vont partir en formation en métropole. Nous ne sommes qu'au début de cette activité ! »

Evasan, top chrono !

Dimanche 15 février, il est 22 heures à Félix-Guyon... C'est parti pour un marathon de presque 23 heures pour l'équipe du Samu. Le soir est tombé et pourtant la « journée » de travail n'en est qu'à son début pour le Dr Cyrille Aubert et Jennifer Hoareau, respectivement médecin et infirmière au Samu de La Réunion. Ces deux professionnels de santé expérimentés ont en charge d'évasaner un patient réunionnais jusqu'au CHU de Bordeaux. Convergence les a suivis dans leur mission.



22h15. Le Dr Cyrille Aubert et Jennifer Hoareau rendent visite au patient qui doit être évasané. Ils lui expliquent comment va se dérouler l'évasan. Ils s'assurent une nouvelle fois de son état de santé.



22h35. Le docteur Aubert vérifie que le dossier du patient est bien complet.

22h50. Jennifer Hoareau et le Dr Cyrille Aubert préparent tout le matériel à embarquer dans l'ambulance pour l'évasan.



23h15. Jennifer Hoareau appareille le patient avant son départ de l'hôpital.



23h40. Le patient vient de quitter le Samu. Dans l'ambulance, le Dr Aubert revérifie qu'il a bien tous ses papiers avec lui.



23h55. L'ambulance arrive à l'aéroport Roland-Garros.



00h10. Il faut maintenant procéder aux différentes démarches administratives et sécuritaires renforcées avec Vigipirate.



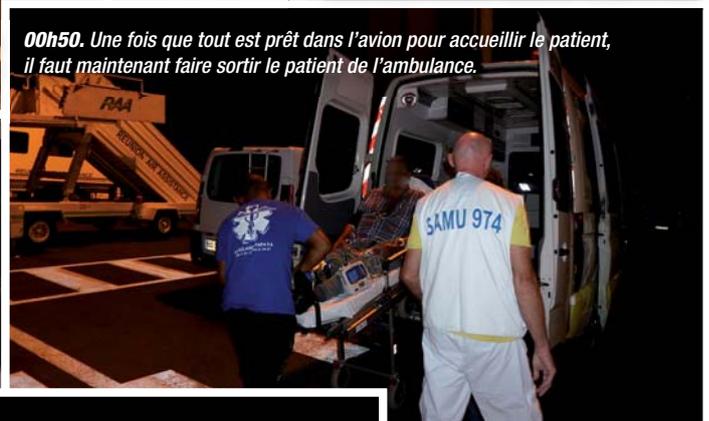
00h25. Une fois sur le tarmac de l'aéroport, le médecin et l'infirmière du Samu doivent transférer tout le matériel nécessaire à l'évasion dans le monte-charge afin de le ranger dans l'avion.



00h40. L'équipe du Samu prépare elle-même la civière pour installer le patient durant la nuit.



00h45. Inlassablement, Jennifer Hoareau vérifie le matériel afin d'être certaine d'avoir tout à disposition en cas de besoin pendant le vol.



00h50. Une fois que tout est prêt dans l'avion pour accueillir le patient, il faut maintenant faire sortir le patient de l'ambulance.



00h55. Le médecin du Samu et l'infirmière procèdent à la délicate mise en place du patient dans la carlingue de l'avion. Les autres passagers commencent à arriver dans l'avion. L'équipe du Samu s'installe à côté du patient durant le vol. Le décollage de l'avion est prévu à 01h20.



Les onze heures de vol jusqu'à Paris puis le trajet en ambulance jusqu'à Bordeaux se sont déroulés sans encombre.

Arrivée à 20h30 (heure réunionnaise) à Bordeaux, le Dr Cyrille Aubert et Jennifer Hoareau ont enfin pu passer le relais aux équipes du CHU de Bordeaux après près de 23 heures ininterrompues de surveillance du patient réunionnais.
Un sans-faute pour notre équipe du Samu de La Réunion.

L'Ecmo, une évacuation mobilisant des moyens techniques et humains très importants

Le Samu de La Réunion a la délicate mission de procéder aux transferts sanitaires par voie aérienne sous assistance circulatoire, les Ecmo (oxygénation extracorporelle sur membrane). Ces évacuations très particulières nécessitent une logistique très complexe tant sur le plan matériel, qu'humain ou encore médical. Le Samu de La Réunion est le seul au monde à réaliser ce type d'évacuation sur une aussi longue durée et distance.

« Nous comptabilisons environ une vingtaine d'évacuations Ecmo. Nous procédons à ce type d'évacuations lorsqu'un patient nécessite une greffe cardiaque ou un cœur artificiel. Nous sommes la seule équipe au monde à prendre en charge une évacuation Ecmo sur plus de 10 000 kilomètres », souligne le Professeur Xavier Combes, chef de service du Samu de La Réunion.

En effet, il n'existe à l'heure actuelle qu'une expérience plutôt limitée pour les évacuations de moyenne distance et très peu sur des vols longs courriers. Même s'il faut souligner que des évacuations Ecmo ont été effectuées par certaines régions ultramarines comme les Antilles et la Guyane ; il faut toutefois noter que la distance parcourue, le temps passé en vol et leurs fréquences sont moins importants que les évacuations Ecmo réalisées par le Samu 974.

Cela fait environ cinq ans que le Samu de La Réunion réalise à raison de quatre à cinq par an, des évacuations Ecmo. Cette prouesse technique et médicale n'est en rien le fruit du hasard, mais résulte d'un grand professionnalisme et d'une longue préparation des équipes du Samu impliquées dans ce type de missions très compliquées.

Une équipe médicale de cinq personnes

L'Ecmo est une circulation extra corporelle qui permet de suppléer soit un poumon complètement défaillant, soit un cœur défaillant (lire encadré). Dans le cas d'un poumon défaillant, le patient reste à La Réunion. Par contre dans le cas d'un cœur défaillant (myocardite, infarctus du myocarde,...), notamment en vue d'une greffe cardiaque, le patient est alors envoyé à Paris généralement à La Pitié-Salpêtrière, à Necker ou encore à Henri Mondor.

Une évacuation Ecmo se révèle très compliquée à mettre en œuvre, car comme l'explique le Dr Jérôme Sudrial, PH au Samu et référent Ecmo : « On se retrouve dans un avion face à un patient qui dépend complètement d'une machine ». Les moyens matériels et humains nécessaires pour le bon déroulement du vol sont impressionnants.



« Une évacuation Ecmo mobilise cinq personnes du corps médical : un chirurgien cardiaque, un réanimateur, un perfusionniste, un infirmier du Samu ainsi qu'un médecin du Samu, ce dernier est le responsable de la mission. Le personnel est bien aguerri. Chacun a un rôle bien défini à un moment donné pendant le vol. L'entente est toujours très cordiale. Le médecin réanimateur est là afin de sécuriser le patient, car il est davantage familiarisé à l'Ecmo que l'urgentiste. Le chirurgien cardiaque est présent au cas où le patient se décanule, il est capable de faire des points rapidement si une canule s'arrache, heureusement cela n'est encore jamais arrivé jusque maintenant en vol », souligne le Dr Sudrial.

Quinze sièges réservés

Pas moins de 15 sièges sont réservés, cinq pour le personnel, huit pour la civière et deux devant la civière. Si l'avion est complet, Air Austral et Corsair, les deux compagnies qui pratiquent les Ecmo sur leurs vols, acceptent de débarquer des passagers au sol pour permettre à l'évacuation de se dérouler.

La préparation d'une telle mission est essentielle. Selon le Dr Sudrial : « L'anticipation est le maître mot d'une évacuation Ecmo. Nous organisons un staff systématique plusieurs heures avant le départ où l'on résume tout ce qui s'est passé

et tout ce qui peut se dérouler autant du point de vue administratif que médical. On essaie d'anticiper tout ce qui pourrait survenir en fonction de la pathologie du patient. Chacun donne son avis, ses conseils. On essaie de partir avec toutes les cartes en mains, car chaque évacuation est différente. C'est l'intérêt du médecin urgentiste et du réanimateur de s'adapter à toutes les situations. Nous veillons à bien respecter les check lists et le protocole établi par le Samu en accord avec les chirurgiens cardiaques et les réanimateurs. »

La prise en charge d'une évacuation Ecmo doit se faire au minimum cinq heures avant le départ de l'avion afin de pouvoir partir à l'heure et dans de bonnes conditions. Une Ecmo recourt à la mobilisation de deux ambulances et d'une escorte de motards pour les trajets reliant l'aéroport à l'hôpital.

Un brancardage compliqué

L'installation du patient dans l'avion est très délicate en raison de son état. Le brancardage est compliqué, il doit se faire par la porte centrale de l'avion. Il faut prévoir dix personnes pour manipuler. Il est très difficile de passer entre les sièges, l'espace est confiné, il faut que le patient reste stable, c'est toute la complexité d'une Ecmo. Le Dr Sudrial explique qu' : « Il est déjà arrivé de retarder une évacuation sanitaire

L'Ecmo en bref



Une partie du matériel nécessaire.

L'Ecmo pour extracorporel membrane oxygenation (oxygénation par membrane extra-corporelle en français) est une technique de circulation extra-corporelle qui permet de suppléer aux défaillances cardiaques et/ou respiratoires d'un patient en assurant le débit circulatoire nécessaire et l'oxygénation. Cette technique peut fournir une assistance partielle ou complète, et permet d'assurer les échanges gazeux et une perfusion satisfaisante au patient.

Le circuit d'Ecmo se compose d'une canule de décharge veineuse, d'une pompe centrifuge électrique qui génère un débit continu, d'un oxygénateur à membrane et d'une ligne de réinjection du sang oxygéné. Les progrès techniques au niveau du matériel (canules, pompes, oxygénateurs à membrane) ont permis une augmentation importante du nombre d'Ecmo ces dernières années.

L'Ecmo n'est pas un traitement curatif, mais elle permet de donner le temps à l'évaluation, au diagnostic et à la mise en œuvre du traitement étiologique de la pathologie en attendant la restauration de la fonction défaillante ou une éventuelle transplantation. L'Ecmo permet ainsi de mettre « au repos » sur une période de plusieurs jours à plusieurs semaines les organes suppléés. Elle est utilisée dans les services de Réanimation, et notamment de Réanimation néonatale.



La mise en place d'une telle technique est lourde et ne concerne que des malades graves souffrant d'une défaillance cardiaque ou pulmonaire majeure.

Une Ecmo permet de diminuer significativement la morbidité et la mortalité liées à la pathologie.

La mise en place de l'Ecmo se fait de façon percutanée au lit du patient. Ce dernier peut être transporté avec l'Ecmo.



L'installation du patient se révèle particulièrement délicate.

de 24 ou 48 heures, car le patient n'était pas assez stabilisé. Il est, en effet, préférable de faire partir des patients dans un état relativement stable afin de limiter les risques en vol. L'Ecmo est gérée et posée par l'Umac, l'Unité mobile d'assistance circulatoire (lire encadré), composée d'un perfusionniste, d'un réanimateur et d'un chirurgien. Les patients sont toujours endormis. Ils sont multi appareillés avec une sonde d'intubation (située dans la trachée), deux perfusions, voire un cathéter central, la machine Ecmo, ainsi que des sondes gastrique et urinaire.»

L'équipe doit également gérer les problèmes d'électricité, de convertisseur, de batteries.

Outre l'installation du patient, il faut également transporter tout le matériel indiqué sur les check listes comme des poches de sang au cas où l'état du patient s'aggraverait pendant le transport.

Le staff médical doit aussi prendre en compte la gestion de l'oxygène pendant les onze heures de vol vers Paris, car une Ecmo consomme énormément d'oxygène, le nombre de ces bouteilles spécifiques d'oxygène aéronautique de 1 500 litres/bouteille, est limité à trois pendant le vol.

En tout, cela représente plus de 65 kilos de matériel, auquel il faut rajouter le poids du matériel qui équipe le patient et naturellement celui du patient.

Durant le vol, chacun est prêt à intervenir en fonction de l'évolution du patient.

Environ 18 heures de médicalisation sur un patient à haut risque

Une fois à Paris, il faut encore compter environ deux heures pour rejoindre en ambulance un hôpital. Arrivée à l'hôpital, l'équipe réunionnaise transmet le patient et son dossier à l'équipe parisienne qui va prendre le relais. L'équipe du Samu débrie le vol : le patient a-t-il perdu du sang ? Est-il stable ? Son état a-t-il nécessité un changement médicamenteux ?

Au total, l'équipe chargée de l'Ecmo doit assurer 18 heures de médicalisation sur un patient à



Le patient est multi appareillé.

haut risque, sans pouvoir solliciter la moindre aide extérieure. Le but est que le patient arrive à destination dans le même état que celui où il est parti.

L'évasan Ecmo est une activité passionnante, unique, qui associe plusieurs spécialités et apporte une image de marque et de professionnalisme au CHU de La Réunion.

L'Umac, l'Unité mobile d'assistance circulatoire

L'Umac de La Réunion est une unité mobile qui se déplace dans l'île avec le matériel d'Ecmo (canules, matériel chirurgical et appareil de circulation extra-corporelle) afin de pouvoir réaliser une Ecmo dans un lieu autre que l'hôpital, en raison de la gravité de l'état de santé du patient. L'Umac est notamment constituée d'un chirurgien cardiaque et d'un perfusionniste.

Fort de son expérience, c'est donc à l'Umac de La Réunion que revient la charge de poser l'Ecmo au patient lors d'une évacuation sur un vol commercial.

L'identitovigilance, l'affaire de tous

L'identification du patient tout au long de sa prise en charge est un enjeu majeur en matière de sécurité. Les erreurs d'identité consécutives à des défauts d'identification des patients lors des soins continuent d'entraîner des événements indésirables graves. L'OMS a inscrit la lutte contre les erreurs d'identité comme l'une des neuf priorités de sécurité du patient. La Haute Autorité de Santé en a fait un critère d'évaluation dans son manuel de certification « V2010 » (Critère 15.a).

L'identitovigilance ou l'erreur d'identité

L'identitovigilance est le système de surveillance et de prévention des risques d'erreur liés à l'identification du patient. Elle a pour but d'anticiper les erreurs et risques qui pourraient découler d'une mauvaise identification des patients. « L'identification du patient est le premier acte dans sa prise en charge ». Cette démarche de sécurité des soins est d'autant plus complexe du fait du nombre d'interventions et de professionnels pour un même patient.

- > 10 à 15% de doublons d'identité dans les ES
- > 13% des erreurs en chirurgie
- > 1 décès pour 800 000 produits sanguins transfusés (très supérieur au risque VIH : 1/8 millions PSL)
- 1 erreur d'attribution / 19 000 produits sanguins transfusés
- > aux USA : 10 000 décès par an

A La Réunion, le problème d'identification est amplifié par l'homonymie fréquente, l'usurpation d'identité (pour l'accès aux droits d'assurance maladie) qui génère ce qu'on appelle une collision de dossier. L'enjeu pour le personnel du CHU de La Réunion étant de vérifier à chaque étape et avec la collaboration du patient, son identité.

Le doublon?



• 2 identifiants (IPP) pour une même personne

La collision?



• 2 personnes physiques différentes
• Un même identifiant(IPP)

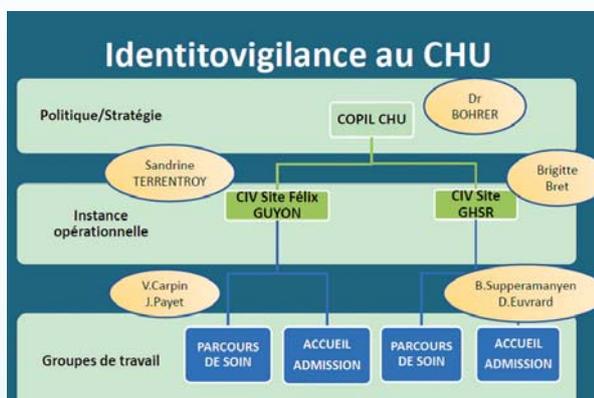
L'Homonymie?



• Les traits associés à 2 personnes sont identiques

Organisation CHU pour lutter contre les EI

Un comité de pilotage CHU a été mis en place en 2013. Il rassemble près d'une trentaine de professionnels autour de la problématique de la sécurité de l'identité. Le Copil se réunit deux fois par an pour définir les axes de travail et s'assurer de la mise en œuvre de la politique générale.



Pour répondre aux problématiques de chaque site géographique, des cellules opérationnelles sont animées par des référents des départements de l'Information médicale. Les cellules de site se réunissent trois à quatre fois par an pour mettre en œuvre la politique définie par le Copil Identitovigilance. En outre, elle traite les événements indésirables signalés par les professionnels, coordonne les actions de formation, etc.

Procédure interne

La sécurisation de l'identification du patient repose sur la politique d'identification de notre CHU (procédures, règles d'identification, ...) :

- > Un processus d'identification qui décrit les règles d'identification (traits stricts, étendus et complémentaires).
- > Vérification/contrôle ultime avant tout acte de soin.

- > Formation des professionnels de santé.
- > Education du patient sur l'intérêt de vérifier et de participer à sa sécurité.

Comment vérifier?

En interrogeant directement le patient et en confrontant les documents utilisés

• **UN PATIENT** = un nom de naissance + un prénom + une DDN + un sexe ± un nom marital

Les erreurs d'identité ont parfois pour conséquence des effets irréversibles pour les patients hospitalisés. S'il est difficile aujourd'hui

d'en mesurer l'impact sanitaire, la lutte contre les erreurs d'identité reste un enjeu de santé publique et un objectif prioritaire pour le CHU de La Réunion.

Une organisation s'est construite pour lutter efficacement contre les erreurs d'identité : Un Comité de Pilotage institutionnel, deux Cellules opérationnelles de site, un accompagnement

du Pôle Qualité et Sécurité des Patients.

Des dispositifs de vérification et de contrôles administratifs sont mis en œuvre à chaque étape de la prise en charge du patient. Des actions de formation interne sont déployées au profit des professionnels de santé. Un système de signalement existe pour identifier les vulnérabilités persistantes.

Autant d'actions qui rappellent combien le processus de prise en charge du patient est complexe et que le défaut d'identification du patient peut être source d'un événement indésirable grave. La vigilance de tous (même celle du patient) est importante et permettra de lutter efficacement contre les erreurs d'identité.

Le CHU certifié sans réserve par la Haute Autorité de Santé

Comme tous les établissements de santé, le CHU fait l'objet d'une visite approfondie de la HAS (Haute Autorité de Santé) tous les quatre ans : ces visites de certification sont conduites par des experts-visiteurs, professionnels de santé formés à leur mission par la HAS, et visent à objectiver le niveau de qualité atteint dans l'établissement et l'existence d'une dynamique d'amélioration.

Ainsi, l'ensemble des sites ont été passés au crible du manuel de certification, référentiel de la HAS qui liste 28 critères détaillant les thèmes suivants : Management stratégique, management des ressources, management de la qualité et de la sécurité des soins, droits et place du patient, gestion des données du patient, parcours du patient, prises en charges spécifiques, évaluation des pratiques professionnelles.

Parmi tous ces thèmes, la HAS examine de très près les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP) : ce sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées et qui sont systématiquement étudiés par les experts visiteurs de façon standardisée afin d'être comparables aux autres établissements.

La non atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduira automatiquement à une décision de certification péjorative, voire à une non certification. On trouve parmi ces « PEP », notamment, la prise en charge de la douleur, l'organisation du bloc opératoire et des secteurs à risque ou encore la prise en charge du patient aux urgences.

La certification des établissements de santé n'est pas un examen ou un concours que passe chaque établissement mais plutôt un travail de fond mobilisant l'ensemble de ses personnels autour d'un objectif commun : mieux travailler ensemble pour assurer une prise en charge de qualité.

Les conséquences d'une telle visite pour un établissement de santé ?

A l'issue de ces visites, les experts rédigent un rapport qui est disponible sur le site de la HAS dans lesquels peuvent apparaître :

- > des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- > des réserves : constat(s) d'insuffisances dans certains domaines,
- > des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

Dans les cas extrêmes, la HAS peut prononcer une décision de non certification, voire demander une décision de fermeture de services si les experts constatent que la sécurité des patients n'est pas assurée.



La certification des établissements de santé est un travail de fond mobilisant l'ensemble de ses personnels autour d'un objectif commun : mieux travailler ensemble pour assurer une prise en charge de qualité.

Résumé des décisions que peut prononcer la HAS :		
Certification	Sans recommandations	Valable pour 4 ans
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation	L'établissement doit mettre en œuvre les mesures préconisées. Il en fournit la preuve soit dans le cadre de la procédure en cours, soit en prévision de la prochaine procédure.
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)	3 à 12 mois sont laissés à l'établissement pour produire un rapport de suivi sur les sujets concernés et apporter la preuve qu'il s'est amélioré sur ces points.
Décision de surseoir à la certification = Réserve(s) majeure(s)	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)	L'établissement n'est pas certifié (d'où la dénomination « décision de surseoir »). Il ne le sera que s'il démontre au cours d'une visite de suivi réalisée de 3 à 12 mois après la visite initiale qu'il a significativement amélioré les points de dysfonctionnements constatés.
Non certification	Si l'établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves. Ou si, suite à une décision de surseoir à la certification, l'établissement n'a pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.	L'établissement n'est pas certifié. La HAS examine avec la direction de l'établissement et la tutelle régionale, dans quels délais, il est susceptible de se réengager dans la démarche. Une décision de fermeture peut être prise.

Les objectifs de la certification :

- > La mise en place d'un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- > L'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères jugés essentiels et qualifiés de pratiques exigibles prioritaires,
- > Le renforcement de l'information des patients et des usagers par la communication des résultats obtenus par les établissements.

Qu'en est-il pour le CHU ?

La troisième visite, dite « V2010 », s'est déroulée en mai 2012 sur les sites du CHU. Celle-ci a conduit les experts visiteurs de la HAS à formuler deux réserves et six recommandations pour le site Nord, six réserves et neuf recommandations pour le site Sud.

Le CHU se situait donc dans la situation de « certification avec réserve » (en rose dans le tableau) : cette décision provisoire avait conduit la HAS à effectuer un suivi particulier dont une visite ciblée sur les sites Sud en novembre 2013.

A l'issue de ce suivi, la HAS a publié sa décision définitive : une certification sans réserve, avec quelques recommandations (situation verte dans le tableau).

Au CHU-Sud : sur les 28 critères, seuls les suivants ont fait l'objet de recommandations, faisant ressortir la nécessité de concentrer les efforts pour améliorer :

- > l'hygiène des locaux,
- > le respect des libertés individuelles et la prise en charge somatique des patients en santé mentale,
- > la gestion du dossier du patient,
- > l'étude et l'analyse de la pertinence des soins.

Au CHU-Nord, deux recommandations ont été formulées :

- > concernant la gestion du dossier du patient,
- > sur la nécessité de définir, dans chaque secteur, des indicateurs de pratique clinique pertinents au regard des activités pour mieux évaluer les prises en charge proposées.

Les résultats de cette procédure sont globalement très satisfaisants et témoignent de la mobilisation constante des équipes dans l'objectif d'améliorer la qualité des prises en charge proposées aux patients.

Et maintenant ?

La prochaine visite des experts de la HAS aura lieu en mai 2016. De nouvelles méthodes ont été introduites pour cette 4^e itération, parmi lesquelles celle du « patient traceur » : cette



La prochaine visite des experts de la HAS au CHU aura lieu en mai 2016. La méthode du « patient traceur » devrait être mise en valeur

L'évaluation d'un établissement de santé

Elle s'effectue en deux phases :

Une autoévaluation par les professionnels de l'établissement. Ils doivent mesurer la qualité des organisations et des pratiques mises en place sur la base d'un référentiel élaboré par la HAS : *Le manuel de certification*.

Une évaluation externe, par des experts-visiteurs. Elle est obligatoire et intervient périodiquement tous les quatre ans. L'objectif est de définir les actions d'amélioration et d'en mesurer ultérieurement l'impact.

méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques, proche du métier des professionnels, consiste à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent. Elle permet d'observer les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire tout au long de la prise en charge et d'impliquer l'ensemble des acteurs qui contribue à sa prise en charge. Elle prend également en compte l'expérience du patient. C'est une analyse rétrospective de la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours, depuis son entrée dans l'établissement de santé jusqu'au moment de l'évaluation. Durant la visite, les experts visiteurs seront ainsi beaucoup plus présents dans les services de soins que précédemment, interrogeant les équipes, les patients et les familles qui le souhaiteront.

Une mobilisation sans faille

D'ici cette échéance, l'établissement va poursuivre ses efforts et maintenir une mobilisation sans faille pour mettre en œuvre son plan d'amélioration de la qualité et de la

sécurité des soins, qui a été présenté et validé par les instances au cours du premier semestre 2014.

Outre les thématiques principales citées par la HAS que sont la gestion du dossier du patient et l'amélioration du respect des droits et de l'information du patient, les grandes priorités de ce PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) sont :

- > la sécurité des soins dans les secteurs à risque (blocs opératoires, radiothérapie...),
- > la promotion de la bientraitance,
- > la sécurisation du circuit du médicament.

La qualité et la sécurité des soins étant l'affaire de tous, l'ensemble des personnels du CHU s'engage à poursuivre et à accentuer ses efforts pour apporter aux patients la meilleure prise en charge possible.

Pour en savoir plus sur la certification :

<http://www.has-sante.fr>, rubrique *accreditation-certification*

Gaëlle Dufour ■

Directrice Qualité-Gestion des risques-Usagers,
CHU de La Réunion

Le Centre de Recherche Médicale et en Santé rend honneur au Pr André Syrota

C'est un moment unique qu'a vécu le 10 décembre dernier, le jeune Centre de Recherche Médicale et en Santé, situé à Saint-Pierre. En le baptisant officiellement « Centre de Recherche Médicale et en Santé Professeur André Syrota », le CHU a tenu, à travers ce geste, à rendre honneur à ce grand spécialiste du monde de la médecine et de la recherche en santé.

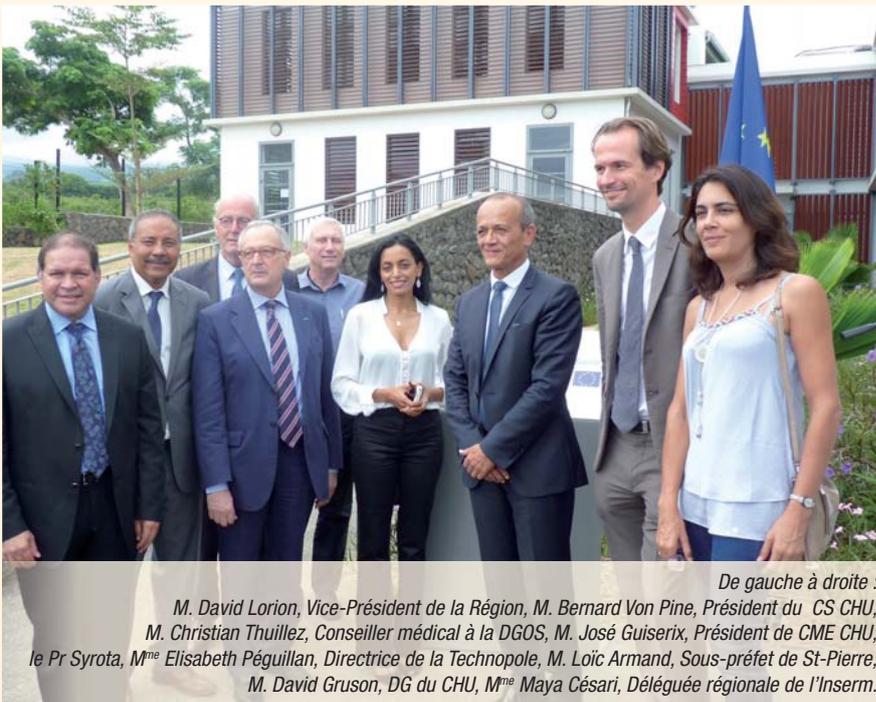


Le Pr Syrota a dévoilé la stèle du Centre de Recherche Médicale et en Santé.

Lors de sa prise de parole à l'occasion de la pose de la stèle inaugurale du Centre de Recherche Médicale et en Santé (CRMS), le Pr Syrota a tenu à saluer le dynamisme de la recherche clinique à La Réunion. Il a remercié tous les acteurs qui ont contribué au développement de cette activité, ainsi que la direction de l'établissement qui a œuvré pour permettre la construction de ce bâtiment destiné à la recherche clinique. Il a, par ailleurs, souligné la volonté de l'établissement d'inciter à la mise en place de différents projets, notamment à travers la procédure des appels d'offres internes (AOI), entièrement financés par le CHU, qu'il s'agisse de recherche médicale ou de recherche en soins pour les équipes paramédicales. Il s'est dit honoré que ce nouveau bâtiment porte son nom.

Cette journée a également été l'occasion de présenter les différentes activités des structures de soutien à la recherche et les axes prioritaires de recherche du CHU définis dans le projet hospitalo-universitaire.

La création du Centre hospitalier universitaire de La Réunion en février 2012 a contribué au développement de la recherche clinique à La Réunion, en particulier grâce à l'arrivée des personnels hospitalo-universitaires.



De gauche à droite : M. David Lorion, Vice-Président de la Région, M. Bernard Von Pine, Président du CS CHU, M. Christian Thuillez, Conseiller médical à la DGOS, M. José Guiserix, Président de CME CHU, le Pr Syrota, M^{me} Elisabeth Péguillan, Directrice de la Technopole, M. Loïc Armand, Sous-préfet de St-Pierre, M. David Gruson, DG du CHU, M^{me} Maya Césari, Déléguée régionale de l'Inserm.

L'essor important de l'activité recherche avait alors rendu nécessaire le rapprochement des différentes structures, sur un lieu unique : le Centre de Recherche Médicale et en Santé.

Le Centre est fonctionnel depuis le 1^{er} février 2014

Ce bâtiment, d'une surface de 1 090 m², a été construit sur le site de la technopole sud,

à Saint-Pierre à proximité des locaux du CHU. Livré en novembre 2013, le nouveau bâtiment recherche est fonctionnel depuis le 1^{er} février 2014.

Cette construction, qui s'inscrit dans une démarche d'éco-construction et de développement durable, a été, pour la plus grande partie, financée par les fonds européens (Feder). Le CHU de La Réunion, l'Etat et l'Inserm ont également cofinancé ce projet.

Le Centre permet de mutualiser les moyens

Le Centre de Recherche Médicale et en Santé abrite des structures indispensables au soutien des activités de recherche clinique.

Ces structures travaillent en étroite collaboration. Il s'agit de :

- > La Direction de la Recherche, de l'Innovation et des Fonds Européens (DRI) ;
- > La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) ;

> Le Centre d'Investigation Clinique - Epidémiologie Clinique (CIC-EC).

Il abrite également un ingénieur du Centre de Ressource Biologique (CRB).

Construit en vue de consolider les efforts engagés pour structurer, professionnaliser et développer la recherche clinique et épidémiologique au CHU de La Réunion, le CRMS permet de mutualiser les moyens entre ces différentes unités pour une efficacité accrue.

Un biophysicien et spécialiste de la médecine nucléaire de renom

Né en 1946, le Professeur Syrota est biophysicien et médecin spécialiste en médecine nucléaire. André Syrota a commencé sa carrière médicale en qualité d'interne dans le service d'Hépatologie du Pr André Paraf. Il a rédigé une thèse sur « *La mesure du débit splénique dans les splénomégalies méditerranéennes non alcooliques* ».

Les recherches d'André Syrota ont porté ensuite sur le développement des méthodes d'imagerie fonctionnelle non invasive chez l'homme, en travaillant notamment sur la Tomographie à Emission de Positons (TEP), la gamma-tomographie et la Résonance Magnétique Nucléaire (RMN). Il a étudié notamment la caractérisation des récepteurs des neurotransmetteurs dans le cerveau et dans le cœur de façon atraumatique en TEP. Il travaillait alors dans le service hospitalier Frédéric-Joliot du Commissariat à l'énergie atomique à Orsay. Ses travaux ont largement contribué au développement de l'utilisation de la RMN en spectroscopie du muscle chez l'homme, puis de l'imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRM), permettant la mise en évidence des régions cérébrales sollicitées lors de tâches cognitives conscientes ou inconscientes.

« Pour le nucléaire » et « Par le nucléaire »

Chef du service hospitalier Frédéric-Joliot à Orsay de 1984 à 2007, André Syrota est devenu directeur des sciences du vivant au Commissariat à l'énergie atomique de 1993 à 2007. Il recentre les activités autour de deux axes qu'il appelle « *Pour le nucléaire* » (études des effets des rayonnements ionisants) et « *Par le nucléaire* » (utilisation des rayonnements, depuis la connaissance de la matière -diffraction des rayons X, rayonnement, synchrotron, etc.- jusqu'à l'imagerie chez l'homme).

En parallèle, le Pr Syrota s'implique fortement dans l'organisation de la recherche biomédicale. Il est à l'origine de la création, en 2009, de l'Ins-



Le professeur Syrota a énormément œuvré tout au long de sa carrière pour le développement des activités de recherche à La Réunion.

titut de Génomique regroupant le Génoscope et le Centre national de Génotypage, au sein de la Direction des sciences du vivant au Commissariat à l'énergie atomique.

En octobre 2007, André Syrota est nommé Directeur Général de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et en devient Président Directeur Général en 2009. Dès sa nomination en 2007, il se donne comme mission d'instaurer des partenariats avec toutes les structures de recherche et d'assurer une coopération scientifique au niveau national. André Syrota est à l'origine de la création des alliances nationales, qui ne sont pas des entités légales, mais assurent un rôle de coordination et de programmation de la recherche.

Renforcer le potentiel de la recherche

En 2009, il impulse la création de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) qui réunit tous les organismes français menant une recherche dans ses domaines, y compris les universités et les Centres

Hospitaliers Universitaires français, pour assurer une coordination stratégique et programmatique nationale. Aviesan a pour objectif de renforcer le potentiel de la recherche, de la rendre plus lisible au plan national et international, de la rendre plus réactive face à l'émergence de questions scientifiques fondamentales ou de problèmes de santé publique majeurs. Aviesan joue également un rôle essentiel dans le domaine du transfert technologique, de la politique de la recherche française vis à vis de l'Europe et des pays du sud, ainsi que dans la promotion de la science dans la société. Le Professeur Syrota assume la présidence d'Aviesan depuis 2009.

En parallèle, le Professeur Syrota a été, de 2011 à 2013, le vice-président de Sciences Europe, agence regroupant 50 agences de financement et d'organismes de recherche issus de 23 pays européens. Cet organisme œuvre pour la promotion de l'Espace européen de la recherche. Le professeur Syrota a énormément œuvré tout au long de sa carrière pour le développement des activités de recherche à La Réunion.

Des sages-femmes seychelloises en stage au PFME du CHU-Sud

Dans le cadre de la coopération avec les Seychelles, on dénombre, depuis 2012, près d'une quinzaine de sages-femmes de l'archipel venues en stage au CHU-Sud afin d'approfondir leurs connaissances et pratiques médicales.

Témoin d'une volonté d'une forte coopération entre ces îles de l'océan Indien, le PFME (Pôle Femme Mère Enfant de Saint-Pierre) avait reçu la visite, en novembre 2012 du ministre seychellois des Affaires étrangères, Jean-Paul Adam. Suite à cette venue, 14 sages-femmes seychelloises ont été reçues depuis 2012 au Pôle Femme Mère Enfant de Saint-Pierre. Le premier groupe de quatre sages-femmes a été accueilli en 2012, deux autres groupes de quatre personnes sont venus en 2013 et enfin un dernier groupe de deux sages-femmes est arrivé en 2014. Venues à titre d'observatrices, les sages-femmes ont pu partager pendant trois semaines, les gardes des équipes obstétricales du CHU-Sud. L'intérêt d'une telle coopération est de permettre à ces professionnelles de l'archipel voisin de prendre connaissance des organisations et des équipements du PFME, de confronter leurs pratiques à celles des professionnels réunionnais.

Des échanges en créole seychellois et en créole réunionnais

Hébergées dans un hôtel du front de mer saint-pierrois, les sages-femmes seychelloises ont été accueillies chaleureusement par leurs consœurs réunionnaises. Anglophones pour certaines d'entre elles, mais maîtrisant parfaitement le français, la communication avec les équipes du Pôle Femme Mère Enfant s'est faite sans aucune difficulté. Nous avons même vu au fil des jours des échanges s'établir en créole seychellois et créole réunionnais.

Réparties en binôme dans les différents secteurs de la maternité, nos sages-femmes seychelloises ont pu observer les pratiques en salle de naissance, la prise en charge des grossesses pathologiques et des suites de couches, le suivi des patientes en consultations prénatales et la pratique des échographies par les sages-femmes. Nos organisations sont assez proches de celles mises en place dans leurs îles. Ces praticiennes ont aussi pu découvrir d'autres secteurs, inexistantes aux Seychelles, tels que l'unité de jour pour la prise en charge des grossesses pathologiques en ambulatoire, l'unité Kangourou avec maintien des enfants nés prématurément dans la chambre de leur



Les sages-femmes seychelloises ont pu expérimenter la simulation sur mannequin.

mère, le centre de diagnostic anténatal (unité pluridisciplinaire de dépistage et de prise en charge des malformations fœtales), l'unité de médecine fœtale et de génétique, l'unité d'orthogénie et enfin l'unité d'accueil médico-judiciaire d'urgence (Pamju) pour les victimes d'agression sexuelles.

Des liens d'amitié ont pu être tissés

Certaines d'entre elles ont pu bénéficier d'une formation théorique et pratique à la réanimation du nouveau-né en salle de naissance avec évaluation pratique sur mannequin par simulation. Cette formation a été conduite par les professionnels du Centre de Simulation en Santé de l'océan Indien situé dans les locaux du CHU-Sud. Ce temps fort fut très apprécié des stagiaires.

Malgré des conditions d'exercice, de formation et de statut différents (infirmières spécialisées

aux Seychelles), et une culture différente, les échanges entre ces professionnels ont été riches d'enseignements. Les sages-femmes du Pôle Femme Mère Enfant ont fait profiter aux sages-femmes seychelloises leur savoir-faire. En retour, celles-ci ont apporté leur propre expérience aux sages-femmes réunionnaises.

Au-delà des échanges professionnels très riches, des liens d'amitié ont pu être tissés avec nos collègues seychelloises. « Pique-nique chemin Volcan », shopping à Saint-Pierre, participation à des concerts de musique locale, visite guidée de l'île, nos stagiaires repartent avec de beaux souvenirs.

La gentillesse de nos collègues seychelloises, leur joie de vivre, les échanges et leur générosité resteront les meilleurs souvenirs de cette expérience.

Claudine Somon Payet ■
Cadre au PFME

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'utilisateur est toujours appréciée.



A TOUTE L'EQUIPE DU SERVICE UROLOGIE
POUR
LES BONS SOINS ET L'ATTENTION APPORTES
A MA MERE, MME [REDACTED]
AVEC BEAUCOUP DE GENTILLESSE ET D'HUMANITE

ET
PLUS PARTICULIEREMENT AU DR [REDACTED]
ET AUX MEDECINS
POUR LEUR PROFESSIONNALISME
LEUR DEVOUEMENT, LEUR PATIENCE ET LEUR SIMPLICITE

BRAVO A VOUS TOUS
ET UN GRAND MERCI

A TOUTE L'EQUIPE.....
Celle de jour, et celle de nuit,
Aux médecins, aux infirmiers, aux aides-soignants, et à tous les autres...

J'ai été touchée par votre présence et votre attention,
par votre sourire et votre bonne humeur...
Ces petites choses qui sont pour nous -malades -des remèdes aussi précieux que
le reste.
Notre réconfort se trouve aussi dans ces gestes que vous faites, et dans le
regard rempli d'empathie que vous portez souvent face à nos souffrances...

A vous tous j'adresse mes sincères remerciements et vous souhaite de toujours
garder à cœur votre amour du métier, il faut continuer à œuvrer dans ce sens.
Prenez soin de vous aussi chaleureusement que vous avez su prendre soin de moi...

BON COURAGE A TOUS
ET SAVOUREUX REMERCIEMENTS😊

*Chaque bébé qui arrive est l'un des personnages d'une
histoire singulière.*

*Hospitalisée dans votre service de soins intensifs depuis le
02/04/2014, c'est aujourd'hui que notre petite [REDACTED]
rejoint enfin sa maison.*

*Nous remercions toute l'équipe d'infirmières, aides
soignants, agent de service, médecins pour votre écoute
chaleureuse et attentive au cours de ce séjour.*

*Nous savons bien que votre métier n'est pas toujours de
tout repos et pourtant nous avons pu apprécier votre
présence et votre disponibilité aussi bien pour nous parents,
que pour notre petit trésor.*

*En ce ci beau jour, notre petit rayon de soleil illumine
enfin notre nouvelle vie de famille. Nous rayonnons de
bonheur grâce à ses sourires et ses petits yeux charmeurs.*

Une très belle histoire commence...

*Les phrases les plus courtes sont souvent les sincères et
chargées en significations, alors :*

Merci, tout simplement...

Un petit clin d'œil pour les anciennes tatie de la réa...

[REDACTED] et ses parents

OUF !



QU'EST-CE QUI NE VA PAS ?



JE ME DEMANDE COMMENT JE FERAIS S'IL M'ARRIVAIT QUELQUE CHOSE ?

JE SERAI LÀ.

ET LA MNH AUSSI, EN TE VERSANT UN COMPLÈMENT DE REVENU.

MNH PREV'ACTIFS* : REVENUS ET PRIMES GARANTIS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE.

3 MOIS OFFERTS**



RASSURÉE ?

TOUJOURS AVEC UNE SŒUR COMME TOI !



L'ESPRIT HOSPITALIER EN PLUS

Plus d'informations auprès de vos correspondantes MNH :

Josie Guérin, Centre hospitalier départemental Félix Guyon, Saint-Denis, tél. **02 62 90 50 69**, josie.guerin@chr-reunion.fr

Camille Heekeng, Groupe hospitalier sud Réunion, Saint-Pierre, tél. **02 62 35 90 37**, camille.heekeng@chu-reunion.fr

* MNH PREV'ACTIFS propose aussi un capital en cas d'invalidité totale et définitive ou décès, et des rentes conjoint et/ou éducation. Pour le détail de l'offre, nous consulter.

** Offre réservée exclusivement aux nouveaux adhérents à MNH Prev'actifs (n'ayant pas été adhérents MNH Prev'actifs au cours des 12 derniers mois) valable pour tout bulletin d'adhésion signé entre le 1er janvier 2015 et le 30 avril 2015 (date de signature faisant foi), renvoyé à la MNH avant le 31 mai 2015 (cachet de la poste faisant foi), pour toute adhésion prenant effet du 1er janvier 2015 au 1er juin 2015 : 3 mois de cotisation gratuits.

TheLink.fr - Juin 2014 - Crédits photos : Gregor COLLIENNE - 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 SIRENE 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.

