

Janvier | 2019

# CONVERGENCES médicales

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



© AIA-Guillaume Satre PFME Le Havre

## Sommaire

### Le Mot de ....

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

### Obstétrique (page 2)

Les grossesses à hauts risques

### Chirurgie digestive (page 3)

La Récupération Améliorée après Chirurgie (RAC) en chirurgie colorectale.

### Pédopsychiatrie (page 4)

La Maison de l'Adolescent fête ses 20 ans !

## Le MOT de....

Chers amis,

Ce nouveau numéro de « Convergences Médicales » vous donne des nouvelles du Groupe Hospitalier du Havre, un des établissements hospitaliers non CHU les plus importants de France (même si, pour mémoire, il s'universitarise avec actuellement deux universitaires). A ce titre, comme les CHU, le GHH possède un très large panel d'activités cliniques couvrant presque toutes les spécialités : c'est ainsi que vous trouverez dans ce numéro des informations sur sa maternité, sur la psychiatrie d'adolescents et sur son service de chirurgie digestive.

Cette pluralité d'activités est notre richesse, il nous faut l'entretenir à l'heure où la démographie médicale, en particulier dans le service public, est complexe et rend difficile le maintien de l'ensemble des spécialités, dont rares sont celles qui ne sont pas touchées par ces questions.

Alors qu'on nous annonce un nouveau projet de loi santé début 2019...prémices de « ma santé 2022 »... souhaitons pour cette nouvelle année que l'hôpital puisse résister aux courants contraires, aux vagues de scepticisme et s'engager vaillamment dans les nombreux défis qui l'attendent encore.

Meilleurs vœux à tous.

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

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 [201811.0429]

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



GRUPE  
HOSPITALIER  
DU HAVRE

# Les grossesses à hauts risques

PAR LE DR FLORIAN DELAUNAY,  
CHEF DE SERVICE DE LA MATERNITÉ

Notre Maternité est classée 23<sup>ème</sup> nationale dans le dernier classement du magazine « Le Point » concernant la prise en charge des accouchements à risque. Les équipes obstétricales (gynécologues-obstétriciens et sages femmes), pédiatriques et paramédicales présentes 24h/24 et 7j/7j visent à garantir aux patientes, leur conjoint et leur enfant une offre de soins complète allant de la prévention, en passant par le dépistage, le suivi, l'accouchement et les suites de naissance.

En 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) a diffusé les recommandations<sup>1</sup> quant à la prise en charge des grossesses sur le territoire afin d'optimiser la mise en sécurité du couple mère-fœtus.

L'objectif est avant tout :

- anténatal, par la prise en charge de pathologies maternelles complexifiant cette grossesse et augmentant les risques de décompensation durant celle-ci.
- per partum, par la prise en charge des pathologies liées à l'accouchement ou les pathologies fœtales.
- post-natal, en cas de prématurité par exemple.



Version par Manœuvre Externe

<sup>1</sup> Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Recommandations Professionnelles de l'HAAS. Remise à Jour Mai 2016.  
<sup>2</sup> Classement des établissements pour les Accouchements à Risques. Le Point. N°2399. Aout 2018.150-151



Le Dr Delaunay réalisant une échographie

Toute la difficulté reste l'identification des situations à risque chez la mère et le fœtus afin d'orienter la patiente dans une maternité pouvant prendre en charge de manière optimale ce couple en toute sécurité.

La Maternité du Havre, Maternité de Niveau 3 (présence d'une réanimation néonatale et proximité du plateau technique adulte), prend en charge les grossesses dites à « bas risques » et celles à « hauts risques ». A noter que le terme de « bas risque » tend à banaliser la grossesse et surtout l'accouchement. En effet, une situation jusque là « à bas risque » peut à tout moment devenir à « hauts risques », pour la mère et/ou l'enfant à naître, et mobiliser toute une équipe rapidement.

Ainsi, les différents critères retenus par le magazine « Le Point<sup>2</sup> » regroupent des critères à la fois médicaux, sanitaires et sécuritaires autour de la naissance. Toute la difficulté de la prise en charge reste l'identification des patientes et/ou des fœtus nécessitant une prise en charge particulière. A côté de l'aspect médical, il ne faut pas oublier le dépistage de la vulnérabilité sociale, économique et psychologique que présente parfois ces patientes grevant parfois la sécurité de celles-ci et de leur fœtus ...

C'est à cet effet que notre maternité offre pour les patientes une prise en charge complète, pluri-professionnelle du début de leur grossesse jusqu'à leur sortie de maternité.

Elle draine un vaste territoire englobant les maternités environnantes jusqu'à Fécamp, Lillebonne, Pont-Audemer et Criquebeuf.

## Quelques Chiffres 2017 :

**3028 accouchements et 3090 naissances dont 80 % par voie naturelle, 16 % d'épisiotomies + de 14 000 passages aux Urgences Obstétricales**

## SERVICE DES GROSSESSES PATHOLOGIQUES :

Chef de Service : Dr Florian DELAUNAY

Dr Alain TALBOT, Dr Elisabeth GROSSETTI, Dr Elisabeth HURET, Dr Stéphanie POTEI (Diagnostic anté-natal).

Consultations : 02.32.73.33.15

# La Récupération Améliorée après Chirurgie (RAC) en chirurgie colorectale

PAR LE DR BERTRAND MORIN, CHIRURGIEN DIGESTIF ET VISCÉRAL, CHEF DE SERVICE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE.

Imaginé à la fin des années 1990 par un chirurgien danois, le Pr. Henrik Kehlet, la Récupération Améliorée après Chirurgie (RAC) est une révolution qui impacte les services de chirurgie. Son principe est de réexaminer, à la lumière des dernières connaissances scientifiques, les dogmes en vigueur depuis des décennies avant, pendant et après les interventions. Ce protocole est déjà largement diffusé dans les pays nordiques, au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis, mais il reste encore assez confidentiel en France.

Depuis le début de l'année 2018, le service de chirurgie digestive s'est engagé dans cette démarche\* pour ce qui concerne la chirurgie colorectale.

L'acte chirurgical en lui-même reste le même, mais toute l'organisation autour se trouve bouleversée avec pour objectif de permettre aux patients de se remettre plus rapidement, y compris après des interventions lourdes. La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri professionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.

Les points clés en sont :

- ➔ Informer le patient et le former à la démarche,
- ➔ Anticiper l'organisation des soins et la sortie du patient,
- ➔ Réduire les conséquences du stress chirurgical,
- ➔ Contrôler la douleur dans toutes les situations,
- ➔ Favoriser et stimuler l'autonomie des patients.

Pour tous les patients (y compris les plus fragiles) le bénéfice est certain : les complications postopératoires (infections, phlébites, embolies...) diminuent nettement. Les inconforts liés à l'intervention (nausées, douleur...) deviennent moins fréquents et la récupération est plus rapide, comme le prouve la baisse des durées de séjour. La RAC est certainement la plus grande innovation en chirurgie de ces dernières années.

Le programme commence avant l'intervention. Le malade va se préparer à l'opération. Cela consiste à optimiser son alimentation avec des compléments alimentaires hypercaloriques afin de stimuler son système immunitaire ; à lui faire pratiquer une activité physique pour diminuer l'anxiété avant l'intervention et limiter la perte des capacités musculaires et respiratoires après. Il ne faut pas non plus négliger la préparation mentale qui aura un effet bénéfique sur les douleurs postopératoires et il faut faciliter l'arrêt du tabac.

Ensuite, le jeûne strict a été abandonné. Désormais, le patient peut donc manger jusqu'à six heures avant le passage au bloc. Il peut boire deux heures avant une boisson sucrée, spécialement conçue pour éviter hypoglycémie et résistance à l'insuline,



Pascale Fontaine et Laura Rouault, infirmières, en consultation préopératoire avec une patiente.

facteurs de risque d'infection. Cela permet aussi de moins perfuser le malade, puisqu'il sera mieux hydraté.

Après l'intervention tout est fait pour limiter les agressions (drains, sondes...), à la fois pour réduire les risques d'infections mais aussi pour que le malade se lève le plus vite possible. C'est essentiel pour préserver la masse musculaire, améliorer le sommeil et accélérer la reprise du transit intestinal. Cela va stimuler l'appétit et la soif et éviter nausées et vomissements. Boire et manger rapidement après l'opération est d'ailleurs recommandé rapidement. Le rôle de l'équipe d'anesthésie est importante car pour se ré-autonomiser promptement le patient doit être réveillé rapidement et être correctement soulagé.

Pour les patients du GHH pris en charge en chirurgie colorectale, une organisation spécifique des soins centrée autour du patient - qui joue un rôle actif dans la démarche - a été élaborée par tous les personnels soignants : chirurgiens, anesthésistes, IDE, personnels du bloc opératoire, diététicienne ... L'information préopératoire du patient et son adhésion étant un point « clé » de la prise en charge, une consultation préopératoire infirmière a été créée.

Cette nouvelle approche de prise en charge très innovante est une avancée majeure pour les patients et a également un effet très stimulant et fédérateur pour toute l'équipe de soins. La RAC est certainement la plus grande avancée en chirurgie ces dernières années.

\* Cette démarche a été accompagnée par le laboratoire MSD Parcours de santé. Le groupe Pilote souhaite remercier Mme Avril-Nestor et Mr Le Corre pour toute l'aide qu'ils ont apportée.



Le groupe de travail ayant mis en place le protocole RAC pour la chirurgie colorectale.

# La Maison de l'Adolescent fête ses 20 ans !

PAR LE DR ALAIN FUSEAU, PÉDOPSYCHIATRE -  
RESPONSABLE DE LA FÉDÉRATION ADOLESCENTE DE PÉDOPSYCHIATRIE

TROIS  
TEMPS FORTS  
DE LA MAISON  
DE  
L'ADOLESCENT



Visite de Bernardette CHIRAC à l'ouverture de la Maison de l'Adolescent en 1999



Visite de la MdA en 2003 par Anne-Aymone GISCARD-D'ESTAING et Corinne PERBEN, épouse du Ministre de la justice de l'époque au centre de la photo



Venue d'Estelle LEFEBURE dans le cadre de la promotion de l'opération Pièces Jaunes en 2010.

**Elle fêtera cet anniversaire particulier durant la semaine du 11 au 15 mars 2019 dans les grands salons de l'Hôtel de ville et au cours d'un colloque qui aura lieu à la Forge d'Harfleur. Il s'agit de ne pas oublier qu'elle fût la première en France... et que depuis cette date, les dispositifs similaires ont « fleuri » à travers le pays (110 environ actuellement).**

La MdA accueille actuellement près de 2000 adolescents par an. Sa caractéristique, comme toutes les MdA, est d'offrir aux adolescents en souffrance psychique un espace d'accueil et d'écoute libre, facile d'accès, avec ou sans rendez-vous.

Cet espace s'articule au Havre avec un dispositif de soins psychiques et somatiques diversifiés : consultations (psychiatriques, pédiatriques, nutrition, gynécologie, psychologique...), groupes thérapeutiques (une dizaine par semaine), un accueil spécifique pour les parents (ouvert en 2005, actuellement à l'hôpital Flaubert), une permanence de la planification familiale, une consultation juridique (convention avec le barreau du Havre), une équipe d'appui aux cas complexes pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

La MdA du Havre a en outre ouvert deux antennes, l'une à Fécamp en 2014 ; l'autre à Port-Jerôme-sur-Seine en 2015.

La MdA a été pensée dès l'ouverture selon un modèle original, très largement repris : celui d'une première ligne d'accueil assurée par des professionnels non-médicaux (infirmiers et éducateurs en l'occurrence au Havre). L'idée est de permettre un accueil rapide et souple, une évaluation du besoin de soins en trois rendez-vous environ.

C'est au décours de cette évaluation que les situations cliniques sont reprises en équipe pluridisciplinaire pour proposer, lorsque cela est nécessaire, une prise en charge spécifique à la MdA ou auprès de nos partenaires, en s'ajustant au mieux aux besoins des adolescents.

Reconnues par une circulaire de 2005 puis rénovées en 2016 à travers le plan « bien-être et santé des jeunes<sup>1</sup> » et une circulaire du Premier Ministre, les MdA sont désormais définitivement installées dans le paysage de soin des adolescents français. Elles sont positionnées comme « tête de réseau » et à ce titre, ont pour mission de coordonner les parcours de soins des adolescents.

Elles reçoivent donc sans distinction des jeunes présentant des expressions et des intensités de souffrance variées. Désireux de ne pas positionner les adolescents comme objet de stigmatisation du fait de leur état psychique, l'accueil libre qui leur est ainsi offert permet à ces jeunes de se présenter à la MdA quelque soient les modalités d'expression de leur mal-être.

Viennent à la MdA des adolescents en difficulté dans leurs relations familiales ou sociales, en rupture avec le monde scolaire, mais aussi des adolescents présentant des pathologies psychiatriques émergentes qui requièrent des soins très spécifiques. Le dispositif à leur service se doit donc d'être large et réactif. Les liens avec l'hôpital (Unité Équinoxe d'hospitalisation pour adolescents en souffrance psychique, service de pédiatrie pour adolescents, service universitaire de pédopsychiatrie, services de psychiatrie adultes) sont donc essentiels et indispensables, même si la MdA se situe volontairement en dehors de celui-ci et du modèle hospitalier en général. Son articulation avec les multiples partenaires du réseau adolescent constitue aussi une de ses grandes forces : établissements de l'Aide Sociale à l'Enfance, structures scolaires ordinaires ou adaptées, services d'accompagnement, dispositifs spécifiques tel le CSAPA<sup>2</sup> Nautilia (qui assure désormais une permanence au sein de nos locaux), services de justice, etc.

Enfin, des actions de prévention ou de formation sont ponctuellement menées en collaboration avec les partenaires.

Une trentaine de professionnels travaillent aujourd'hui à la MdA du Havre.

<sup>1</sup> Plan bien-être et santé des jeunes/ Pr MR Moro et LJ Brison, 2016,

<sup>2</sup> CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie