

Juin | 2018

# CONVERGENCES médicales

Magazine d'informations médicales du Groupe Hospitalier du Havre | [www.ch-havre.fr](http://www.ch-havre.fr)



## Sommaire

### Le Mot de ....

Le Dr Alain Fuseau, Président de la Commission Médicale d'Établissement.

### Chirurgie (page 2)

Développement d'une offre de soins en chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice au GHH.

### Pédiatrie (page 3)

La formation par simulation aux urgences pédiatriques.

### Pédopsychiatrie (page 4)

Périnatalité, penser un, deux, trois...

## ➔ Le MOT de....

Chers confrères,

Ce numéro de « Convergences médicales » a pour but de vous informer des dernières pratiques développées au sein du Groupe Hospitalier du Havre.

Vous y trouverez notamment un article de notre confrère le Dr Raphaël Carloni, chirurgien plasticien. Spécialité récemment implantée au GHH, elle prend d'ores et déjà un essor conséquent, confirmant ce que nous dit notre confrère : un besoin important, mal couvert dans la région havraise, et dont les indications hospitalières publiques sont nombreuses et pertinentes. Offrir à la population havraise un accès public à ce type de soin fait partie de nos engagements au quotidien, et nous en sommes fiers.

De la même façon, l'arrivée, dans le cadre de l'universitarisation du GHH, du Pr Gisèle Apter au Havre est l'occasion de développer les soins psychiques aux tout-petits à travers une équipe de périnatalité qui va pouvoir désormais s'étoffer. D'ores et déjà, un important travail de liaison est mis en place au sein de la maternité de l'hôpital J. Monod, venant ainsi compléter la palette des soins destinés aux jeunes mamans. D'autres projets restent à développer, mais gageons que les cartons du Pr Apter en sont pleins.

A l'heure où l'hôpital public vit des moments difficiles, au Havre et ailleurs en France, nous pouvons nous féliciter de l'enthousiasme et de l'engagement de nos praticiens.

Bon été à tous.

Dr Alain Fuseau,  
Président de la Commission Médicale d'Établissement

Magazine édité par :  
Groupe Hospitalier du Havre  
BP 24, 76083 Le Havre CEDEX

PARUTION : 2 fois/an

DIRECTEUR DE PUBLICATION :  
Martin Trelcat

RÉDACTEUR EN CHEF :  
Sylvie Beaucousin  
Direction de la Communication  
et de la Santé Publique  
☎ 02 32 73 37 05

CRÉDITS PHOTOS :  
droits réservés  
Direction de la Communication  
et de la Santé Publique  
Groupe Hospitalier du Havre

CONCEPTION GRAPHIQUE,  
IMPRESSION :  
Imprimerie Gabel [201805.0212]

DÉPÔT LÉGAL :  
Loi du 21 janvier 1943  
Décret N° 33 du 16 janvier 1962



GRUPE  
HOSPITALIER  
DU HAVRE



Dr Raphael Carloni

# Développement d'une offre de soins en chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice au GHH.

PAR LE DR RAPHAEL CARLONI, CHIRURGIEN PLASTICIEN À L'HÔPITAL J. MONOD

**La chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique est une spécialité souvent mal connue par la communauté médicale et dont le champ d'application est très vaste. Au travers de cet article, voici un panel des interventions proposées par cette spécialité, certaines étant plus adaptées à une activité hospitalière et d'autres à une activité libérale en clinique.**

## Chirurgie reconstructrice après amaigrissement important

Elle regroupe toutes les chirurgies visant à améliorer l'aspect du corps dans le cadre d'une réparation après un amaigrissement massif, soit après un régime, soit après chirurgie bariatrique. Parmi ces chirurgies, celles qui peuvent relever d'une prise en charge par la sécurité sociale sont l'abdominoplastie, le lifting des cuisses ou cruroplastie, le lifting des bras ou brachioplastie, le bodylift inférieur.

La chirurgie de réparation des seins après amaigrissement important n'est malheureusement quant à elle jamais prise en charge par la sécurité sociale, sauf lorsqu'il existe une hypertrophie mammaire nécessitant un geste de réduction (300 grammes de glande mammaire à retirer par sein).

Ces différentes interventions permettent de retendre les tissus après perte de poids importante. En aucun cas il ne s'agit d'interventions pour « maigrir en retirant de la graisse ». Ces chirurgies ne sont envisagées que chez des patientes présentant un IMC < 30, avec un poids stabilisé depuis au moins un an, et une absence de consommation tabagique un mois avant et un mois après l'intervention.

## Chirurgie de reconstruction mammaire

La chirurgie mammaire remboursée inclut trois principales indications : les patientes ayant présenté un cancer du sein et souhaitant une reconstruction, les patientes présentant une malformation congénitale du sein, les hypertrophies mammaires.

La reconstruction mammaire après cancer fait aujourd'hui appel à une multitude de techniques que nous pouvons proposer aux patientes, les techniques dites autologues qui utilisent du tissu de la patiente uniquement pour effectuer la reconstruction (lambeau de muscle grand dorsal, lambeau de DIEP prélevé au niveau abdominal, lambeau perforant thoraco-dorsal, réinjection de graisse...) et les techniques utilisant des prothèses. Chaque technique garde ses indications lorsqu'elle est bien choisie et en tant que chirurgien plasticien nous avons la possibilité de proposer aux patientes l'ensemble de ces techniques.

Un deuxième volet de la chirurgie mammaire pris en charge par l'assurance maladie est le traitement des malformations mammaires. Il peut s'agir de véritables malformations congénitales comme les seins tubéreux ou le syndrome de Poland, d'asymétries mammaires (différence de deux bonnets entre les seins) ou d'hypoplasies mammaires sévères (bonnet < ou =A) ou encore de gynécomastie chez les hommes. Chaque cas sera étudié individuellement et

différentes options existent pour traiter ces pathologies (prothèses mammaires, réinjection de graisse, remodelage glandulaire, lambeaux, lipoaspiration ou résection glandulaire pour les gynécomasties...).

Enfin la chirurgie de réduction mammaire peut être prise en charge par l'assurance maladie lorsque la patiente présente une hypertrophie mammaire causant des dorsalgies invalidantes et surtout lorsque la résection estimée par sein dépasse les 300 grammes.

## Chirurgie et médecine esthétique

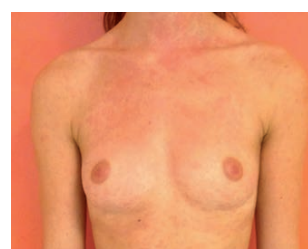
Elle regroupe toutes les interventions non prises en charge par la sécurité sociale, qui sont donc totalement aux frais des patients. Cette activité se prête généralement plus à une activité libérale en clinique et sera réalisée de façon minoritaire à l'hôpital. La chirurgie esthétique regroupe à la fois les chirurgies au niveau du corps (l'abdominoplastie, la liposuction, l'augmentation mammaire par prothèse ou par réinjection de graisse, l'augmentation des fesses, l'augmentation des mollets, le lifting mammaire ou mastopexie...) et les chirurgies au niveau du visage (rhinoplastie, blépharoplastie, lifting cervico-jugal, réinjection de graisse au niveau du visage...).

La médecine esthétique fait également partie de notre domaine de compétences et nous proposons, lorsque ces traitements sont indiqués, des injections de toxine botulique pour traiter les rides, des injections d'acide hyaluronique dans un but de comblement, ainsi que de la mésothérapie afin d'améliorer la qualité de la peau.

## Autres chirurgies de reconstruction

La chirurgie plastique inclut également : la prise en charge des cancers de la peau (mélanome, carcinome épidermoïde, carcinome basocellulaire...); les reconstructions des parties molles du corps et du visage après cancer de la peau ou traumatisme (lambeaux, greffes de peau); les traitements des brûlures en aigu et au stade de séquelles avec la réalisation de plasties cutanées, de greffes de peau ou de lambeaux; la chirurgie des escarres lorsqu'elle est indiquée; la prise en charge de la maladie de Verneuil avec des techniques associées de reconstruction.

A partir de janvier 2019 les Drs Raphaël Carloni et Lolita Pechevy, Chirurgiens Plasticiens exerceront à 50 % à l'hôpital J. Monod et 50 % à l'hôpital Privé de l'Estuaire.



Patiente opérée d'une augmentation mammaire bilatérale par prothèses. Résultat pré et post opératoire.

# La formation par simulation aux urgences pédiatriques.



Simulation de trocart intra osseux sur un nourrisson.



Simulation de réanimation cardio pulmonaire sur un enfant.

**Depuis 2012, les recommandations de l'HAS encouragent le développement de la simulation en santé dans la formation initiale et continue des professionnels.**

Alors que les laboratoires de simulation haute fidélité se développent dans les CHU de la région, la simulation « in situ » apporte un complément nécessaire car elle est fidèle à l'environnement quotidien. Ainsi depuis 2014, cette méthode pédagogique efficace est utilisée lors d'une formation mensuelle délivrée au sein des urgences pédiatriques. Les situations d'urgences vitales sont d'autant plus rares en pédiatrie (environ 10 % d'urgences vraies et 1 % d'urgences vitales par jour) qu'il est indispensable d'assurer un entraînement régulier au personnel médical et paramédical.

## La formation se déroule en trois temps :

- des rappels théoriques sont délivrés le matin selon l'ERC (European Resuscitation Council), sur le modèle de l'évaluation systématique de l'A.B.C.D. (Airways, Breathing, Circulation, Disability) afin de reconnaître précocement l'enfant gravement malade.
  - dans un deuxième temps, sont développées des aptitudes techniques par manipulation de matériel (massage cardiaque, ventilation au ballon auto-gonflable, pose de trocart intra osseux).
  - enfin l'après midi est consacré à la simulation sur mannequin autour de scénarios variés (arrêt cardiorespiratoire, choc infectieux ou hypovolémique, traumatisme crânien grave...).
- Les conditions sont d'autant plus réelles que les scénarios se déroulent dans la salle de déchoquage du service avec utilisation du matériel habituel. Les deux mannequins (un nourrisson et un enfant) sont dits « basse fidélité » ; certains gestes sont permis comme la pose de trocart intra-osseux ou l'intubation, mais ils ne disposent pas de fonction interactive. La situation clinique de départ est expliquée aux participants et les évolutions du scénario sont dictées en fonction des actions réalisées.

Ces scénarios mettent également l'accent sur le développement des relations humaines (travail en équipes, contact avec l'enfant, place de la famille dans les soins). Chaque scénario bénéficie d'un débriefing à l'issue avec les participants, les formateurs et les observateurs.

Les dix sessions annuelles permettent de former tous les internes au cours de leur semestre, les IPDE\*, les IDE et les AP des urgences pédiatriques et des soins continus pédiatriques. Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Estuaire de la Seine, nous accueillons également des paramédicaux des urgences des hôpitaux de Pont-Audemer et Lillebonne et de pédiatrie de l'hôpital de Fécamp.

Au delà des apports bénéfiques de la simulation, les échanges lors de ces séances permettent également d'améliorer l'environnement de la salle de déchoquage et les outils de travail (affichage des protocoles, réalisation d'un livret thérapeutique des urgences en pédiatrie).

D'autre part, ces journées sont enrichies par le partage d'expériences et les retours sur des situations vécues difficiles ou inhabituelles.

Cette formation, validée par la formation permanente, fait l'objet d'une bonne évaluation de la part des agents formés ; le projet serait de la développer dans les services d'hospitalisation de pédiatrie.

**Dr Stéphanie GUYET JOB, Praticien Hospitalier - Urgences pédiatriques**  
**Delphine BOIVENT, Cadre de santé**  
**Carole LEVESQUE IPDE**

\* IPDE : Infirmières Puéricultrices Diplômées d'Etat

« La simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient dit « standardisé » pour reproduire des situations ou des environnements, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et pour permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ».  
[http://www.has-sante.fr/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)

# Périnatalité, penser un, deux, trois...

PAR LE PROFESSEUR GISÈLE APTER, PÉDOPSYCHIATRE

Sa spécialité clinique et scientifique est le développement émotionnel du nouveau-né et du très jeune enfant et les troubles graves des interactions précoces parents-enfants.



Le Pr Gisèle Apter, pédopsychiatre, dans son bureau à l'hôpital J. Monod avec le Dr Pascal Le Roux, Chef du Pôle Pédiatrie et du Pôle Gynécologie-Obstétrique.

La psychiatrie périnatale relie deux spécialités médicales : la psychiatrie et la médecine périnatale. Cette dernière a pour objet le soin de la grossesse (mère et futur enfant), du nouveau-né et par extension du nourrisson jusqu'à l'âge d'un an environ<sup>1</sup>. La psychiatrie périnatale serait alors celle de la femme enceinte, du fœtus ou de l'enfant à naître, du nouveau-né et du nourrisson. D'emblée, le caractère spécifique du champ du périnatal tient à la présence de plusieurs personnages. Certes, la psychiatrie de l'enfant s'est développée avec une préoccupation de plus en plus grande pour les parents des petits patients, pour les soutenir comme pour souligner l'importance de la circularité des liens entre les parents et leurs enfants. Mais ici, la (future) mère et le bébé sont tous deux patients à part entière ; il ne s'agit pas seulement de tenir compte des parents, mais de chacun des protagonistes. Les interactions sont l'objet d'un examen et d'une analyse intégrés dans la compréhension psychopathologique de chacun.

Nous sommes d'emblée face à l'existence de cette multiplicité de patients potentiels : le bébé, la mère, la femme enceinte, le fœtus, la future mère. Bien que la psychiatrie périnatale concerne tous ces personnages à la fois, elle va devoir aborder dans des conditions différentes, en fonction du moment où elle intervient, les situations pathologiques qu'elle est censée prendre en charge et traiter. La psychiatrie périnatale aux confins de la psychopathologie du bébé et de celle de la maternité, présente la particularité de s'adresser moins à un patient pour une pathologie qu'à une période spécifique de la vie, de la conception au postnatal. La li-

mite du postnatal reste floue dans la littérature. Elle correspond, en tous les cas, à une période qui se prolonge jusque vers huit ou neuf mois, où se met en place l'intersubjectivité secondaire, période qui correspond à plusieurs caractéristiques selon le champ théorique dans lequel on se situe : la capacité de l'enfant à percevoir les états mentaux d'autrui selon la théorie de l'esprit, l'angoisse de l'étranger, second organisateur du développement psychique de Spitz ou à la mise en place des objets opérants internes de la théorie de l'attachement. La mise en évidence du type d'attachement se fera au moment de la marche entre 12 et 14 mois sur la façon dont le tout-petit élabore (ou pas) une stratégie pour faire face à une séparation inopinée d'avec son objet d'attachement principal, en général la mère.

Du fait même de la définition de cette période, (la grossesse et la première partie de la vie de l'enfant incluant la mise en place de la parentalité qui l'accompagne), la psychiatrie périnatale s'intéresse tant à la (future) mère qu'au bébé et aux interactions qui s'établissent entre eux. Celles-ci impactent à leur tour chacun des deux partenaires qui en sont les acteurs inégaux.

En pratique clinique, cette définition renvoie donc à la question de la nature du patient et de son intérêt, au sens noble du terme. A qui et pour qui le médecin va-t-il dispenser ses soins, en vue de soulager les souffrances du ou desquels, en veillant à la protection de qui ? Comment soutenir la notion même d'individualité de ces deux patients dans la relation de dépendance et d'obligation mutuelle dans laquelle ils se trouvent ?

Si la plupart du temps le psychiatre s'adresse à l'adulte, la notion de l'intérêt du (futur) enfant reste présente. Du fait de son incompétence réelle et de sa dépendance extrême, il s'avère donc essentiel de préserver tant les capacités propres du patient en tant qu'individu, que celles du futur parent dont le bébé dépend. Cette difficulté se retrouvera en filigrane de la psychiatrie du bébé voire en pédiatrie, mais s'estompe au fur et à mesure du développement de l'enfant, alors que ses besoins propres, indépendamment de ses parents sont de mieux en mieux définis, y compris en termes culturels et sociaux.

Aujourd'hui nous nous attelons à répondre aux besoins du tout-petit au-delà des fonctions vitales, la régulation émotionnelle et affective du nourrisson doivent être pris en compte par ses parents et son environnement immédiat, du fait de son incapacité à intervenir directement lui-même. Les aptitudes parentales nécessitent donc d'être préservées dans l'intérêt du (futur) bébé mais aussi le plus souvent aujourd'hui parce que c'est précisément le souhait des (futurs) parents... et le notre !

<sup>1</sup>Pour une définition, voir le site de la société de médecine périnatale : [www.sfmp.net](http://www.sfmp.net)