



Coordination : Service communication Aurar et Agence Yuman®

Conception-réalisation graphique : Agence Yuman®

Rédaction : Olivier Pioch, Romain Latournerie, Vincent Boyer et Marine Loreau

Direction artistique : Rémy Ravon

Photos : Aurar, collections personnelles, archives.

Achevé d'imprimer en novembre 2025

1980 2025
45 ans AURAR

Le 1er octobre 1980, l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA) et le Commissariat à l'Energie Atomique (CEA) créent l'Institut National de la Recherche Agronomique et du Développement des Aliments (INRA-CEA). L'objectif est de développer la recherche en nutrition humaine et animale et d'assurer la sécurité alimentaire. L'INRA-CEA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA) en 1985. En 1990, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA) et en 1995, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2000, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2005, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2010, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2015, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2020, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2025, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA).

Le 1er octobre 1980, l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA) et le Commissariat à l'Energie Atomique (CEA) créent l'Institut National de la Recherche Agronomique et du Développement des Aliments (INRA-CEA). L'objectif est de développer la recherche en nutrition humaine et animale et d'assurer la sécurité alimentaire. L'INRA-CEA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA) en 1985. En 1990, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA) et en 1995, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2000, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2005, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2010, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2015, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2020, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA). Le 1er octobre 2025, l'INRA-ENVA devient l'Institut National de la Recherche Agronomique et de la Nutrition et de l'Alimentation (INRA-ENVA).

Dr Gérard Salomone // président de l'Aurar

« L'Aurar a 45 ans et l'idée de départ était simple et forte, permettre aux patients démunis d'accéder aux soins. »



Mon parcours à l'Aurar a débuté en même temps que celui de Madame Marie-Rose Won Fah Hin, lorsque j'ai intégré le Conseil d'administration au moment où elle prenait la direction de l'association. J'y ai exercé pendant une vingtaine d'années comme vice-président avant d'assumer, depuis maintenant quatre ans, la fonction de président. C'est une responsabilité que j'exerce avec fierté et humilité, en pensant aux pionniers qui ont façonné cette aventure.

Il faut rappeler que l'Aurar est née à l'initiative des néphrologues dans une logique d'économie sociale et solidaire. L'idée était simple et forte : permettre aux patients démunis d'accéder aux soins. À l'époque, le secteur privé ne s'y intéressait pas, et l'hôpital n'avait pas les moyens d'absorber toute la demande. L'association est donc venue combler les carences du système public et des structures privées. C'est cet ADN qui nous guide encore aujourd'hui.

Les avantages du statut associatif sont évidents. D'abord, la réactivité : les décisions se prennent en Conseil d'administration, rapidement et sans lourdeur excessive. Ensuite, l'absence d'actionnaires : les bénéfices ne partent pas dans la distribution de dividendes, ils sont réinvestis directement dans l'outil de travail. C'est ce qui nous permet de maintenir des centres de dialyse modernes, confortables et accueillants, avec un haut niveau de service : repas à midi, télévision, infirmiers disponibles... La com-

paraison avec la métropole est souvent frappante, nos patients bénéficient ici de conditions incomparablement meilleures.

La progression de l'Aurar au fil des années est phénoménale. Nous avons démarré avec une trésorerie annuelle de cinq millions d'euros ; aujourd'hui, nous gérons un budget dix fois supérieur. Nous comptons treize centres, dont deux adossés à des hôpitaux publics qui reposent totalement sur notre expertise. Nous nous sommes aussi diversifiés : de la dialyse à la prévention avec la clinique Oméga, en passant par la Karavan ODHIR, devenue un véritable porte-drapeau. Nous avons fondé un centre de recherche, Philancia, et un centre de formation, Adénium. L'Aurar est une structure agile, innovante, qui a su se réinventer. Bien sûr, ce dynamisme suscite parfois des jalouxies. La campagne médiatique menée contre nous à partir de 2017 en a été l'illustration. Durant deux ans, un journal local nous a accusés des pires maux, des plus viles pratiques. Les enquêtes et contrôles ont permis de lever tous les doutes sur notre probité. Nous avons toujours été exemplaires. Et nous jouons parfaitement le jeu du système de santé en adressant nos patients, autant que possible, à l'hôpital pour une greffe rénale.

L'avenir, cependant, pose de nouveaux défis. L'Etat est en difficulté financière, la Sécurité sociale doit faire face à des contraintes budgétaires majeures. Il n'est pas certain que nos activités puissent être financées demain dans les mêmes conditions

qu'hier. Nous devons donc inventer d'autres modèles, trouver des économies et des ressources nouvelles. Cela peut passer par des solutions concrètes et pragmatiques : une société interne de blanchisserie qui nous permet déjà d'économiser des centaines de milliers d'euros par an, la transition de notre flotte automobile vers l'électrique et l'installation de panneaux photovoltaïques pour l'alimenter.

Préserver l'esprit des pionniers tout en préparant l'avenir : voilà notre mission. Comme nos prédécesseurs l'ont fait dans les années 1980 et 1990, nous devons aujourd'hui relever un nouveau défi collectif.

L'Aurar a su traverser les crises grâce à l'originalité de son statut associatif, à la vision et à la détermination de sa directrice, à son agilité et à sa réactivité. Ce sont ces mêmes qualités qu'il nous faudra mobiliser demain. Un hôpital public, faute de moyens, ferme des lits. Une clinique privée, sous pression, peut voir ses actionnaires se retirer. Une association, en revanche, invente, innove, trouve des alternatives. C'est cette singularité qui a fait notre force hier et qui continuera de nous porter dans les années à venir.

Marie-Rose Won Fah Hin // directrice générale de l'Aurar

« Bâtir l'avenir avec confiance. »



Quatre décennies, la mi-temps d'une vie, méritent bien un arrêt sur images, une série de témoignages, pour raconter l'Aurar d'hier et se projeter vers demain. Cet ouvrage retrace l'évolution de l'association à travers les regards, les souvenirs croisés, de celles et ceux qui l'ont vue grandir.

Dans le sillon des pionniers de la néphrologie, au début des années 80, tout a commencé par des soins de proximité sur la base de la circulaire du ministre des Affaires Sociales, Pierre Bérégovoy, qui a impulsé la création d'associations dans toutes les régions de France comme substitut du domicile.

C'est ainsi que nous avons assisté à la naissance de la grande famille des Aura : à Paris, Lyon, Strasbourg, Bordeaux, et à La Réunion. Peu de moyens mais déjà des liens très forts entre les médecins et les patients qui étaient acteurs de leur structure. Une décennie plus tard, grâce à la loi hospitalière de juillet 1991, l'Aurar est devenue ipso facto établissement de santé.

A la fin du XX^{ème} siècle, l'association a changé de dimension pour entrer dans la cour des grands, celle des établissements de santé, au-delà du statut associatif. Une étape déterminante pour comprendre ce qu'est devenue l'Aurar aujourd'hui. Cette mutation a conduit à la mise aux normes des infrastructures, à la professionnalisation des équipes pour répondre aux exigences de qualité illustrées par la première accréditation de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les années 2000 marquent le début d'une ascension et l'amorce d'une assise financière grâce à la confiance des autorités sanitaires, des partenaires, des fournisseurs d'équipements, etc. Tout un écosystème qui a permis de jeter les bases d'un établissement solide et incontournable dans la prise en charge de la maladie rénale. De quoi tourner définitivement la page de la précarité pour assurer la pérennité des emplois et des soins.

Pionniers, nous l'avons été aussi en 2007, lors de la création de la Clinique Oméga, avec la volonté de prévenir les facteurs de risques liés à la dégradation de la fonction rénale. Cet établissement du Port est devenu leader dans son champ d'expertise des maladies nutritionnelles (diabète, obésité, dénutrition). Des dizaines de milliers de patients y ont été accueillis dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un accompagnement individualisé. Oméga, mais aussi Philancia, en 2011, notre fonds de dotation pour soutenir les projets de recherche et les projets de vie des patients ; puis Adenium, en 2015, une structure dédiée à la formation aux métiers de la santé, labellisée Qualiopi. Cette organisation nous amène aujourd'hui à reconnaître la naissance d'un groupe associatif, moderne, solide, réputé, qui s'est bâti sur des paliers de croissance pour une prise en compte globale des maladies métaboliques, au-delà du traitement de l'insuffisance rénale.

L'Aurar, désormais, ce sont plus de 300 collaborateurs - médecins, infirmiers, aides-soignants, secrétaires médicales, dié-

téticiennes, EAPA, psychologue, assistance sociale, etc. - des services supports, un panel de professionnels et de métiers au service de la qualité de vie des patients. Les usagers, notre boussole, notre fierté, et notre ambition. Quel que soit le contexte, et les contraintes, nous ferons toujours de notre mieux pour servir les patients et rester à leur écoute.

ANNÉES 80'

- Le temps des pionniers -

Les patients, formés avec leurs proches,
s'approprient leur soin dans leur maison.

Les moyens sont réduits, les conditions
souvent précaires, les machines rudimentaires,
mais la volonté est là.



Le temps des pionniers

Au début des années 1980, La Réunion découvre à peine l'hémodialyse. Pour les patients souffrant d'insuffisance rénale, le seul accès aux soins consiste encore à s'exiler en métropole, loin de leur famille et dans un isolement considérable. Le premier centre de dialyse, créé par le docteur Robert Genin en 1978 au CHD de Saint-Denis, comporte huit postes et est rapidement saturé. C'est dans ce contexte que naît, en 1980, l'Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à La Réunion (Aurar). Sa mission : rapprocher le soin des patients et désengorger les hôpitaux. Mais les moyens sont réduits et les débuts fragiles.

« L'association existait sur un bout de papier depuis le tout début des années 1980, mais le premier bureau date de 1986. Il était installé à l'hôpital Gabriel Martin. Les premiers centres ont été créés à Saint-Joseph, avec quatre patients, et dans un bâtiment de la darse du Port, avec trois patients », explique Éric Thiaw Toc, responsable des achats, entré à l'époque par le biais de l'ANPE.

« J'étais de retour à La Réunion après un passage par l'armée, je ne connaissais rien aux activités de l'Aurar. On m'a expliqué qu'on faisait de la dialyse et on m'a recruté sur la foi de ma bonne volonté et de mes résultats aux tests psychotechniques ».

Historiquement, « le premier malade a été installé à domicile en 1983 », rappelle le Dr Michel Fen Chong, arrivé de Toulouse en 1981 pour travailler avec le Dr Genin. Ces premières expériences de dialyse à domicile, à Domenjod, Cilaos, Bagatelle ou Bois d'Olive, néces-

sitent l'intervention d'un membre de la famille ou d'une infirmière libérale, formés pour le branchement et le suivi. Les débuts sont balbutiants mais ouvrent un horizon inédit. Les patients, formés avec leurs proches, s'approprient leur soin dans leur maison. Les moyens sont réduits, les conditions souvent précaires, les machines rudimentaires, mais la volonté est là.

« Je transportais des bidons de dialysat dans les ravines, à dos d'homme, se souvient Éric Thiaw Toc. Je me baladais à moto, avec ma sacoche et ma perceuse. Menuiserie, plomberie, carrelage, électricité... J'étais l'homme à tout faire ! Tout était artisanal. Chaque installation demandait de l'ingéniosité et de la patience ».

Très vite, un cadre réglementaire vient soutenir ces efforts. La circulaire Bérégovoy de 1984 autorise la création des Unités d'Autodialyse (UAD). L'Aurar s'engouffre dans cette brèche. À Saint-Joseph, Saint-Paul, au Port puis à Saint-Louis, de petites structures voient le jour. Chaque nouvelle implantation traduit l'ingéniosité des équipes face à des moyens limités et à l'urgence des besoins.

Les débuts sont modestes : deux techniciens, quelques infirmières libérales, une poignée de médecins non-salariés et un matériel rudimentaire fourni par les hôpitaux. Les premières machines, souvent vieillissantes, ne disposent pas de systèmes modernes de traitement de l'eau. À Saint-Paul, l'association installe ses premières unités dans un simple local adossé à son bureau, et plus tard dans des locaux provisoires loués ou mis à disposition par des mairies. Pour-

tant, ces petites unités d'autodialyse répondent à un besoin vital : permettre aux patients de recevoir leurs soins près de leur domicile, sans longs trajets ni hospitalisations prolongées.

« Les premières unités permettaient de désengorger les hôpitaux et de rapprocher le soin des patients, c'était essentiel pour l'île. De plus, elles fonctionnaient comme de véritables lieux de vie collective, où l'entraide et la solidarité dominaient », souligne encore Michel Fen Chong.

L'ouverture des UAD suit un modèle pragmatique et inventif : des cases en bois sous tôle, des locaux désaffectés d'hôpitaux ou des villas mises à disposition par les mairies. Chaque nouvelle implantation répond à un équilibre subtil entre besoins des patients et moyens financiers de l'association. Les subventions de la Sécurité sociale, les prêts sans intérêt, les dons de mairies ou d'associations locales, permettent de financer les équipements et le matériel. « Plus on avait de patients, plus l'Aurar recevait de financement, et plus nous pouvions ouvrir de centres », schématise Éric Thiaw Toc.

Le quotidien des pionniers mêle rigueur médicale et débrouille artisanale. M. Thiaw Toc se souvient des nuits passées à traiter les déchets médicaux, des livraisons à domicile pour les patients, des commandes épluchées jusque tard dans la nuit avec la pharmacienne en chef de la clinique Sainte-Clotilde, et de l'apprentissage sur le tas de la gestion des achats et des équipements.

Chaque réussite, chaque patient dialysé, chaque machine qui fonctionnait, représentait une victoire sur l'adversité.

Les années 1980 révèlent ainsi l'esprit des pionniers : polyvalence, solidarité, ténacité et ingéniosité, dans un contexte de moyens limités mais d'enthousiasme absolu. À la fin de la décennie, l'Aurar a ouvert plusieurs petites UAD, structuré ses équipes et posé les bases d'une institution durable, fidèle à sa mission originelle : rapprocher le soin des patients et désengorger les hôpitaux. Dans ces petites unités improvisées mais chaleureuses, dans ces bureaux sans confort mais remplis de volonté et de passion, naît l'institution qui allait devenir un acteur incontournable de la néphrologie à La Réunion. C'est le temps des pionniers, et ce temps-là, avec ses hommes et ses femmes, a façonné l'identité et la culture de l'Aurar.

'insuffisance rénale centres d'autodialyse

cas d'insuffisance rénale sont deux fois et demie plus nombreux à La Réunion métropole. Sur les quelque 320 malades dialysés dans le département, une partie sont dans le cadre de l'AURAR.

centres de dialyse hospitaliers où plusieurs malades sont traités sur un même appareil.

Faible prix de journée

« L'avantage est le prix de la formule qui est de contre près de 2.000 francs. A noter cependant qu'il n'y a concurrence » avec le centre hospitalier, bien au contraire puisque l'action de l'AURAR va dans le sens d'un traitement plus efficace du patient. « Nous travaillons en collaboration avec les services hospitaliers », précise le docteur Chuet. « Ne sautent en tête autrement. Tous les malades sont suivis par les néphrologues des divers hôpitaux et à tout moment, au cas où un problème surviendrait, ils sont susceptibles d'être dirigés sur leur centre d'origine. »

« Sans l'AURAR », explique l'un des directeurs de centre hospitalier, membre du conseil d'administration de l'association, « nous serions contraints d'envoyer de nombreux malades en métropole. Les centres de dialyse sont souvent saturés dans le département. Les cadences de traitement sont très élevées et nous sommes parfois obligés de « tourner ». Pou



Le conseil d'administration de l'AURAR : à droite, le docteur Christian Chuet.

journées de traitement. Son ambition est d'atteindre le chiffre d'une centaine de patients traités à l'horizon 90, soit dix années après sa création.

Etre responsable

« Ce que nous essayons de faire, ce que nous faisons de

maladie, celle où les gens se prennent en compte et sont associés totalement au déroulement de leur traitement, en particulier en matière de décision. Le problème, conclut Christian Chuet, « c'est que nous semblons gérer le mal de gens qui n'acceptent pas sans mal que l'on puisse faire réaliser des économies à la Sécurité sociale... »

la transplantation d'organes entre vrais et seuls possibles. Pourtant, en 1952 déjà, l'hôpital Necker pratiquait la greffe d'un rein à son fils qui surviva trois semaines et l'opération. On avait alors remarqué sous immunologique de défense chez l'enfant en marche, provoquant le rejet du rein étranger... malgré la filiation. C'est dans d'autres opérations, le professeur Jean le 12 février 1962 une greffe entre deux qui constitue le premier sujet vers des transplantations d'organes à des appartenances. Seulement, si tout (ou presque) est possible, les équipes médicales n'ont pas pu faire. C'est pour cette raison qu'une loi a été votée le 22 décembre. C'est la loi Caillavet...

Il faut occasionner, les préliminaires visés aux articles précédents ne peuvent donner lieu à aucune contrepartie pécuniaire. Une loi qui semble donc permettre un « approvisionnement » en organes sans vraiment trop de limites. Seulement, si ce fut le cas au début, la suite des événements devait démontrer que tout n'avait pas été complètement prévu. La loi Caillavet permet donc à quiconque de s'opposer à un déroulement d'organes sur son cadavre en le s'inscrivant sur un registre ouvert à tous et placé à l'entrée de tous les hôpitaux et les cliniques de France. De plus, toute déclaration effectuée sur une carte blanche, majeure et mineure, se sent à la même résultat. Par contre, toute équipe médicale atteignant un organe pour le greffer sur un patient peut prélever un organe sur un patient également mort si rien d'autre n'est proposé et y oppose. Entre les deux, il est arrivé qu'un patient ayant un refus d'un tel

prélevement et que l'on retrouve quelques jours plus tard, embaumé par le défunt.

Quand

on

l'entend, on arrête

de

parler

de

greffe

et

on

arrête

de

parler

de

greffe

comme de la validité du dialogue des patients ».

En effet, il est important de savoir qu'un rein par exemple ne peut être greffé que dans un délai maximum de 48 heures. Il faut alors aller très vite lorsque l'occasion se présente. Si un accident de la route est aménagé dans un service de réanimation et qu'il est reconnu comme étant alors à mort cérébral, il est alors possible de procéder à un prélevement. Seulement cela fait oblige à l'équipe de débrancher l'appareil d'assistance respiratoire. Or la famille est toujours présente si, comme l'explique le néphrologue de Saint-Denis, « C'est tout à fait impossible d'assister à une reprise du malade dès l'instant où le cœur a cessé d'être irrigué durant cinq minutes et plus ».

Si la chaîne médicale fonctionne, un prélevement d'organes sur un accidenté de la route dans les meilleurs délais est tout à fait possible.

La Société en 1988, 75% des Français seraient favorables à un prélevement d'organes mais, dans le même temps, 73% s'estiment mal ou très peu informés sur les dons et les meilleures d'organes. Enfin, si 73% d'entre eux sont tout à fait d'accord pour laisser prélever un rein, un cœur ou quelque autre organe, seulement 58% seraient d'accord pour qu'un de leurs proches subisse cette même opération. Des chiffres évocateurs...

Un anonyme toujours en question concerne le receveur. Le

qui

peut

grâce

à un

foie

ou un

cœur

à un

œil

à un

os

à un

pancreas

à un

estomac

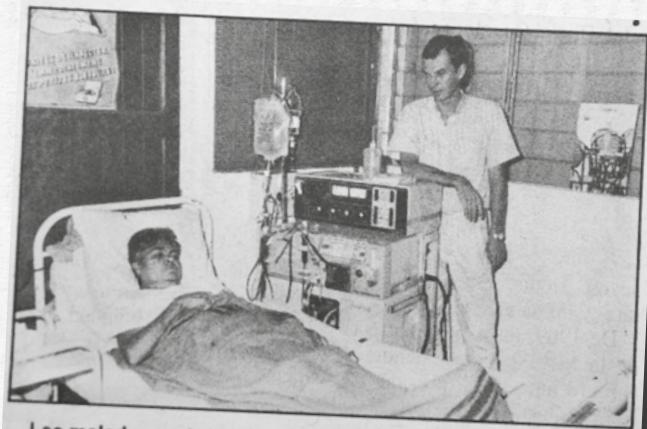
à un

œsophage

à un

estomac

à un



Les malades, qui viennent se faire dialysier, trouvent une chaleur humaine lors de leur traitement souvent dur à supporter moralement.

« Ma maman est insuffisante rénale »

Sandy est née voici deux mois. Outre le fait qu'elle soit un splendide bébé plein de vitalité, elle présente la particularité d'être l'un des dix nourrissons au monde dont les mamas, insuffisantes rénales, aient réussi à mener à bien leur grossesse.

La maman de Sandy, traitée dans le cadre de l'AURAR depuis plusieurs années, a fait preuve d'une volonté et d'un courage tout particulier tout au long de sa grossesse. S'il y a en fait si peu de réussites de par le monde, c'est que les contraintes imposées à la femme enceinte

insuffisante rénale sont très importantes, mais également que les conditions d'une entente réelle entre le corps médical et la patiente sont difficilement réalisables.

Au lieu de trois séances normales par semaine, la maman de Sandy a dû accepter de dialyser chaque jour, d'une part à domicile dans le sein de l'AURAR — durant quatre mois — puis sur la fin de la grossesse en centre hospitalier.

Sandy a deux mois depuis quelques jours



**Président : Dr Chuet
Vice-président : Dr Fenechong
Trésorier : M. Jean-Yves Briant
Trésorier adjoint : Mme Marie-Claude Louis
Secrétaire : Mme Rousseau
Représentante des malades : Mme Jouenot
Assesseurs : M. Gobal Panon, D' Guiserix, M. Pellegrin**

Le patient est responsable de

SUCCÈS POUR UNE ASSOCIATION

Le premier bébé d'une patiente sous hémodialyse

C'est une première à la Réunion. Une dame souffrant d'insuffisance rénale chronique a accouché d'un bébé en parfaite santé. Une dizaine de cas sont connus dans le monde actuellement. Ce succès réjouit les responsables de l'AURAR (Association pour l'utilisation du rein artificiel à la Réunion) qui se battent depuis huit ans pour le traitement de cette maladie relativement courante ici.

L'INSUFFISANCE rénale chronique n'empêche pas de vivre, surtout au sein d'une association qui aide à se prendre en charge... ». Pour preuve de cette affirmation, les responsables de l'AURAR ont présenté hier Sandy, un bébé âgé de deux mois, dont la mère est en hémodialyse depuis de nombreuses années dans un centre géré par l'association.

Pour mener à bien cette grossesse, la mère a dû faire preuve de beaucoup de volonté en suivant des séances d'hémodialyse diurnes. Le rythme normal de trois séances par semaine, de quatre heures portionnellement à la population, n'y a à la Réunion deux semaines plus de cas d'insuffisance rénale chronique qu'en France. Cependant, grâce au soutien par celle de tension et du diabète notamment. Le facteur héritage joue pour environ ces cas d'insuffisance.

Difficultés de démarrage

Depuis environ 320 cas à son ouverture, l'AURAR a traité le premier patient à domicile. Mais ce genre de traitement s'est révélé difficile à réaliser dans de nombreux cas pour des raisons familiales, sociales, psychologiques et, surtout, liées à l'habitat. Il s'est avéré indispensable de créer des centres d'autodialyse.

Il ne reste actuellement que trois patients traités à domicile où ils disposent d'un rein artificiel. Ils sont totalement autonomes tout en étant toujours suivis par des néphrologues.

Huit centres dans l'île

Les autres disposent de structures de soins non loin de chez eux. L'association a ouvert huit centres qui permettent de couvrir toute l'île. Ils sont situés à Saint-Joseph, Saint-Paul, Rivière Saint-Louis, Saint-Leu, Saint-Pierre, Le Port, Saint-Denis et Saint-Benoît.

Le patient est responsable de



Sandy, le premier bébé né à la Réunion d'une mère souffrant d'insuffisance rénale chronique.

nion au CHD de Bellepierre.

Elle a eu beaucoup de mal à démarrer car il fallait d'abord se lancer dans une importante campagne d'information auprès de chaque malade pour les responsables et faire comprendre l'intérêt des méthodes encouragées par l'AURAR. C'est en 1983 que l'AURAR a commencé à traiter le premier patient à domicile. Mais ce genre de traitement s'est révélé difficile à réaliser dans de nombreux cas pour des raisons familiales, sociales, psychologiques et, surtout, liées à l'habitat. Il s'est avéré indispensable de créer des centres d'autodialyse.

Il ne reste actuellement que trois patients traités à domicile où ils disposent d'un rein artificiel.

Ils sont totalement autonomes tout en étant toujours suivis par des néphrologues.

leurs membres du conseil d'administration de l'AURAR. Si elle n'existe pas, les malades devraient être envoyés en métropole car les services de néphrologie des établissements hospitaliers sont quasiment à saturation.

Accroissement d'activités

Les seuls qui voient finalement un mauvais œil l'action de l'association sont les transplantateurs qui perdent évidemment des clients. Mais leur préoccupation peut paraître bien dérisoire par rapport au mieux-être apporté aux patients.

Certains de ces derniers sont traités par la dialyse péritonale ambulatoire continue, une méthode qui ne nécessite pas de générateur d'hémodialyse.

Il existe en métropole une cinquantaine d'associations à but non lucratif, du même type que l'AURAR, qui traitent plus de 4 000 malades, soit 10 à 12 % des cas d'insuffisance rénale chronique.

L'association locale devrait parvenir cette année à la prise en charge de 55 patients pour 7 180 journées de traitement. A l'horizon 1990, dix ans après sa création, elle devrait arriver à traiter une centaine de patients.

Alain COURBIS

Dr Michel Fen Chong // néphrologue

« Quand j'ai débuté en 1977, on remplissait de grosses cuves avec 90 litres d'eau du robinet et du dialysat, puis on mettait le doigt dedans pour vérifier la température ! »



Quand j'arrive en 1981, en provenance du CHU de Toulouse, l'Aurar vient d'être créée par le Dr Genin, avec quelques personnalités locales : Jean-Yves Briand, directeur de l'hôpital de Saint-Pierre, Daniel Fontaine, de la Sécurité sociale, Max Vidot, d'EDF, et M. Francillet, attaché de direction au CHD.

Historiquement, le premier centre de dialyse avait été ouvert par le Dr Robert Genin en 1978 au CHD de Saint-Denis, avec huit petits postes très vite saturés. Beaucoup de Réunionnais devaient encore partir en métropole pour se faire soigner. L'association est donc née pour accueillir une dialysée réunionnaise qui se soignait à Montpellier. La chose ne s'est pas faite, mais l'élan était là. Le premier patient à domicile a finalement été installé en 1983. Très vite, nous sommes montés à quatre patients : à Domenjod, Cilaos, Bagatelle et Bois d'Olive. Les machines n'étaient pas si mauvaises, mais les moyens restaient très limités. Quand j'ai débuté en 1977, on remplissait de grosses cuves avec 90 litres d'eau du robinet et du dialysat, puis on mettait le doigt dedans pour vérifier la température !

On n'en était déjà plus là en 1983, mais ça restait rudimentaire et chaque intervention demandait beaucoup de prudence et d'attention. En tant que médecins, nous étions en hypervigilance : on téléphonait régulièrement pour s'assurer que tout se passait bien. Je me souviens d'un patient à Bagatelle dont le fils m'a appelé en dé-

tresse en le croyant à l'article de la mort. Toute la famille pleurait. En fait, il avait six de tension parce qu'il avait perdu trop d'eau. Après une perfusion de serum physiologique, il est reparti comme en quatorze ! Cela montre bien combien chaque geste, chaque machine, chaque protocole était crucial.

L'ouverture des premiers centres d'autodialyse, à partir de 1984, a été pour nous une révolution. À domicile, il fallait réunir trop de conditions : une chambre dédiée, un aidant formé, des installations correctes. Dans ces petites unités, on pouvait accueillir plus de patients, plus simplement. Les premières UAD s'ouvrent à Saint-Joseph, au Port, à Saint-Paul, puis à Saint-Benoît. Souvent, c'étaient des locaux d'hôpitaux désaffectés ou des villas mises à disposition par les maires ou louées par l'association. À la Rivière Saint-Louis ou à Saint-Denis, au bas de la rivière, c'étaient vraiment des « cases de dialyse », modestes mais efficaces.

L'ambiance y était très conviviale. Les patients, autonomes, apprenaient à gérer leur traitement avec des infirmières libérales. Mais nous manquions de tout. La Région nous a octroyé trois machines, le Département également, l'hôpital de Saint-Pierre nous a prêté du matériel. L'association des musulmans de Saint-Pierre, les salaisons de Bourbon, la commune du Tampon, la Sécurité sociale, le Rotary... tout le monde aidait. C'était un formidable élan de solidarité et de coopération locale.

En 1987, nous avons aussi développé la dialyse péritonéale à domicile. Là encore, le défi était énorme, mais il y avait toujours le même engagement. J'ai pris la présidence de l'Aurar cette année-là, jusqu'en 1993, afin de consolider les structures et poser les bases d'une organisation durable.

En tant que médecins, on ne cherchait pas à « faire l'histoire », on faisait simplement notre travail avec passion et responsabilité. Aujourd'hui, quand je regarde le chemin parcouru, je suis fier du bébé que nous avons aidé à naître, et de l'adulte qu'il est devenu. À l'époque, on disait : « Aurarien un jour, Aurarien toujours ». C'est encore vrai, et je continue à croiser certains patients que j'ai soignés dans ces premières années.

ANNÉES 90'

- La structuration -

À l'époque, l'Aurar fonctionne presque comme une famille élargie. Les patients connaissent les soignants, les secrétaires et les techniciens par leur prénom. La proximité et la débrouillardise tiennent lieu de règles de fonctionnement.



La structuration

Au tournant des années 1990, l'Aurar entre dans une période charnière. Les premières années pionnières ont permis de donner aux Réunionnais un accès à la dialyse sur leur île, mais le modèle associatif d'origine montre quelques limites. La loi hospitalière de 1991 impose un nouveau cadre : désormais, les structures de soins doivent répondre à des normes strictes, se doter d'une organisation médicale solide, porter un projet d'établissement, développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins... Pour une structure jeune, encore fragile, c'est un défi majeur. Qui sera néanmoins relevé en conservant le statut associatif.

À l'époque, l'Aurar fonctionne presque comme une famille élargie. Les patients connaissent les soignants, les secrétaires et les techniciens par leur prénom. La proximité et la débrouillardise tiennent lieu de règles de fonctionnement. Mais avec l'arrivée de nouvelles obligations réglementaires, il faut professionnaliser la gestion, standardiser les pratiques, recruter des compétences spécialisées. Le quotidien reste pourtant marqué par une grande précarité.

Embauchée dès 1989 comme « aide comptable », Jeanine Béonel est un des piliers de l'association. Secrétaire médicale depuis 36 ans, elle se souvient d'une période particulièrement périlleuse. « On était sous la convention hospitalière, alors qu'on avait un sta-

tut d'association Loi 1901. Ensuite, on est passés à la convention FEHAP. Avec mes collègues, on gérait la comptabilité fournisseur et la facturation des séances. On n'était pas du tout informatisé comme maintenant. Toute la facturation des séances se faisait manuellement, avec des bordereaux de remise qu'il fallait ensuite déposer à la CGSS, puisqu'on n'avait pas la possibilité de le faire par télétransmission. On passait un temps fou à réclamer les remboursements et traiter les impayés. Les entrées d'argent n'étaient pas régulières et les dépenses importantes. Au fil des années, on voyait que la situation financière de l'Aurar commençait à se dégrader, on avait de plus en plus du mal à payer nos fournisseurs. L'Aurar était en train de sombrer. »

Cette fragilité financière devient critique au milieu de la décence : les salaires sont gelés, les heures supplémentaires se multiplient, un plan de remboursement doit être négocié avec les partenaires. Les salariés se serrent les coudes pour maintenir la continuité des soins, conscients que l'avenir de l'association est en jeu.

Parallèlement, l'évolution des techniques bouscule le quotidien. Les générateurs de dialyse de première génération, robustes mais rudimentaires, laissent progressivement place à des machines plus sophistiquées, exigeant un suivi technique et biomédical pointu. Le traitement de l'eau, longtemps minimaliste, doit être

entièrement revu : les normes imposent désormais l'osmose inverse et des contrôles réguliers. L'Aurar s'équipe, innove, et commence à structurer des services distincts : biomédical, travaux, logistique. On passe peu à peu de l'esprit de bricolage des débuts à une organisation professionnelle et segmentée.

Dans les unités, le changement est également perceptible. Les « cases de dialyse » improvisées dans des villas ou des locaux d'hôpitaux désaffectés deviennent insuffisantes. L'association doit investir pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les soignants, autrefois responsables de régler manuellement les paramètres des machines, voient leur rôle évoluer : les générateurs calculent désormais automatiquement les volumes à ultrafiltrer, affichent les données en temps réel, sécurisent le déroulement des séances. Cette automatisation change la pratique mais suppose aussi des compétences nouvelles.

La décennie est donc marquée par un double mouvement : plus de sécurité et de technicité, mais aussi une pression financière et organisationnelle sans précédent. L'équilibre est fragile. À la fin des années 1990, l'Aurar est au bord du gouffre. Les pouvoirs publics menacent de placer la structure sous tutelle. C'est dans ce contexte qu'intervient une nouvelle direction. En 1998, Marie-Rose Won Fah Hin prend les rênes de l'association. Issue du monde hospitalier, elle apporte rigueur, méthode et une volonté affirmée de

sauver l'institution. Aux côtés des équipes, elle engage un plan de redressement qui repose sur deux piliers : sécuriser la qualité des soins et assainir les finances.

La décennie 1990 apparaît rétrospectivement comme une étape de consolidation. L'Aurar n'est plus seulement un collectif de pionniers inventifs et passionnés ; elle devient une institution structurée, conforme aux standards nationaux. Les épreuves traversées, notamment la crise financière, forgent une culture de solidarité et de résilience. Les salariés parlent encore aujourd'hui de ces années comme d'un moment difficile mais fondateur, où l'esprit de famille a permis de franchir le cap.

Cette structuration ouvre la voie aux développements ultérieurs. En professionnalisant sa gestion, en modernisant ses équipements, en s'alignant sur les normes de sécurité sanitaire, l'Aurar se donne les moyens de poursuivre sa mission sur le long terme. Les années 1990 ne sont pas seulement celles des contraintes ; elles sont aussi celles où l'association s'ancre définitivement dans le paysage de santé réunionnais, prête à affronter le siècle nouveau.

QUOTIDIEN Santé

VINGT-CINQ TRANSPLANTATIONS DEPUIS JUILLET 1994

Greffes rénales : rythme élevé à La Réunion

Depuis la réorganisation administrative de la transplantation, le nombre de greffes rénales a fortement augmenté à La Réunion, dépassant même les prévisions. Toutefois, pour maintenir ce rythme porteur d'espoirs pour de nombreux patients en attente, cette activité a aujourd'hui besoin de voir ses moyens en effectifs consolidés, estime une spécialiste.

VOILA près de douze ans depuis avril 1984 exactement - que les prélèvements rénaux sont pratiqués à La Réunion. La première transplantation rénale a eu lieu, elle, en juillet 1985 (auparavant les reins prélevés étaient tous envoyés en métropole).



Sur 620 patients dialysés à La Réunion, 120

Saint-Pierre : Centre ambulatoire d'hémodialyse L'ACTUALITÉ DANS LE SUD

Un nouveau centre de dialyse lourd

L'Association pour l'utilisation du rein artificiel à la Réunion (Aurar) a inauguré hier son nouveau centre de dialyse lourd. À terme, il permettra à une cinquantaine de patients atteints d'insuffisance chronique terminale d'être soignés sans hospitalisation. Tout en bénéficiant de la proximité du GHRSR.

“C'est l'hôpital sans l'hospitalisation”. Le responsable médical du nouveau centre de dialyse résume ainsi l'intérêt du nouveau centre de dialyse. Installé 15 mètres des Roches, il accueille d'ores et déjà une trentaine de patients autonomes : “Il s'agit de désengorger les services du GHRSR qui sont d'ores et déjà saturés. Tout en bénéficiant en cas d'aggravation du plateau technique, les services de



Mais cette activité a connu des vicissitudes. Les premières années, son rythme semblait parti pour croître régulièrement et atteindre la vingtaine de transplantations annuelle espérée alors par les spécialistes. Puis l'élan fut stoppé, en mars 1991, par un décret ministériel imposant certains critères administratifs précis aux établissements transplantateurs (à La Réunion, le centre hospitalier départemental Félix Guyon).

Les deux années suivantes, ces raisons, jointes à des difficultés organisationnelles, ont entraîné une activité au ralenti : en 1992, le nombre de patients greffés localement était inférieur à celui enregistré sept ans plus tôt ; en 1993, il était à peine supérieur.

L'autorisation officielle de greffer n'est arrivée qu'en novembre 1993, avec la mise en place d'une véritable unité de transplantation au sein de l'hôpital et une réorganisation administrative au niveau national. La Réunion était désormais rattachée à la région 3 de France Transplant (regroupé avec France Tissus, fin 94, au sein de l'Etablissement Français

d'acte de vingt-neuf prélèvements par an par million d'habitants à La Réunion, contre quinze en moyenne nationale et vingt pour la région 3», calcule le Dr Marie-Odile Serveaux, chef du service de néphrologie à l'hôpital Félix Guyon et responsable de l'unité de transplantation.

A ce chiffre particulièrement élevé il y a deux raisons : les opportunités de prélèvements sont plus nombreuses et les oppositions moins fréquentes à La Réunion qu'en métropole.

Les prélèvements sont réalisés sur des patients en « coma dépassé », c'est-à-dire en état de mort cérébrale. Une situation à laquelle on reconnaît deux grandes causes : les traumatismes et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Actuellement, notre département se distingue par rapport à la moyenne nationale dans ces deux domaines : le taux d'accidents de la route est élevé, de même que des AVC car « il y a ici hypertension et elle est bien contrôlée », assure le Dr Serveaux. À la législature, la loi 1976 autorise le prélèvement sur toute personne qui, de son vivant, n'a pas refusé son rein à La Réunion, on note jusqu'ici 56 %, contre 66 % sur le territoire métropolitain.

Catherine Souprayen, directrice locale de l'activité de transplantation, « les habitants de La Réunion font preuve de civisme par leurs concitoyens ». Le travail d'information et sensibilisation aux dons doit se poursuivre in-

lassablement. D'autant que les insuffisants rénaux ne sont pas

les seuls concernés : sur les donneurs on préleve également des cornées, qui peuvent sauver de la cécité des mal-voyants (vingt-huit greffes à La Réunion depuis juillet 94), ainsi que des valves cardiaques (envoyées, elles, en métropole).

Délai d'attente
Le principe général établi par l'Etablissement français des greffes veut que sur les deux reins prélevés sur un donneur, l'un soit transplanté au niveau local et l'autre expédié dans la région de rattachement.

Cela : « le moins de temps entre le donneur et le destinataire », précise Bruno Bourgeon, responsable du programme de transplantation rénale à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Selon lui, les raisons invoquées sont la proximité de pays pauvres, la présence du trafic d'organes rénaliens et une compétence chirurgicale élevée.

En pratique vingt-cinq transplantations rénales ont été réalisées à La Réunion entre juillet 94 et octobre 95. Un chiffre qui, ici encore, place honorablement le département : cela donne en effet trente-huit transplantations par an par million d'habitants, contre vingt-huit en

France (3). Actuellement, le délai moyen entre le donneur et le destinataire est de 30 jours.

Le don intrafamilial
Le 20 août dernier l'EFG a donné une réponse favorable à cette demande, et le 7 octobre, l'Agence régionale de l'hospitalisation approuve sa validité.

On a déjà deux couples de candidats : au doux du rein, si l'autre donneur est vivant, il peut aussi donner. Mais il faut ajouter aussitôt que cela n'est pas toujours accordé au CHD (1) et devient difficile de déterminer le nombre de greffes nécessaires. Ensuite, il faut trouver un donneur vivant devant tourment de l'autre donneur.

En tout état de cause, il ne faut toutefois pas que la population croie que les personnes sur cadavre ne sont plus nécessaire, alors qu'en plus de cent personnes insuffisantes rénales recommandent une attente de greffe actuellement.

Dans un entretien qu'il nous a accordé il y a huit ans (2), le docteur Jean-Jacques Colpart,

Le QUOTIDIEN Santé

élevé à La Réunion



Le CHD de Bellepierre est l'unique centre de prélèvement avec l'hôpital de

TRANSPLANTATION RENALE A LA

Le don intra-famili

L'Etablissement français des greffes vient d'autoriser le CHD Félix Guyon à pratiquer le prélèvement de rein sur donneur vivant, ce qui lui était refusé depuis 1996.

Le département, la dernière greffe de rein issu de donneur vivant remonte à l'an dernier, à la fin de l'époque à laquelle l'Etablissement avait arrêté cette pratique (malgré l'opposition jusqu'à la treizième greffe au CHD Félix Guyon).

Une interdiction souhaitée

Ces arguments ont abouti

à une décision partagée, si l'en

croit le docteur Bruno Bourgeon.

Certes, le risque zéro n'existe pas : on estime que le risque anesthésique est très faible, mais il existe un risque d'accident avec perte d'une fonction rénale.

Quand l'hypertension artérielle

peut être traitée avec un recul de quelques années, on peut dire qu'un donneur n'est pas plus risqué que la population générale.

« Jamais dans l'urgence »

Tous ces facteurs favorisent ce résultat, explique le spécialiste : « d'un côté, pour ce donneur a été sélectionné un destinataire en parfaite santé renale ; d'autre part, l'hospitalisation apporte sa validité.

On a déjà deux couples de

candidats : au doux du rein, si l'autre donneur est vivant, il peut aussi donner.

Il faut ajouter aussitôt que cela n'est pas toujours accordé au CHD (1)

et devient difficile de déterminer le nombre de greffes nécessaires.

Ensuite, il faut trouver un donneur vivant devant tourment de l'autre donneur.

En tout état de cause, il ne

faut toutefois pas que la population croie que les personnes sur cadavre ne sont plus nécessaires,

alors qu'en plus de cent personnes insuffisantes rénales recommandent une attente de greffe actuellement.

Dans un entretien qu'il nous

a accordé il y a huit ans (2), le

docteur Jean-Jacques Colpart,

l'ancien chef de l'unité de néphrologie à l'hôpital Félix Guyon, a souligné l'avantage énorme, souligne-t-il, de faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps. On a donc tout le

temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Il est en revanche intéressant de constater que certains pays et atterriraient pris de l'interdiction de greffe pour donner leur rein à un donneur vivant dans l'urgence, mais pas dans l'urgence et la néphrologie : la greffe ne se fait pas dans l'urgence et la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

On a donc tout le temps nécessaire pour faire la greffe et pratiquer la dialyse en même temps.

Sur une autre page, on peut lire :

« Jamais dans l'urgence »

Santé 2 (1)

L'ÉVÉNEMENT

Témoignages

7.01.92.

Les insuffisants rénaux confrontés à un problème administratif

INTERDITS DE GREFFE

150 Réunionnais sous dialyse attendent de recevoir une greffe de rein. Une greffe pratiquée avec succès pendant quatre ans au CHD de Bellepierre. Mais depuis un an, les malades et l'équipe médicale attendent une autorisation administrative qui ne vient pas.

Les médecins, révoltés par cette inertie qu'ils ne comprennent pas, ont décidé de rendre l'affaire publique.

C'est une catastrophe, n'hésitez pas à déclarer le Dr Firoze Koytcha. On a créé beaucoup d'espoir auprès des malades, un espoir entêté. Aujourd'hui ils ne comprennent pas, pourquoi posent des questions.

A dire vrai, à La Réunion, personne ne comprend la décision, ou plutôt, le manque de décision. Depuis 1986, le Dr Firoze Koytcha, praticien, pratique des greffes de rein, avec un taux de réussite satisfaisant. Et puis, en décembre 1990, il décide de pratiquer des greffes dérisoires qui peuvent (ou ne peuvent pas) dispenser les établissements. Ainsi, pour pratiquer une greffe de rein, il faut désormais que le centre soit agréé.

Et toute logique, le C.H.D. dépose une demande d'agrément. Et, si quelques greffes ont encore été pratiquées depuis la demande du décret, les dernières sont tombées dans le vide, à partir d'avril 91, des interrogations tant que la situation ne sera pas régularisée.

Dès juillet 1991, une inspection générale des affaires sociales vient inspecter l'hôpital de Bellepierre et se livre à une visite minutieuse des services de nephrologie. Mais rien n'est rendu public. Donc, l'autorisation n'est toujours pas délivrée.

Pourtant, le service est performant : depuis 1986, nous avons greffé 65 patients en île alors que France Transplant et dans 70 des cas, le Dr Firoze Koytcha argumente le Dr Fan Chong, médecin chef du service de néphrologie. Des résultats tout à fait comparables aux succès connus en France ou en Europe. D'où l'angoisse : si différents spécialistes venus de métropole ont constaté que le service était performant,

évidemment, le problème se pose aussi pour tous les malades. Sur les quelque 450 Réunionnais susceptibles de recevoir une greffe à La Réunion, «c'est casser la chaîne de solidarité», il y a d'abord le chirurgien et deux infirmiers qui sont aillés de leur poste pour faire, ils doivent se renseigner, se former, et subir une dialyse qui dure en moyenne quatre heures. La dialyse est plus ou moins bien supportée selon les patients (ceux qui sont en progrès sont plus bons), mais tous subissent l'idée d'avoir à vivre cette longue contrainte pendant toute leur existence. «Notre plus ancien patient a 49 ans, grevé le Dr Fan Chong, à vingt-deux ans de distance, lui, il a calculé qu'il avait déjà passé deux à trois années de sa vie sous un rein artificiel.

Et surtout, il y a eu l'intervention personnelle de toute l'équipe médicale qui a beaucoup donné de nous-mêmes», explique le Dr Sereveaux. Car greffer un rein, même si l'opération est relativement simple, relève de la cheval lourde : trois ou quatre opérations d'opération mais aussi un solide service de dialyse et des soins intensifs pendant plusieurs semaines pour éviter tout risque d'infection.

DES CONDITIONS INHUMAINES

Pour le comme pour les 149 autres dialysés, la possibilité de greffe peut se pratiquer grâce au don d'un donneur appartenant à ce que, s'il part en métropole, les conditions sont très inhumaines. Le Dr Feng Chong, de l'Urbact, il se trouve que la métropole a une grande densité de donneurs, donc une grande disponibilité. Je ne l'explique pas, mais c'est un caractère vraiment dévoué et généreux de donner son rein et d'accueillir. Il faut aussi savoir que dans certains hôpitaux, les donneurs subissent une véritable rejet. Ensuite, recevoir une greffe de rein n'est pas un acte comme les autres, comme par exemple subir une greffe de cœur ou l'on arrive, on se fait greffer et l'on repart. Là, on arrive et on attend un donneur. On peut attendre un jour ou un an. Ou peut-être deux ou trois ans. Les familles qui acceptent se lascent, les malades aussi, ils sont complètement désenrôlés, ils sont

sans argent... Du côté de l'équipe médicale, refuser l'autorisation de pratiquer les greffes à La Réunion, «c'est casser la chaîne de solidarité», il y a d'abord le chirurgien et deux infirmiers qui sont aillés de leur poste pour faire, ils doivent se renseigner, se former, et subir une dialyse qui dure en moyenne quatre heures. La dialyse est plus ou moins bien supportée selon les patients (ceux qui sont en progrès sont plus bons), mais tous subissent l'idée d'avoir à vivre cette longue contrainte pendant toute leur existence. «Notre plus ancien patient a 49 ans, grevé le Dr Fan Chong, à vingt-deux ans de distance, lui, il a calculé qu'il avait déjà passé deux à trois années de sa vie sous un rein artificiel.

Et surtout, il y a eu l'intervention personnelle de toute l'équipe médicale qui a beaucoup donné de nous-mêmes», explique le Dr Sereveaux. Car greffer un rein, même si l'opération est relativement simple, relève de la cheval lourde : trois ou quatre opérations d'opération mais aussi un solide service de dialyse et des soins intensifs pendant plusieurs semaines pour éviter tout risque d'infection.

ON CASSE LA SOLIDARITÉ

Il a fallu aussi sensibiliser les donneurs. En effet, si la greffe peut se pratiquer grâce au don d'un donneur appartenant à ce que, s'il part en métropole, les conditions sont très inhumaines. Le Dr Feng Chong, de l'Urbact, il se trouve que la métropole a une grande densité de donneurs, donc une grande disponibilité. Je ne l'explique pas, mais c'est un caractère vraiment dévoué et généreux de donner son rein et d'accueillir. Il faut aussi savoir que dans certains hôpitaux, les donneurs subissent une véritable rejet. Ensuite, recevoir une greffe de rein n'est pas un acte comme les autres, comme par exemple subir une greffe de cœur ou l'on arrive, on se fait greffer et l'on repart. Là, on arrive et on attend un donneur. On peut attendre un jour ou un an. Ou peut-être deux ou trois ans. Les familles qui acceptent se lascent, les malades aussi, ils sont

complètement désenrôlés, ils sont sans argent... Du côté de l'équipe médicale, refuser l'autorisation de pratiquer les greffes à La Réunion, «c'est casser la chaîne de solidarité», il y a d'abord le chirurgien et deux infirmiers qui sont aillés de leur poste pour faire, ils doivent se renseigner, se former, et subir une dialyse qui dure en moyenne quatre heures. La dialyse est plus ou moins bien supportée selon les patients (ceux qui sont en progrès sont plus bons), mais tous subissent l'idée d'avoir à vivre cette longue contrainte pendant toute leur existence. «Notre plus ancien patient a 49 ans, grevé le Dr Fan Chong, à vingt-deux ans de distance, lui, il a calculé qu'il avait déjà passé deux à trois années de sa vie sous un rein artificiel.

Et surtout, il y a eu l'intervention

personnelle de toute l'équipe médicale qui a beaucoup donné de nous-mêmes», explique le Dr Sereveaux. Car greffer un rein, même si l'opération est relativement simple, relève de la cheval lourde : trois ou quatre opérations d'opération mais aussi un solide service de dialyse et des soins intensifs pendant plusieurs semaines pour éviter tout risque d'infection.

An plus be sa

Une aberration financière

Il faut survivre, une personne sous dialyse coûte 450.000 francs par an. Si elle est opérée, à moins de 150 francs l'an, elle coûtera 250.000 francs la première année.

«Ensuite, explique le Dr Fan Chong, il faut faire l'objet d'une surveillance étendue et d'un traitement pour éviter que le rein, qui a fait faire au donneur un risque de greffe, ne se détruisse.

Les donneurs sont donc très généralement des personnes ayant assez peu de moyens, comme dépassé. À La Réunion, il y en a général un ou deux par mois dont les résultats seraient être donnés à des dialysés en attente de greffe», indique le Dr Feng Chong.

«Au début, poursuit le Dr Sereveaux, en 1986, nous ne comprenions pas bien. Elles croisaient ce qu'il s'agissait d'expérimentation et elles refusaient assez souvent. Nous, on a fait un gros travail d'information auprès d'elles. Il y a eu des émissions, des articles

de presse et vraiment, elles acceptent de plus en plus spontanément de plus en plus spontanément.

Le résultat était rôdé,

une, ajoute le Dr Koytcha,

un, ajoute le Dr Koytcha,

Patrick Chamming's // responsable biomédical

« A domicile, les coupures d'eau ou d'électricité étaient fréquentes. En cas de panne, le patient devait parfois tourner une manivelle pour faire fonctionner la pompe ! »



Je suis arrivé à l'Aurar en 1987, un peu par hasard. Je devais remplacer le technicien en place qui partait précipitamment. auparavant, je travaillais dans le bâtiment, à Spie Batignolles. Autant dire que je ne connaissais rien à la dialyse. J'ai juste fait un stage d'une semaine avec les techniciens de l'hôpital de Saint-Pierre, puis le collègue m'a briefé autour d'un café... et il est parti. Le lendemain, j'étais seul. J'ai dû apprendre sur le tas, avec les patients, avec les machines, souvent dans l'urgence.

À cette époque, l'Aurar n'avait que quelques petits centres, à Saint-Paul, Saint-Joseph, au Port. Parfois, deux générateurs suffisaient pour toute l'unité. C'étaient des appareils très basiques, de première génération. Le traitement de l'eau aussi était rudimentaire : un simple filtre, un adoucisseur, rien de comparable avec l'osmoseur et les sécurités d'aujourd'hui. A domicile, les coupures d'eau ou d'électricité étaient fréquentes. En cas de panne, le patient devait parfois tourner une manivelle pour faire fonctionner la pompe !

Les années 1990 ont marqué un vrai tournant. Les normes de sécurité se sont durcies, on a dû moderniser nos équipements, installer des osmoseurs, multiplier les contrôles. On a rationalisé

les centres, organisé des astreintes techniques, prévu des génératrices de secours. C'est aussi à ce moment-là qu'on a commencé à distinguer les métiers : biomédical, logistique, travaux. Avant, il m'arrivait de faire de la peinture, de poser du lino, de nettoyer les sols. On bricolait comme on pouvait. Avec la structuration, chacun a pris sa place et les services se sont professionnalisés.

Je me souviens d'une anecdote à Cilaos, au milieu des années 1990. Un patient m'appelait sans cesse parce que la pression de l'eau au robinet n'était pas suffisante. Je suis monté là-haut plusieurs fois dans la semaine, mais je ne pouvais rien faire : c'était un problème de réseau !

Je me rappelle aussi une machine incroyable : un vieux buffet en bois, sans électronique, qui fonctionnait uniquement par pression mécanique de l'eau. Quand je l'ai vu, je n'en croyais pas mes yeux. Je me demandais si le patient l'avait fabriquée ! En fait, elle venait du CHD de Saint-Denis. Je raconte ça pour la blague, mais en réalité l'Aurar a toujours été assez en pointe sur les nouvelles technologies. Quand les téléphones portables n'existaient pas encore, on a eu le Bi-Bop, puis le Bipper, le Radiocom 2000 dans la voiture. A l'époque comme maintenant, c'était important d'être

joignable à tout moment ! Les interventions à domicile étaient parfois compliquées, mais c'étaient aussi des moments forts sur le plan humain.

Ce qui a changé aussi, c'est la complexité des génératrices. Autrefois, l'infirmière réglait les paramètres à la main, surveillait un cadran à aiguilles, vidait un bol de fluide toutes les heures. Aujourd'hui, la machine fait les calculs automatiquement. C'est une « usine à gaz » hyper sophistiquée, bourrée d'électronique, mais qui demande de l'expertise technique permanente. Plus c'est perfectionné, plus c'est fragile. D'où l'importance d'avoir des techniciens répartis sur toute l'île, capables d'intervenir à tout moment. À la fin des années 1990, on a franchi une étape. On est passé de l'époque artisanale à une organisation professionnelle, avec des procédures, des astreintes, des équipements modernes. Les groupes électrogènes sont arrivés, le traitement de l'eau s'est sécurisé, les centres ont été fiabilisés. Pour nous, techniciens, c'était une révolution silencieuse, mais essentielle : sans matériel fiable, il n'y a pas de dialyse possible. Cette décennie a vraiment structuré le métier et l'institution.

ANNÉES 2000

- Le temps des grands centres -

Après le « comme à la maison » dans les petites UAD, place au « comme à l'hôpital », dans des établissements modernes, équipés et capables d'accueillir les cas les plus complexes.



ANNÉES 2000

Le temps des grands centres

Au tournant du nouveau siècle, l'Aurar change de dimension. Les « cases de dialyse » et les petites unités des années pionnières ne suffisent plus à répondre à la demande croissante. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) demande à l'Aurar d'ouvrir des « centres lourds » pour désengorger les hôpitaux, saturés par la progression constante des maladies rénales. C'est une nouvelle étape : il faut désormais offrir une prise en charge adaptée aux patients atteints de pathologies lourdes. Après le « comme à la maison » dans les petites UAD, place au « comme à l'hôpital », dans des établissements modernes, équipés et capables d'accueillir les cas les plus complexes.

En 2002, le premier grand centre lourd voit le jour, le CAMB de Saint-Pierre. Pour Valérie Bitan, infirmière coordinatrice embauchée en 2001, cette ouverture est un véritable tournant : « Au départ, j'ai été formée à l'UAD de la rue Marius et Ary Leblond, où régnait une atmosphère conviviale, presque familiale. Mais le PNS1 de Saint-Pierre, c'était autre chose. Nous y accueillions des patients plus fragiles, parfois en brancard, avec des cathéters plutôt que de simples fistules, sujets aux chutes de tension. La surveillance doit être constante, l'intensité du soin bien plus forte. Dans les petites UAD, l'ambiance est bon enfant, voire joyeuse. Les unités de dialyse médicalisée et plus encore les grands centres sont dans une autre dimension, il y a plus de monde, de pression,

d'enjeux immédiats. »

Le passage aux grands centres médicalisés entraîne une montée en gamme, tant au niveau technique qu'organisationnel. Mais la stratégie de proximité reste au cœur du projet : répartir les implantations sur l'ensemble du territoire pour limiter les trajets des patients, améliorer leur qualité de vie et réduire les risques liés aux déplacements.

L'année 2007 marque un nouveau jalon avec l'ouverture de la clinique Oméga au Port, spécialisée dans la prise en charge de l'obésité et du diabète. Valérie Fernez, ancienne patiente devenue représentante des usagers, en garde un souvenir fort : « J'y suis entrée en 2008, après avoir été suivie pour une obésité morbide. L'accompagnement a été remarquable. Plus tard, je me suis engagée comme représentante des usagers, puis présidente de France Rein à La Réunion. Cette expérience a transformé ma manière de voir la maladie : on ne subit plus seulement les soins, on devient acteur de sa santé. Aujourd'hui, je donne des cours aux patients sur les droits des usagers et le bien-vivre ensemble en établissement de santé. Finalement, je me soigne en aidant les autres ! » L'ouverture de la clinique Oméga marque une nouvelle orientation : l'Aurar s'attaque à la prévention des maladies rénales et à l'éducation thérapeutique. Dans ce projet pionnier, la nutrition occupe une place centrale.

Audrey Gimmig, diététicienne depuis l'ouverture de la clinique, se souvient d'un groupe qu'elle avait emmené marcher à Mafate : « Leur fierté d'arriver au sommet, malgré la maladie, illustrait parfaitement notre mission ! Au fil des ans, nous avons changé de paradigme. Finies les restrictions strictes : notre rôle est d'accompagner les patients pour modifier durablement leurs comportements alimentaires, retrouver le plaisir de manger sans culpabilité. »

Les médecins aussi vivent cette transformation. Le Dr Ali Aizel, arrivé comme assistant à l'hôpital de Saint-Pierre puis néphrologue à l'Aurar, témoigne : « L'ouverture du premier grand centre médicalisé dans le Sud a été une libération pour les patients, qui n'avaient plus à se rendre jusqu'à Sainte-Clotilde. L'Aurar a dû s'adapter rapidement, car cette typologie lourde n'était pas prévue dans sa mission initiale. Mais la montée en puissance de la certification, le travail d'équipe et la reconnaissance du patient comme acteur de sa santé ont marqué une étape décisive. »

Les années 2000 voient donc l'Aurar se professionnaliser à marche forcée. Les investissements sont massifs : construction des centres, achat de matériel de pointe, mise en place d'unités de traitement de l'eau centralisées, sécurisation des réseaux électriques. L'organisation interne se modernise : validation des acquis de l'expérience (VAE) pour professionnaliser les équipes,

certification qualité et gestion des risques selon les standards de la Haute Autorité de Santé.

Ce passage d'une structure associative à un établissement de santé certifié n'efface pas l'esprit pionnier des débuts, mais il l'inscrit dans un cadre plus exigeant. Les patients continuent de retrouver dans les UAD une atmosphère conviviale, mais dans les centres lourds, l'enjeu vital impose rigueur et professionnalisme. Pour les soignants, cela signifie une pression accrue, mais aussi une reconnaissance grandissante de leurs compétences.

En dix ans, l'Aurar a changé d'échelle. De la petite association encore fragile des années 1990, elle devient un acteur régional incontournable, reconnu par les autorités sanitaires et les patients. Avec trois grands centres (Saint-Pierre, Le Port, Saint-Benoît), une clinique spécialisée dans la prévention et une politique de certification exemplaire, elle se dote des outils qui lui permettront, dans la décennie suivante, de s'affirmer comme un modèle d'innovation et de qualité dans la prise en charge des maladies rénales.

Insuffisance rénale : quatre fois plus de malades à la Réunion

À l'occasion de la semaine du rein qui a débuté hier, l'observatoire régional de publier les dernières données disponibles sur l'insuffisance rénale chronique. Une maladie qui touche quatre fois plus de malades à La Réunion que dans le reste de l'Union européenne.

SANTÉ

"Un choc." Jocelyne Primo se souvient de l'émotion qu'elle a ressentie en apprenant d'être atteinte d'insuffisance rénale chronique (IRC). C'était il y a tout juste dix ans. Durant sa grossesse, les médecins découvrent qu'elle fait de l'hypertension. *"C'est ce qui a abîmé mon rein droit progressivement"*, explique la mère de famille aujourd'hui âgée de 41 ans.

**"APRÈS LA GREFFE,
UNE AUTRE VIE A COMMENCÉ"**

Le Thai, le fameux urologue qui a été reconnu cette année coupable d'homicide involontaire et condamné à six mois de prison avec sursis après avoir commis une erreur médicale ayant conduit au décès d'une femme qui a accouché en Corse.

D'après le centre hospitalier universitaire (CHU), reprise de l'activité depuis novembre 2011, 24

soignants médicaux et infirmiers sont insuffisants rénaux chroniques pour 100 000 habitants à La Réunion, contre 175 pour 100 000 en métropole, selon des chiffres de 2020. Dans notre département, près de 1 800 personnes sont dialysées et 500 vivent avec une greffe de rein. Le groupe Aurar est un acteur incontournable sur ces pathologies, avec 769 patients. Ils sont suivis sur les treize sites sur l'île, ainsi qu'à domicile (environ 80 patients). L'activité est stable.

Hier Marie-Rose Won Fah Hin, directrice générale du groupe, a présenté l'actualité de l'association. La dialyse à domicile monte en puissance. Elle permet de s'éviter les trajets et l'attente plusieurs heures par semaine dans les sites. Les malades sont accompagnés et même formés par «l'unité d'entraînement» pour devenir autonomes au maximum.

Depuis deux ans, l'Aurar a augmenté son offre de consultations externes de néphrologie. Les délays d'attente, hors urgence, sont de deux mois.

**Obésité,
diabète,
hypertension,
insuffisance
rénale**

La téléconsultation est devenue incontournable entre les dialysés et un néphrologue situé sur un autre site.

Mais un nouveau service apparaît : la télé expertise. «Les néphrologues de l'Aurar peuvent être sollicités par la médecine de ville pour un avis», décrit Marie-Rose

Gras inscrit cette souhaitée dans le nécessaire modernisation de ses statuts associatifs : deux services d'entraînement à l'autodialyse.

Plus de 600 patients sont actuellement suivis, qui bénéficient d'une prise en charge globale.

SOCIÉTÉ

15



10 > LA RÉUNION > L'ACTUALITÉ
INSUFFISANCE RÉNALE

Aurar : entre dialyses et prévention

L'Association pour l'utilisation du rein artificiel à La Réunion a passé le cap du Covid et met en place son projet d'établissement jusqu'à 2025.

Avec des inquiétudes sur le financement.



Sandrine s'occupe de Jean-Max Tosseme. Il vient plusieurs fois par semaine à l'Aurar Saint-Louis, depuis l'îlet-à-Cordes, commune de Cilaos, pour suivre son soin. Il fait des dialyses de trois heures depuis deux ans. (Photos G.B.)

Pour Oméga, le projet d'établissement 2023-2025 valide la reprise en hospitalisation complète depuis mai 2025, après une interruption due à la pandémie de Covid-19. L'offre de soins accueille des programmes dédiés au réglage du diabète. L'Aurar entend augmenter la capacité d'accueil de 20 à 60 lits d'hospitalisation. L'extension débutera en 2025.

L'Aurar, c'est également la prévention. Il y a le parcours maladie rénale chronique depuis trois ans, disponible dans les quatre micro-régions. Depuis novembre 2022, la Karavan Odrir fait de la prévention auprès des patients, des entreprises à leur demande, dans la population avec les collectivi-

Si la trésorerie permet de ne pas avoir d'inquiétudes à court terme, l'avenir avec peut-être un déficit de 800 000 € en 2025 si les choses demeurent en l'état.

Enfin, l'Aurar a aussi un volet formation professionnelle (centre Adenium) pour ses agents ou pour d'autres structures. L'Aurar répond évidemment à un réel besoin sanitaire face à une population augmentant de 1 500 personnes.

Fait Hin l'évalue à 6 ou 7 % en réel. Ensuite, les salaires ont été augmentés après le Ségur de la Santé. Mais l'Etat, via l'Agence régionale de Santé (ARS), n'a pas réévalué les tarifs pour ajuster les recettes en conséquence. «Tous les mois manquent 100 000 € liés au Ségur pour courrir l'augmentation des salaires», illustre Mme Won Fah Hin. Un problème qui n'est pas propre à cette association médico-sociale.

Cette difficulté s'ajoute à des déficits sur certaines activités. Problème : une hausse de dotations est prévue autour de 600 000 € par an suite au nouveau mode de finan-

cement (PMSI) de la clinique. Ce montant ne sera atteint que progressivement, sur trois ans, ce que ne comprend pas l'Aurar. Enfin, les patients en obésité sévère pris en charge font l'objet d'un financement supplémentaire. Celui-ci n'est pas toujours versé par l'ARS. Un manque à gagner que déplore l'association.

Dans un tel contexte, la direction a mis sur pied un plan de maîtrise des coûts... pas de quoi réjouir les représentants des salariés.

Guillaume BOYER

Nous étions encore en attente de la réponse de l'ARS hier soir.

Investissements. Depuis 2020, les établissements du Port, de Saint-Benoit, de Saint-Louis et de Saint-Pierre ont été rénovés. Côté nouveau bâtiment à Mon Caprice à Saint-Pierre, accueillera certaines unités actuellement situées à côté du CHU de Terre Sainte. L'extension de la clinique Oméga aura lieu à côté des locaux.

Vingt-cinq bougies

ion du rein artificiel dans en inaugurant se à la qui souhaite évoluer se la palette de chronique. Alors dans ce domaine aussi s'investir ouverture d'un centre

décision appartient au de l'Intérieur ; la loi qu'elle doit intervenir dans six mois après le dossier, dont une procédure à d'ores et déjà accueilli favorable de la Agence régionale de santé.

Elle réalise aujourd'hui «près de 50 % de l'activité de dialyse» dans le département et se flatte d'en proposer, à travers l'île, «toute l'étendue de la palette» : deux centres d'hémodialyse, huit unités d'auto-dialyse assistée – dont une était inaugurée hier à la Rivière-Saint-Louis –, un service départemental de dialyse péritonéale à domicile



Marie-Rose Gras : «Une véritable reconnaissance de notre utilité publique».

et deux services d'entraînement à l'autodialyse.

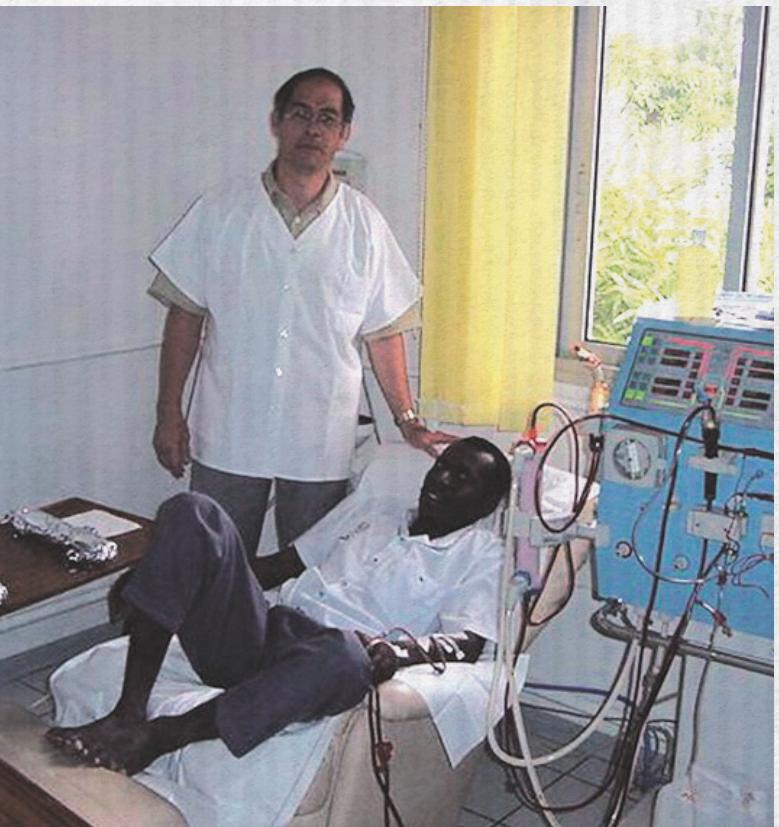
Plus de 600 patients sont actuellement suivis, qui bénéficient d'une prise en charge glo-



26 AOÛT
MARCHÉ FORAIN
>> Esplanade Benjamin Hoareau

2000 - 2010





2000 - 2010





Marie-Rose Won Fah Hin // directrice de l'Aurar

« Nous avons toujours obtenu nos certifications sans réserve, ce qui est une fierté collective. »



Je suis arrivée à la direction de l'Aurar à la suite d'une annonce de recrutement parue dans le journal en 1998. A cette époque, je souhaitais sortir de l'hôpital, où j'étais cadre, mais en même temps je voulais rester à La Réunion.

Je me souviens d'un immense jury d'embauche le jour de l'entretien. On m'a donné un exercice de cas pratique avec bilans et documents comptables. J'ai tout de suite mis le doigt sur des problématiques financières et comptables et j'ai été retenue pour le poste.

A ce moment-là, le directeur général sortant devient directeur RH et se retrouve impliqué dans une affaire de détournement de fonds par une alerte du commissaire aux comptes. J'ai tout de suite posé son départ comme condition de mon maintien au poste. En résumé, rien n'allait : finances et comptabilité, management, juridique... Cela venait surtout d'une forme d'amateurisme de gestion issu de la création même de l'organisme sous forme d'association. Précisons quand même que le secteur médical, lui, était déjà très en pointe !

Finalement, on parvient à sortir de la crise financière grâce à un prêt bancaire qui nous a permis de regagner la confiance des fournisseurs et des institutions, notamment la CGSS. Ensuite, il y a eu

un conflit avec les infirmières libérales, qui avaient un certain pouvoir au sein de l'Aurar et tendance à en abuser. J'ai dénoncé tous les contrats en nous donnant 6 mois pour changer les choses. C'est ce qui s'est passé, mais en réalité il aura donc fallu deux ans pour remettre le bateau Aurar à flot !

Les années 2000 ont été celles de la professionnalisation. Nous avons engagé des démarches de validation des acquis de l'expérience pour faire reconnaître les compétences des équipes, investi dans de nouveaux locaux, acheté du matériel moderne. Nous avons aussi lancé de grands chantiers avec l'ARH : en un an, nous avons construit et ouvert le centre lourd de Saint-Pierre, capable d'accueillir 32 patients. C'était un immense défi, mais il répondait à une nécessité : l'hôpital de Saint-Pierre était saturé et les patients ne devaient plus avoir à faire de longs trajets jusqu'à Saint-Denis.

Ensuite est venue la clinique Oméga au Port, en 2007. Le maire, Jean-Yves Langenier, nous a poussés à nous implanter dans la cité portuaire, sur un terrain à bail. Nous y avons créé une structure dédiée aux diabétiques et aux obèses, afin de travailler sur la prévention. C'était une approche pionnière, qui a nécessité au départ l'appui de spécialistes venus de métropole. Nous avons aussi ouvert

un centre lourd à Saint-Benoît, sur un terrain cédé par la commune à côté du futur centre hospitalier de l'Est. Ce projet a été financé grâce à un nouveau prêt bancaire, avec un partenaire financier différent, ce qui nous a permis de diversifier nos soutiens.

Parallèlement, nous avons accéléré sur la certification. Nous étions déjà accrédités pour les bâtiments et l'environnement, mais nous avons développé une véritable politique qualité et gestion des risques. Depuis, nous avons toujours obtenu nos certifications sans réserve, ce qui est une fierté collective.

Nos trois valeurs – proximité, qualité & sécurité des soins, innovation – sont devenues notre feuille de route. C'est dans ce cadre que nous avons créé le pôle de formation Adénium et le pôle de recherche Philancia. A cette époque, ma plus grande fierté est d'avoir transformé l'Aurar en un acteur incontournable, doté d'équipes solides, de locaux modernes et des plus hauts niveaux de certification. Ce sont les piliers qui ont permis, ensuite, d'ancrer durablement l'Aurar dans une dynamique d'excellence.

ANNÉES 2010

- L'innovation et la prévention -

Tout le monde s'est toujours mobilisé pour qu'on soit certifié au plus haut niveau. La certification n'est pas qu'une simple question d'image, c'est un gage de sécurité et de financement, mais aussi une reconnaissance du travail accompli au service des patients.



L'innovation et la prévention

Après la décennie 2000, marquée par l'ouverture des grands centres lourds et une montée en puissance spectaculaire, les années 2010 constituent un moment charnière dans l'histoire de l'Aurar. Moins de croissance quantitative, plus de consolidation qualitative : l'institution se dote d'outils numériques, investit la recherche, structure la formation et s'implique dans la prévention de proximité. Autrement dit, après l'expansion, vient le temps de l'approfondissement.

Le numérique s'invite dans les pratiques quotidiennes avec l'arrivée des premiers chariots informatisés, qui transforment la manière de suivre et d'accompagner les patients. La création du pôle de recherche Philancia, créé en 2011, place La Réunion dans le champ international de l'épidémiologie et de la néphrologie, et le centre de formation Adénium, ouvert en 2016, donne un nouveau souffle à la professionnalisation interne.

La décennie voit aussi un accent renforcé sur la prévention et le dépistage de terrain, pour repérer les risques liés à l'obésité, au diabète et aux maladies rénales. Dans ce contexte, la qualité devient le maître-mot.

« Les années 2010 sont clairement un symbole de bascule vers la qualité pour l'Aurar, résume Souhila Hamla, aujourd'hui directrice de la performance et de la stratégie. Tout le monde s'est toujours mobilisé pour qu'on soit certifié au plus haut niveau. La certifica-

tion n'est pas qu'une simple question d'image, c'est un gage de sécurité et de financement, mais aussi une reconnaissance du travail accompli au service des patients. »

Pour impliquer les équipes, Souhila Hamla lance en 2012 le « Challenge qualité », qui voit chaque service plancher sur un projet innovant. Le carnet de liaison patient-soignant, encore utilisé aujourd'hui, en est directement issu. La démarche fédère les soignants, renforce la culture interne de la qualité et anticipe les exigences toujours plus poussées de la Haute Autorité de Santé. L'Aurar sort renforcée de ce passage obligé, validant à deux reprises ses certifications au plus haut niveau, en 2012 et 2016.

Mais la qualité s'entend aussi du côté de la formation. Laure Rey-Moutet, qui a contribué à fonder Adénium, insiste : « La dialyse n'est pas enseignée en IFSI. Nous avons donc pris le parti de former en interne, en valorisant les professionnels aguerris qui deviennent eux-mêmes formateurs. Cela consolide les connaissances et donne des perspectives d'évolution aux équipes. »

Cette montée en puissance de la formation reflète une nouvelle philosophie : prendre soin non seulement des patients, mais aussi des salariés, en accompagnant leur développement de compétences. La certification Qualiopi, obtenue en 2024, viendra consacrer cette stratégie.

Dans le champ de la logistique, Nicolas Cazali, pharmacien gé-

rant depuis 2005, a vu la bascule s'opérer. « Les années 2010 ont marqué l'entrée dans une autre dimension, explique-t-il. La pharmacie a dû se réorganiser pour gérer l'essor des centres lourds et des UDM, avec un service qui s'est étoffé, des logiciels plus performants et une logistique digne d'un véritable entrepôt pharmaceutique. »

Responsable de l'eau de dialyse et des circuits de médicaments, il se retrouve aussi en première ligne de la certification. La sérialisation des boîtes de médicaments, l'hémodialyse quotidienne à domicile et l'innovation technique deviennent des standards, renforçant la sécurité des patients.

Du côté des soins, la décennie marque aussi un changement de culture. Tony Lecoiffier, recruté par le Dr Michel Fen Chong, raconte son arrivée au moment où les UDM se mettent en place. « Il fallait tout construire : les équipes, l'organisation, les liens avec les ambulanciers, les laboratoires, se souvient l'actuel directeur des soins. Ce qui m'a séduit, c'est que l'on ne voyait pas la certification comme une contrainte, mais comme un outil pour améliorer la qualité et donner du sens au travail collectif. »

Avec la fin du paternalisme médical, les usagers prennent une place croissante dans la gouvernance. La commission des usagers devient un lieu d'échanges et parfois de tensions, mais progressivement elle s'impose comme un pilier de la qualité.

« Nous sommes l'interface entre les patients et l'institution, explique Jean-Louis Chopin, représentant des usagers et ancien patient dialysé puis greffé. On partage un vécu, pas de la théorie. C'est ce qui donne toute sa force à notre parole. »

La décennie est ainsi marquée par un double mouvement : plus de rigueur dans les processus, mais aussi plus d'écoute et de reconnaissance du point de vue des patients. Cette montée en puissance qualitative se retrouve aussi dans la professionnalisation de l'offre de soins, le renforcement du lien avec l'hôpital et l'émergence de nouvelles techniques (dialyse nocturne, rhéophérèse).

« En fait, la décennie 2010 confirme l'Aurar comme acteur de référence, estime le Dr Amar Amaouche. Nous avons développé un véritable réseau interactif et solidaire, avec une offre unique à La Réunion qui conjugue toutes les modalités de dialyse, en lien avec la greffe et la prévention. »

Les années 2010 resteront donc celles où l'Aurar a franchi un cap décisif : après avoir grandi, il fallait se structurer, se certifier, innover et prévenir. Une décennie où la qualité et la sécurité deviennent non plus des ambitions, mais des acquis.

2010 - 2020





2010 - 2020





2010 - 2020





Dr Amar Amaouche // néphrologue

« Pour beaucoup de patients du Sud, contraints jusqu'alors à de longs trajets vers le Nord, c'était une véritable délivrance. »



Après plusieurs années d'exercice au Groupe hospitalier Sud Réunion, j'ai pris mes fonctions de chef de service au CAMB de Saint-Pierre [aujourd'hui PNS1] en avril 2002. L'implantation de ce centre au sein du GHSR lui donnait une place stratégique : proximité immédiate des services hospitaliers, accès à un plateau technique performant, sécurité renforcée en cas de complications. Pour beaucoup de patients du Sud, contraints jusqu'alors à de longs trajets vers le Nord, c'était une véritable délivrance.

Au moment de mon arrivée, l'Aurar ne disposait que de structures légères, de type UAD, qui ne pouvaient pas accueillir les patients polypathologiques, trop fragiles. Le CAMB a donc représenté un tournant : un centre lourd intégré au tissu hospitalier, capable de prendre en charge les cas les plus complexes. Il a fallu équiper, structurer et organiser l'offre de soins. Peu à peu, nous avons gagné en autonomie tout en gardant un lien fort avec l'hôpital grâce à une convention de partenariat.

Dès le départ, nous avons beaucoup investi dans les pratiques pluridisciplinaires. Médecins, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, psychologues, techniciens biomédicaux... Chacun avait sa place dans cette nouvelle approche. Très vite, des commissions

médicales se sont mises en place – CLUD, CLAN, CLIN – qui ont joué un rôle déterminant dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. C'est ce socle qui a préparé les procédures d'accréditation et de certification à venir.

Un autre pilier a été la formation. L'Aurar a toujours soutenu la montée en compétence des soignants. L'industrie pharmaceutique et les acteurs de la dialyse nous ont également apporté leur aide. En parallèle, nous avons multiplié les passerelles avec la médecine de ville, en organisant régulièrement des réunions scientifiques (EPU) sur la néphrologie, la dialyse et la transplantation. Nous avons aussi participé à des études nationales et à des travaux pilotés par l'industrie, ce qui a renforcé la crédibilité scientifique de l'association. La fédération néphrologique réunionnaise, puis le réseau national REIN, ont complété cette dynamique en apportant une vision épidémiologique précise de l'insuffisance rénale chronique terminale à La Réunion. Ces outils nous ont permis d'adapter nos stratégies à la réalité sanitaire de l'île.

Sur le plan thérapeutique, nous avons diversifié nos modalités : hémodialyse, dialyse péritonéale, hémodialyse quotidienne, rhéophérèse, dialyse nocturne longue. L'Aurar est aujourd'hui la seule

structure de l'île à offrir cette gamme complète. Nous contribuons aussi fortement à la transplantation rénale.

Le centre de Saint-Pierre a connu une croissance fulgurante : de 32 patients à l'ouverture, nous sommes passés à près de 120 patients réguliers. Ce centre joue aussi un rôle de repli pour toutes les unités satellites du Sud. À lui seul, le maillage territorial du Sud représente plus de la moitié de l'activité de l'Aurar.

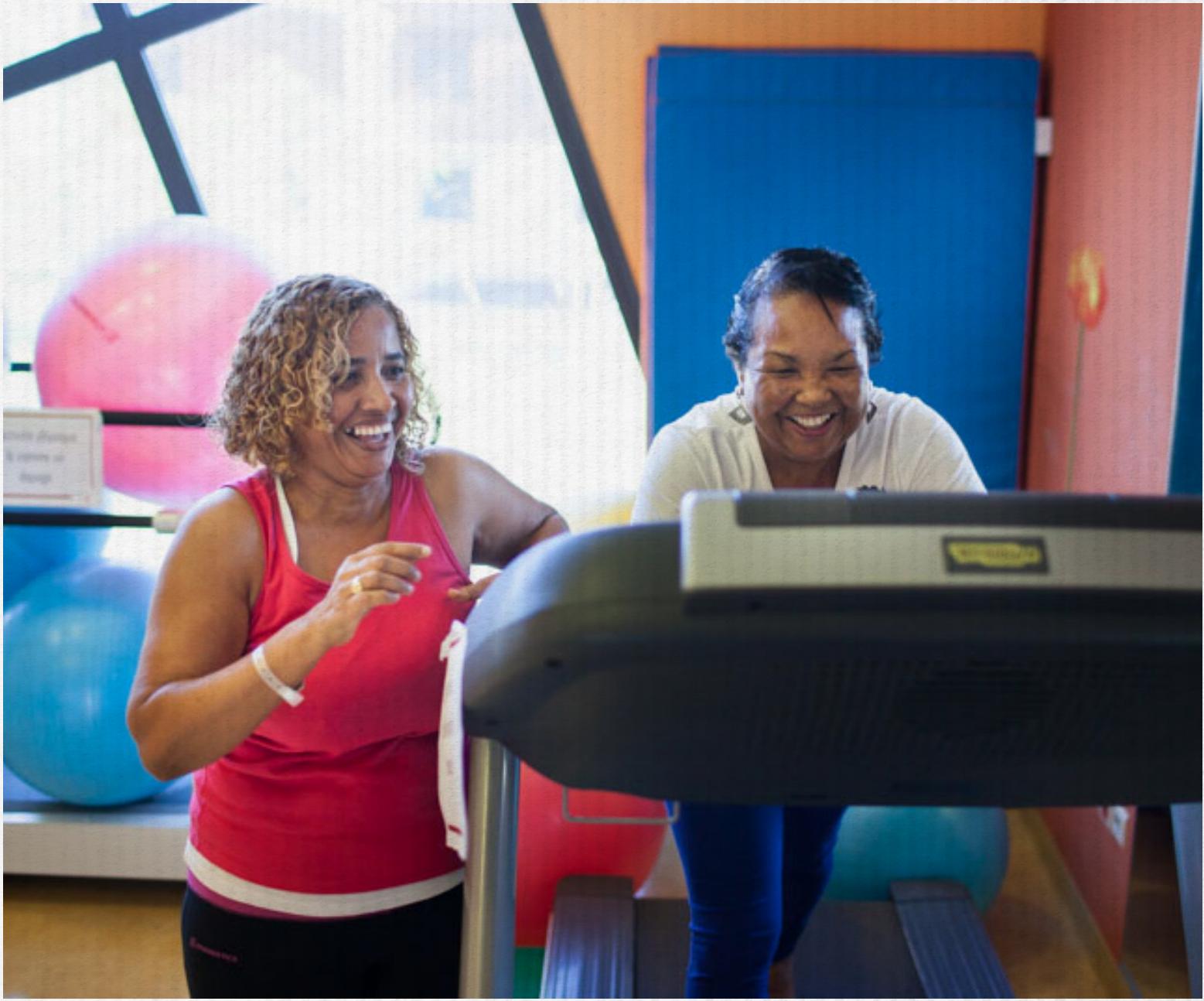
Aujourd'hui, de nouveaux projets prolongent cette ambition : l'ouverture prochaine du site de Mon Caprice, doté de multiples modalités (UAD, UDM, DP, HD nocturne, APA, nutrition), la transformation du site PNS2 en centre lourd de 32 postes, la délocalisation de l'UAD du Tampon.

En poursuivant notre développement, nous allons pouvoir proposer à la population réunionnaise une prise en charge médicale plus globale, plus diversifiée et toujours plus sécurisée.

ANNÉES 2020

- Résilience et diversification -

« Ceux qui se vaccinent restent,
ceux qui ne se vaccinent pas doivent partir. »



Résilience et diversification

La décennie 2020 s'ouvre dans un climat lourd d'incertitude. L'Aurar sort à peine d'une longue crise médiatique, marquée par deux années de polémiques et de soupçons diffusés dans un journal local et relayés par certains médias au national.

« La campagne a été violente, avec près de 200 articles à charge contre l'institution et en particulier contre la directrice générale, se souvient Vincent Boyer, directeur de la communication et de la prévention. C'était orchestré dans la volonté de nuire, de salir, de porter atteinte à la probité de l'entreprise. On avait peu de moyens de réaction parce qu'on faisait face à l'acharnement d'un journal qui ne nous a jamais sollicités pour avoir un point de vue contradictoire. Finalement, il y a eu une enquête qui a abouti à un classement sans suite, mais on a subi un préjudice d'image important. Cela aurait pu clairement porter atteinte à notre activité, à l'écosystème même de la structure. Mais on s'en est relevés avec une certaine fierté et on en est ressortis plus forts. »

À peine cet épisode refermé, une nouvelle épreuve s'impose : la pandémie de Covid-19. Comme tous les acteurs de santé, l'association doit faire face à une situation sans précédent, où la continuité des soins vitaux en dialyse ne peut souffrir aucune interruption. Nicolas Cazali en garde un souvenir très vif.

« Dès décembre 2019, j'ai entendu parler d'un virus qui circulait en

Chine, explique le pharmacien gérant. Je me souvenais des pénuries de la grippe H1N1. J'ai donc immédiatement gonflé mes stocks de masques, de blouses, de FFP2. Grâce à ça, quand la crise nous est tombée dessus, on avait de quoi équiper soignants et patients. » Il se rappelle aussi les solutions de fortune : « Pour les gels, je suis allé avec des jerrycans de 20 litres dans une pharmacie du Port qui les fabriquait. On reconditionnait nous-mêmes dans des flacons en verre. C'était le système D, mais on n'a jamais manqué de rien. » Le directeur des soins, Tony Lecoiffier, évoque quant à lui un climat d'angoisse quotidienne : « On se remettait en question tous les jours. On ne voyait pas d'avenir à une semaine près. Le moment le plus difficile, c'est quand il a fallu dire aux soignants : "ceux qui se vaccinent restent, ceux qui ne se vaccinent pas doivent partir." De vrais cas de conscience. Malgré tout, la dialyse ne s'est jamais arrêtée, et la discipline collective a permis de traverser la tempête. » Cette épreuve a renforcé une conviction : pour durer, l'Aurar doit se réinventer en permanence. Dès 2022, un pôle prévention structuré voit le jour. « Historiquement, il y a toujours eu un volet prévention, rappelle Vincent Boyer. Mais depuis 2022, nous avons lancé la Karavan ODHIR, un véhicule itinérant dédié au dépistage de l'obésité, du diabète, de l'hypertension et de l'insuffisance rénale. C'est l'Aurar qui sort des murs pour aller vers la population. »

La Karavan totalise à ce jour 140 interventions sur 18 communes et plus de 6 000 personnes rencontrées. Elle embarque un arsenal impressionnant – tensiomètre, lecteur de glycémie, impédancemètre, rétinographe, appareil de mesure de la pression plantaire – et déploie une équipe pluridisciplinaire.

« On ne dépiste pas seulement, on informe, on oriente, on remet des supports pédagogiques. L'idée, c'est de détecter les facteurs de risques, de redonner aux gens la maîtrise de leur santé », insiste Vincent Boyer.

Cette démarche illustre une tendance forte à la diversification. De la dialyse au parcours global du patient, l'Aurar développe la prévention, la nutrition, la lutte contre l'obésité complexe. Et le numérique est un autre champ de transformation.

Bertrand Ethève, directeur des systèmes d'information, décrit à ce sujet une véritable révolution : « En 2013, on faisait surtout du support administratif. Aujourd'hui, la DSI est un pilier de la qualité des soins. On a déployé la télésanté, la dématérialisation, la saisie en temps réel au pied du lit. On forme nos équipes à la cybersécurité, on prépare l'intégration de l'IA. »

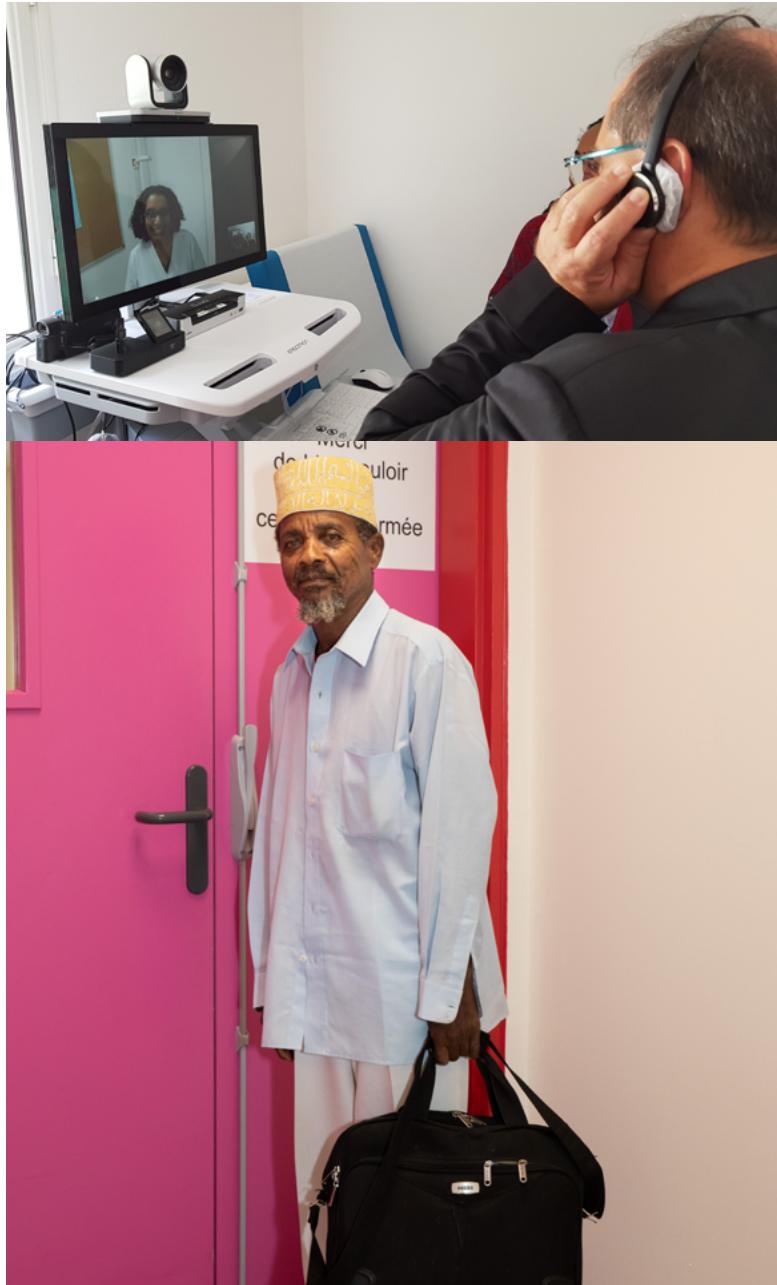
Les anecdotes sont parlantes : du disque dur transporté en voiture pour migrer des serveurs en 2015, au câble réseau arraché à la main pour stopper une cyberattaque, jusqu'aux raccordements improvi-

sés après le cyclone Garance, l'histoire de l'informatique à l'Aurar dit beaucoup de son ingéniosité.

L'innovation prend aussi la forme de la « dialyse verte ». Sobriété énergétique, réduction des déchets, limitation des consommations d'eau et d'emballages : une dynamique écoresponsable s'installe. « Il y a toujours eu ici une culture d'innovation note Gérard Salomone, président de l'Aurar. Aujourd'hui, il s'agit aussi d'innover pour la planète. »

Désormais au mitan de cette décennie 2020, l'Aurar se tient donc à un carrefour : riche de son histoire, consolidée par sa résilience, portée par une diversification ambitieuse et par la transition numérique et écologique. Le mot d'ordre reste inchangé depuis les pionniers : avancer, toujours, pour et avec les patients.

2020 - 2025





2020 - 2025





Dr Bruno Bourgeon // président de la CME de l'Aurar

**« De 300 patients, on est passés à près de 800;
De 50 salariés, on est passés à 300. »**



L'Aurar a été créée en 1980, grâce à l'initiative du Dr Robert Genin. Arrivé dans l'île en avril 1996, j'ai intégré l'association comme vacataire dès juillet. Le centre de Bagatelle, au pied du CHD, abritait les patients d'autodialyse les plus fragiles : hépatites C, sujets âgés, à une époque où on ne savait même pas ce qu'était la typologie. J'ai connu Solange, toujours dialysée, la plus ancienne de l'île ; Béatrice, la Cafrine, pas loin de nous rejoindre à nouveau, en HDQ cette fois ; la sœur Cadet, 85 ans à son décès, qui n'aura jamais pu devenir la sœur aînée ; Régine, les plus beaux yeux de la dialyse réunionnaise ; la famille polykystique Magdeleine, dont je soigne encore la troisième génération et le cousinage.

J'ai connu le déménagement de Bagatelle et de Gimart sur Quai Ouest, la cinquième île, après Ngazidja, Moili, Ndzouani et Maoré, étant donné la population de dialysés que ce centre abritait. J'ai connu Quai Ouest mieux que les deux centres d'origine. Ce fut encore mieux au Charmoy, grand bâtiment dédié à toute la néphrologie non hospitalière, plus spacieux et fonctionnel.

J'ai connu les péripéties de travailler dans le Sud quatre jours par semaine, 55 000 km par an, au risque de m'endormir au volant sur la route des Tamarins. Cela devait cesser, et cela a cessé lorsque le

recrutement de néphrologues pour le Sud a été suffisant. J'ai connu le PNE depuis 2018, tout en travaillant aussi au Charmoy. Une autre dialyse m'y attendait, où les patients de centre lourd, plus âgés, souffrant de nombreuses comorbidités, m'ont fait entrevoir une autre approche du métier, la nécessité de prévenir ces lésions, fruits d'une médecine du temps lontan où la prophylaxie n'était pas inscrite dans le vocabulaire néphrologique.

Voilà l'Aurar que je connais désormais : un développement extraordinaire sur 45 ans, surtout ces 25 dernières années, avec la mise en place de la clinique Oméga, de l'Adénium, de Philancia, de la Karavan ODHIR.

De 300 patients, on est passés à près de 800 ; de 50 salariés, on est passés à 300. Un coup de balai et une meilleure gestion pour structurer la boîte. L'Aurar, c'est une diversification de l'offre de soins, de la dialyse sous toutes ses formes jusqu'à notre petite dernière, la dialyse longue nocturne, en passant par toutes les typologies de patients, et toutes les dialyses à domicile, DP, HDQ... Ainsi que la participation active à la transplantation au travers des bilans pré-greffe, des consultations post-greffes alternées. L'Aurar, c'est également la dialyse éco-responsable, que nous entendons développer, faite

autant de gestes écologiques de soins, jusqu'au tri des déchets, au cotransport des patients, au covoiturage des personnels, des économies sur l'eau et l'énergie, sur notre production de déchets, la construction de bâtiments en énergie positive.

L'Aurar, c'est ensuite la prévention : consultations néphrologiques, parcours de soins, Karavan ODHIR. Pour satisfaire notre recrutement et ralentir la progression de la maladie rénale chronique à La Réunion et à Mayotte. Avec un succès conforté par les nouvelles molécules de la pharmacopée.

L'Aurar, c'est également la recherche en néphrologie et en nutrition : programme de recherche sur l'obésité génétique, participation à la recherche sur les lithiases rénales réunionnaises, découverte de la néphropathie de La Salette, mise en évidence de la CINAC sur nos rivages de l'océan Indien, autres que ceux du Sri Lanka ou d'Inde. L'Aurar, c'est enfin une Unité de Concertation Ethique, qui a fait surgir des questionnements sur notre rapport au travail, sa finalité, notre Humanité... Quel meilleur mot pourachever un discours !

TEMOIGNAGES

Sandrine Padavatan (diététicienne) - 2015

« La petite entreprise est devenue grande ! »

« La petite entreprise est devenue grande ! J'ai constaté ce changement depuis mon arrivée il y a 10 ans. Mon intégration a été facile, j'ai vite trouvé ma place, avec une vraie qualité de vie au travail. J'ai le sentiment d'exercer un métier utile en aidant les patients à améliorer leur quotidien sur le plan nutritionnel. L'écoute, les échanges sont aussi des moments importants, y compris hors les murs, lorsque nous nous retrouvons en fin d'année pour des journées festives et conviviales. On danse, on partage un bon repas, dans un autre contexte qui aide à oublier les difficultés de la maladie ».



Martine Ethève (infirmière) - 2012

« L'amélioration de nos pratiques, la qualité des soins restent nos objectifs principaux. »

« A l'Aurar depuis 13 ans, j'ai eu la chance de côtoyer des collègues motivés et des équipes pluriprofessionnelles investies. L'amélioration de nos pratiques, la qualité des soins restent nos objectifs principaux et me permettent de m'améliorer en permanence. Le petit plus qui me motive chaque jour, c'est la qualité de la relation entretenu avec les patients, le partage de leur quotidien et l'esprit convivial dans nos échanges. L'anecdote que je retiendrais est ce moment lors duquel j'ai dû témoigner pour un de mes collègues lors d'une soirée de remise des médailles du travail. Stressant mais heureuse de lui faire cet hommage. »



Willy Payet (infirmier) - 2009



«Avec les collègues, on échange en permanence, et les problèmes sont réglés collectivement.»

« L'Aurar, c'est une structure professionnelle qui respecte le projet de soins du patient dans sa globalité, de l'entrée en dialyse jusqu'à la greffe. J'y exerce depuis 2009, principalement dans les unités d'auto-dialyse du Sud de l'île. Les soins se sont professionnalisés au fil des années, les protocoles sont pointus, les équipements performants, et la dématérialisation des dossiers médicaux nous laisse plus de temps au contact des patients. Avec les collègues, on échange en permanence, et les problèmes sont réglés collectivement.»



Sébastien Hoareau (technicien biomédical) - 2000

« Nous faisions des interventions de Saint-Benoît à Saint-Joseph quasiment tous les jours.»

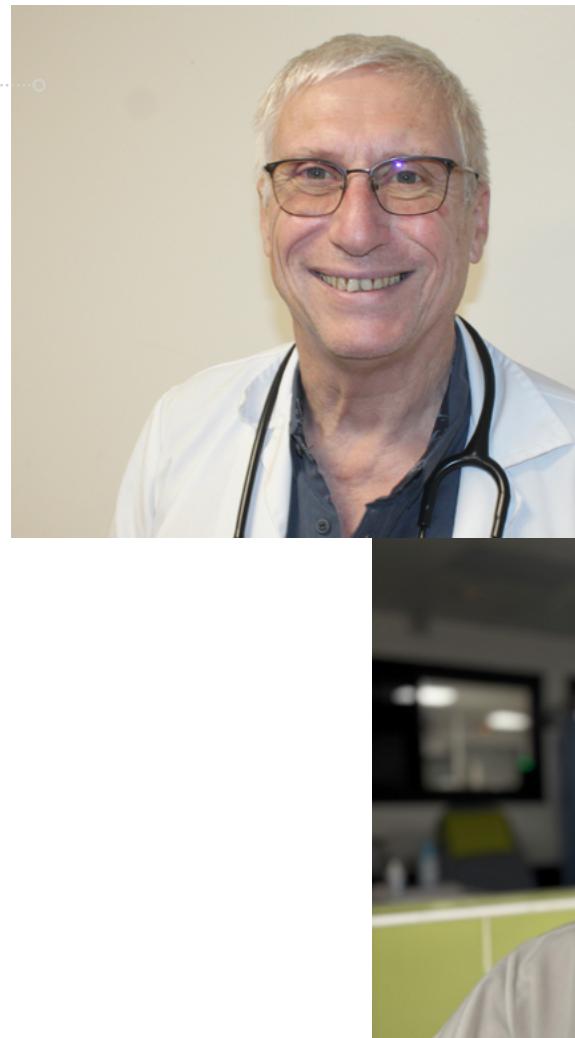
« Je suis arrivé à l'Aurar le 3 janvier 2000. L'association était en pleine mutation. L'équipe technique, composée de Patrick Channing's et Bernard Rolland, m'a très rapidement intégré. Nous faisions des interventions de Saint-Benoît à Saint-Joseph quasiment tous les jours. L'Aurar a su évoluer favorablement et s'adapter aux besoins croissants de la prise en charge de la population réunionnaise. Exemple : les centres de dialyse ont vite été équipés de générateur de secours pour plus de flexibilité et de sécurité dans les soins. Une anecdote ? A mon arrivée, je devais embaucher tous les matins à la Possession. Il n'y avait pas encore la route des Tamarins et l'embouteillage était tellement important que je venais de Saint-Leu à vélo. C'était plus rapide qu'en voiture ».

TEMOIGNAGES

José Guiserix (néphrologue) - 2018

« Ce qui me rend le plus fier, c'est justement cette collaboration très étroite entre l'Aurar et les hôpitaux. »

« J'ai une pensée particulière pour mes confrères Robert Genin, Christian Chuet, et Michel Fen Chong, les architectes de l'Aurar, dont la contribution a été décisive dans le développement de la néphrologie réunionnaise. Il faut se souvenir que l'Aurar est née de la demande d'un patient qui souhaitait dialyser chez lui, par convenance. Avec les soutiens des deux hôpitaux publics de l'époque, l'activité s'est ensuite développée avec la dialyse péritonéale en première intention puis une offre de centre lourd avec l'ouverture du Pôle néphrologique de Saint-Pierre, qui a considérablement renforcé l'offre régionale de santé et permis, disons-le clairement, de sauver des vies. Ce qui me rend le plus fier, c'est justement cette collaboration très étroite entre l'Aurar et les hôpitaux. Lorsque j'étais chef du service de néphrologie à l'hôpital Alfred Isautier (de 1988 à 2018), des représentants de l'Aurar - cadres infirmiers ou médecins - assistaient toujours aux staffs. Il n'y a jamais eu de compétition ni de concurrence exacerbée entre les établissements du Sud, tout s'est passé de manière très fluide dans l'intérêt des patients, grâce à l'implication des équipes médicales et au soutien des directions respectives ».



Nadine Madarassou [secrétaire médicale] - 2008



« Nous sommes une structure pérenne qui offre un cadre sécurisant pour les patients et les personnels. »

« Nous sommes une structure pérenne qui offre un cadre sécurisant pour les patients et les personnels. Beaucoup de choses ont évolué depuis mon arrivée en 2008 : les équipes, forcément, les infrastructures, l'offre de soins et bien sûr les patients. Au quotidien, ça reste un challenge de mettre en pratique les protocoles, avec toujours plus de rigueur, sans altérer le lien humain avec les patients. »



Jasmine César [aide-soignante] - 1995

« J'ai commencé avec un balai... »

« Avec Claudette [Adrien], nous faisons partie de la vieille école, celle des années 90. Que de chemin parcouru depuis mes débuts au centre bagatelle de Saint-Denis. J'ai commencé avec un balai... aujourd'hui, je suis à l'aise sur l'ordinateur et le smartphone pour toutes mes démarches. Avec les collègues, il y a toujours eu de l'entraide, une bonne entente. Un souvenir marquant ? Je dirai deux : une nuit de cyclone où je suis resté bloquée dans le centre de dialyse ; et ce jeune patient qui a dialysé pendant 3 mois... avant de retrouver l'usage de ses reins. Peut-être un miracle ? »

TEMOIGNAGES

Valérie Bitan [gestionnaire de flux] - 2001

« J'ai touché à presque tout, c'est ce qui m'a motivée. »

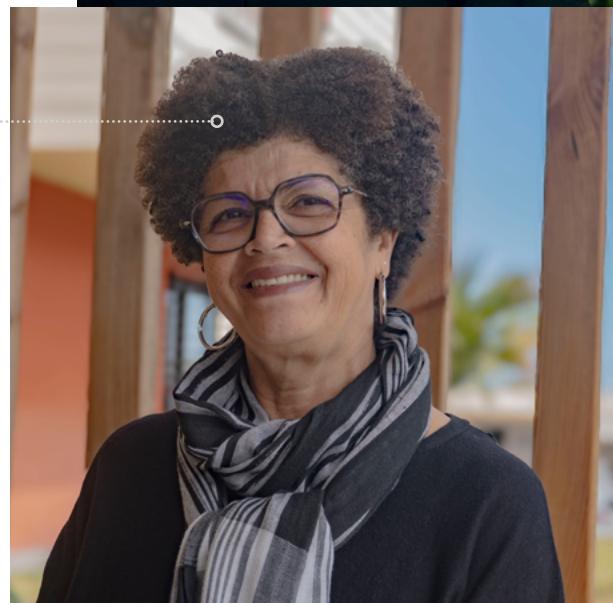
« 45 ans, le temps est passé vite... et déjà 24 ans à l'Aurar. J'ai vu la structure passer d'un petit cocon familial à une grande « machine » associative, tout en restant une belle aventure humaine. J'ai commencé en auto dialyse, puis PNS1, puis coordo, flux, Mayotte, formation cadre... j'ai touché à presque tout, c'est ce qui m'a motivée. Chaque nouveau poste a été un challenge et m'a permis de me réinvestir différemment. Une anecdote marquante restera ce patient, M. Lebon, qui, en plaisantant après une amputation, m'a rappelé combien ce métier est rempli d'humanité. »



Clelie Adame [cadre de santé] - 2005

« L'Aurar a grandi, avec plus de patients, de centres, de patrimoine, tout en gardant ses valeurs de proximité. »

« Je suis arrivée à l'Aurar le 19 septembre 2005, sans rien connaître à la dialyse. À l'époque, c'était une petite famille, j'ai commencé au PNE de Saint-Benoît avec le centre lourd, l'UAD et son beau jardin et ses bambous. J'ai appris le métier, puis évolué du poste d'infirmière à la coordination des équipes, jusqu'à devenir cadre en 2018, avec des spécialisations en prise en charge de la douleur, maladies chroniques et éducation thérapeutique. L'Aurar a grandi, avec plus de patients, de centres, de patrimoine, tout en gardant ses valeurs de proximité. Mon plus beau souvenir reste l'ouverture et la fermeture du centre de Salazie, une petite équipe au plus près des patients, une très belle expérience. »





Claudette Adrien [aide-soignante] - 2000

« L'Aurar fait partie de ma vie depuis 29 ans. »

« L'Aurar fait partie de ma vie depuis 29 ans ! Dans l'Ouest, je fais partie des pionnières. J'ai commencé au poste d'agent, en contrat emploi solidarité, avant de devenir aide-soignante après une validation des acquis. Le métier a évolué, nous restons au contact des patients, mais nous intervenons aussi dans les réunions pluridisciplinaires, et nous jouons un rôle important lors des certifications. »



Melvin Glénac [infirmier] - 2024

« J'ai dû gérer une trentaine d'appels en une nuit, un bon bizutage ! »

« 45 ans d'activité, ce n'est pas rien. L'Aurar renvoie l'image d'une structure de confiance qui évolue d'année en année, qui investit. Je m'y sens à l'aise, les patients sont fidélisés dans le cadre de notre suivi en dialyse péritonale, en consultation en centre ou à leur domicile. En tant qu'infirmier, j'apprécie également de pouvoir bénéficier de formations continue qui permettent de renforcer les compétences, théoriques, relationnelles, pratiques. Un souvenir marquant depuis mon arrivée ? Je pense à ma toute première astreinte en période cyclonique. J'ai dû gérer une trentaine d'appels en une nuit, un bon bizutage ! »

TEMOIGNAGES

Karine Ho Poon Sung (pharmacienne adjointe) - 2006

« Ici on peut grandir et se projeter sereinement. »

« 45 ans de l'Aurar, c'est une belle aventure ! Une structure durable, qui évolue, se diversifie et reste solide. Je suis fière d'y contribuer, car on se développe toujours au service des patients. Je me sens en confiance, ici on peut grandir et se projeter sereinement jusqu'à la retraite.

Mon parcours a été riche : pharmacienne hygiéniste à l'ouverture d'Oméga en 2007, puis gestion des risques, qualité et de nouveau pharmacienne... je ne me suis jamais ennuyée !

Mon plus beau souvenir reste le Challenge Qualité : une belle aventure d'équipe, pleine d'énergie, de créativité et de fierté collective.



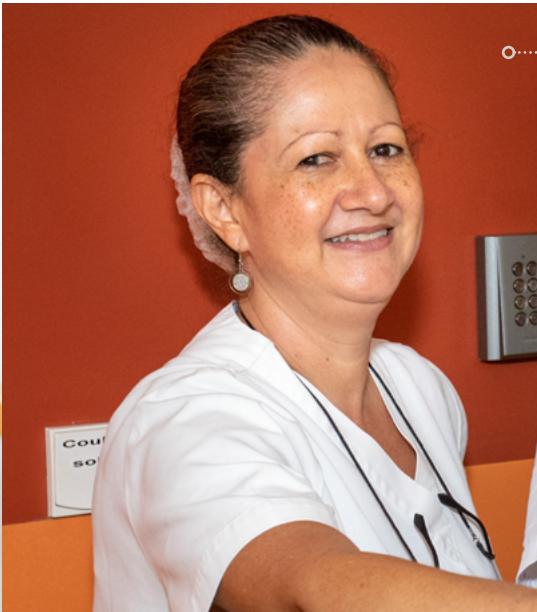
Laurence Martin (préparatrice en pharmacie) - 2002

« Ces 45 ans symbolisent la volonté de placer l'humain au cœur des soins. »

« Les 45 ans de l'Aurar représentent pour moi une étape historique et une véritable source d'inspiration pour l'avenir. C'est la preuve d'un engagement constant au service des patients, mais aussi d'une grande capacité d'adaptation face aux évolutions médicales, technologiques et sociétales. Ces 45 ans symbolisent la volonté de placer l'humain au cœur des soins, et je suis fière de contribuer à cette mission. Mon parcours professionnel, je le compare à une croisière autour du monde :

chaque projet a été comme une escale, avec ses climats, ses défis et ses apprentissages. Matelot depuis 23 ans, je suis fière de faire partie de cet équipage. J'ai toujours été préparatrice en pharmacie. Chaque étape a été enrichissante. Je me souviens encore de nos débuts à Cambaie : la pharmacie ressemblait à une grande caveme où il fallait escalader les cartons pour trouver ce que l'on cherchait ! Nous étions trois, puis l'équipe s'est agrandie avec Nicolas, qui a repris le flambeau.»





Jocelyne Folio [aide-soignante] - 2002

« Et cette patiente qui m'appelait « chignon vert » à cause de ma charlotte. »

« 45 ans ? ça m'inspire la fin de carrière ! Eh oui, il me reste deux ans. Loin de compter les jours, je suis très heureuse d'être à l'Aurar, j'aime mon travail, ça se passe très bien avec les patients. Nous sommes leurs premiers confidents, nous les aidons à lâcher prise. Je fais de mon mieux pour les écouter, les réconforter quand il le faut, et ils me le rendent bien. De bons souvenirs, j'en ai tellement ! Lors de la première épidémie de chikungunya, tout le monde criait « ouaï » en salle, mais c'était une douleur joyeuse, on en rigolait. Et cette patiente qui m'appelait « chignon vert » à cause de ma charlotte. Ou ce patient non voyant, qui arrivait à m'identifier dès que je lui prenais le bras ».



Sandrine Técher [Cadre de santé] - 2006

« Entendre une patiente vous dire qu'elle nous voit plus que sa propre famille, c'est forcément touchant. »

« J'ai commencé comme infirmière en 2006. L'Aurar m'a permis de devenir cadre au centre de Saint-Benoît. Ici, c'est comme une famille. Le quotidien de soins, les patients, les collègues font partie de ma vie. On est véritablement attachés les uns aux autres. Entendre une patiente vous dire qu'elle nous voit plus que sa propre famille, c'est forcément touchant, et ça dit tout de l'importance de notre prise en charge en proximité ».

TEMOIGNAGES

Solenn Robin [infirmière] - 2017

« J'y ai grandi professionnellement à travers les formations, l'accompagnement des collègues, la diversité des activités. »

« J'y ai grandi professionnellement à travers les formations, l'accompagnement des collègues, la diversité des activités : dialyse en centre, entraînement, hémodialyse à domicile et consultations. Je poursuis actuellement un défi de taille avec un Master d'infirmière en pratique avancée qui me permettra de contribuer davantage à la qualité des soins. Une anecdote ? Ma candidature au centre du Port a bien failli être compromise lorsque mon Directeur des soins a constaté le port de chaussettes avec mes savates. J'ai eu beau plaider la babouk coincée sous ma pédale de voiture, mais trop tard ! »



Jackson Bouget [aide-soignant] - 1991

« 30 ans de carrière et toutes les médailles du travail possibles à l'Aurar. »

« 30 ans de carrière et toutes les médailles du travail possibles à l'Aurar. Je n'ai rien oublié de mes débuts en tant que chauffeur-livreur avec Eric [Thiaw-Toc]. On commençait à 7h, et on finissait à pas d'heure. Le transport du linge, du matériel de dialyse, entre Saint-Joseph et Saint-Denis, ça en faisait de la route. Un jour, j'ai bien cru que j'allais y rester. Notre fourgon s'est retrouvé bloqué par une inondation à Saint-Louis. Impossible d'avancer, c'est un camion qui nous a sauvé des eaux en nous poussant ».





Honorine Bordy (infirmière) - 2022

« La démarche qualité est ancrée dans nos pratiques et dans l'organisation de l'établissement. »

« Infirmière en dialyse, c'est une prise en charge holistique qui va au-delà de la maladie rénale. La démarche qualité est ancrée dans nos pratiques et dans l'organisation de l'établissement. A Saint-Benoît, où j'exerce depuis 3 ans, le lien de confiance est fort avec les patients. Notre centre se distingue aussi par son dynamisme et ses innovations : le sport-santé, la rhéophérèse, les consultations avancées... tous ces challenges permettent d'améliorer nos pratiques ».



Julie Vogt (cadre de santé) - 2023

« On m'a fait confiance, j'en suis honorée. »

« Ce qui m'a marqué en trois ans, c'est ma prise de poste en tant que cadre au Pôle néphrologique. Un gros challenge, inattendu ! On m'a fait confiance, j'en suis honorée. Le poste est stimulant, les missions sont exaltantes. L'ouverture du nouveau centre de Mon Caprice, à Saint-Pierre, a été une belle aventure. Les patients vont disposer d'un très bel établissement, lumineux, spacieux, avec toutes les modalités de dialyse possibles, y compris l'offre de nuit. Bravo à toutes les personnes qui ont permis de concrétiser ce projet ».

TEMOIGNAGES

Isabelle Chane-Haï (technicienne informatique) - 2001

« Ce n'est pas tant moi qui ai évolué, mais le métier lui-même. »

« Quand je suis arrivée au début des années 2000, nous étions une soixantaine de collaborateurs. Le parc informatique était minime : une vingtaine de machines, quelques serveurs, pas de téléphones portables, et des ordinateurs énormes. Aujourd'hui, tout a changé : mobiles, scanners, visio, chariots de télémédecine... Le pôle informatique a suivi cette évolution à pas de géant.

Au départ, une ou deux personnes suffisaient pour tout gérer. Désormais, nous sommes six, chacun avec ses compétences, et il y a du travail pour tous. Le métier a profondément évolué : avant, on réparait les ordinateurs ; maintenant, on administre des systèmes, on gère la cybersécurité et le cloud. Tout s'est complexifié, notamment pour garantir la sécurité et la continuité des soins.

J'ai vécu de grands moments : l'ouverture de la clinique Oméga, les 30 ans de l'Aurar, ou encore des anecdotes marquantes comme cette coupure de courant à Saint-Paul quand toute la direction était en séminaire à Cilaos ! À l'époque, l'activité pouvait continuer sans informatique ; aujourd'hui, ce serait impensable.

Ce que je retiens, c'est l'adaptation permanente. On a changé de logiciels, modernisé nos outils, renforcé nos réseaux. Ce n'est pas tant moi qui ai évolué, mais le métier lui-même. Et je suis fière d'avoir accompagné cette transformation, entourée d'une équipe soudée et complémentaire, où chacun apporte sa pierre à l'édifice .»





Corine Niscoise [Gestionnaire Ressources humaines] - 2005

« L'Aurar, ce n'est pas qu'un lieu de travail, c'est un vrai chapitre de ma vie. »

Pour moi, ces 20 ans à l'Aurar, c'est comme si c'était hier. J'ai toujours la même énergie et la même bonne humeur qu'à mes débuts. L'Aurar, ce n'est pas qu'un lieu de travail, c'est un vrai chapitre de ma vie. Je suis fière de ses 45 ans : elle tient toujours la route, progresse et continue à écrire une belle histoire, et j'espère en faire encore longtemps partie. Mon meilleur souvenir, c'est l'époque où l'Aurar était une petite maison à Saint-Paul : une vraie famille, de la joie et de la proximité. Et plus récemment, la période Covid a été un moment difficile mais riche en solidarité. On formait un vrai groupe uni, l'esprit Aurar dans toute sa force. »



Henrico Ichane [Directeur des ressources humaines] - 2004

« Ce chemin a été rendu possible grâce aux nombreuses formations proposées par l'AURAR. »

« Ces 45 ans symbolisent une belle réussite, celle d'une société qui a su grandir, évoluer et se développer, tout en gardant une même ligne de conduite : placer le patient au centre de toutes nos réflexions et maintenir une véritable proximité avec lui. Mon parcours à l'AURAR a été particulièrement riche et évolutif. J'ai eu la chance de passer par plusieurs services : la facturation, les ressources humaines, la maintenance, la construction... jusqu'au poste de DRH. Ce chemin a été rendu possible grâce aux nombreuses formations proposées par l'Aurar, qui m'ont permis de progresser et de m'épanouir professionnellement. Lorsque j'étais jeune, ma mère était dialysée, elle se faisait soigner au CHD. Je trouvais formidable que des patients puissent être pris en charge en dehors de l'hôpital, dans un lieu plus proche, plus humain. »

TEMOIGNAGES

Christelle Caissac [cadre infirmière hygiéniste] - 2002

« À force d'essais, de persévérence et d'engagement, les projets ont vu le jour.»

« Depuis 45 ans, l'Aurar s'impose comme un acteur incontournable de la santé, un lieu où les rêves deviennent réalité : Karavan santé, dialyse à domicile, dialyse longue, centre de formation... Rien ne s'est construit en un jour, mais à chaque étape, le cœur des Aurariens battait fort. À force d'essais, de persévérence et d'engagement, les projets ont vu le jour.

Pour ma part, 25 ans déjà à l'Aurar ! Si je suis encore là, c'est bien que je ne me suis jamais ennuyée. J'ai grandi avec l'Aurar, appris, partagé, évolué. J'ai autant reçu que j'ai pu donner, et chaque jour a été une nouvelle opportunité d'apprendre et de contribuer. Un souvenir marquant reste celui du cyclone qui avait détruit le pont de Saint-Louis, isolant tout le secteur ouest. Avec quatre infirmiers et deux aides-soignants, nous avons travaillé sans relâche, de 8h du matin à 2h du matin le lendemain, pour accueillir les patients. Personne ne s'est plaint : nous étions unis, animés par la même volonté de bien faire. Une véritable coalition soignante, tournée vers un seul objectif, le patient.»



Florence Lim Houn Tchen [Responsable logistique] - 2007

« 45 ans pour moi, c'est à la fois l'anniversaire de l'Aurar et le mien ! »

« 45, c'est un nombre fort. C'est à la fois l'anniversaire de l'Aurar et le mien ! Je suis arrivée le 2 février 2007 comme agent de service. J'ai ensuite passé ma VAE pour devenir aide-soignante, et après plusieurs années, j'ai participé à l'ouverture du Centre de dialyse ouest réunion. J'étais la seule aide-soignante, avec deux infirmiers et une secrétaire. J'ai mis en place des formations, des procédures, travaillé sur de nombreux projets et participé à plusieurs ouvertures de centres de dialyse, dont celui du Port. Aujourd'hui, je suis aussi mise à disposition de notre blanchisserie. L'événement le plus marquant reste les 30 ans de notre association à l'espace Omega. Nous étions très nombreux. Un moment fort et inoubliable : rire, danser, partager avec les patients et leurs familles ».





Ghislain François (Directeur général adjoint) - 2019

« J'y ai découvert un management bienveillant, intelligent, sans pression inutile. »

« 45 ans, c'est un bel âge. Une entreprise qui a vécu, grandi, traversé les années, et qui a encore tant à construire. Depuis 6 ans, j'ai vu une structure déjà solide continuer à grandir, à se renouveler. L'Aurar est devenue une entreprise bien implantée sur son territoire, toujours agile.

Je suis arrivé comme DGA, d'abord sur la partie financière, puis très vite sur le bâtiment : un secteur que je ne connaissais pas et que j'ai appris à aimer. Ici, on découvre sans cesse de nouveaux métiers : la construction, la rénovation, la blanchisserie... Chaque projet est une aventure, chaque jour une découverte. C'est ce qui rend l'Aurar unique : une richesse d'activités, une curiosité permanente, et surtout, on ne s'ennuie jamais.

Normalement, je reste 4 ou 5 ans dans une entreprise. Ici, cela fait 6 ans et je me vois y rester encore longtemps. C'est un signe : je m'y épanouis. Mon moment le plus fort reste mon arrivée. J'y ai découvert un management bienveillant, intelligent, sans pression inutile. Et paradoxalement, on y fait plus, et mieux. Travailler sereinement, réfléchir avant d'agir, avancer ensemble : voilà ce que représente pour moi l'Aurar. Une aventure humaine et professionnelle passionnante ».

Thérèse Imouche (Agent de service) - 1986

« En 40 ans, j'en ai vu passer des générations de collègues et de patients. »

« J'ai débuté comme femme de ménage en 1986. A l'époque, on accueillait les patients dans une maison individuelle à la Rivière Saint-Louis. Je m'occupais du nettoyage des locaux, des machines, j'aids à la préparation des repas, j'assistais l'infirmière pour l'installation des patients. C'était la polyvalence ! En 40 ans, j'en ai vu passer des générations de collègues et de patients. J'en ai vu partir aussi. Le décès d'un patient, ça nous bouleverse toujours. Un peu de lassitude ? Non, vraiment. Je me gère bien. C'est le travail qui me ressource ».



TEMOIGNAGES

Rémi Achard [cadre de santé] - 2024

« L'Aurar est une institution, avec une véritable volonté de se mettre au service de l'ensemble du territoire réunionnais. »

« L'Aurar est une institution tournée vers la qualité des soins, avec une véritable volonté de se mettre au service de l'ensemble du territoire réunionnais. Au Centre de dialyse ouest Réunion, la collaboration entre le CHOR et l'Aurar en est l'illustration : loin d'opposer public et privé, elle démontre qu'un partenariat fondé sur le partage et la complémentarité permet de répondre efficacement aux besoins en dialyse d'une patientèle nécessitant une surveillance continue. Cette culture institutionnelle se reflète pleinement dans mon quotidien de cadre de santé, où j'ai perçu une véritable capacité à agir, soutenue par un climat de confiance et par des procédures de qualité et de sécurité des soins clairement établies. L'équipe du CDOR partage cette même vision : une volonté commune de travailler ensemble, une synergie qui transcende les individualités au profit d'un collectif uni, œuvrant chaque jour pour le patient ».

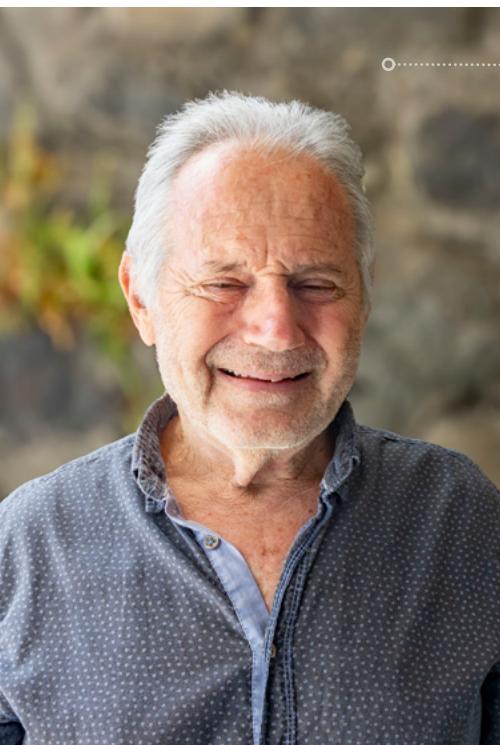


Alfred Grondin [aide-soignant] - 1994

« A mes débuts dans les années 90, j'étais un peu livreur, un peu technicien, un peu secrétaire... »

« A mes débuts dans les années 90, j'étais un peu livreur, un peu technicien, un peu secrétaire... Le centre était placé sous la responsabilité d'un infirmier et d'un aide-soignant. Du coup, c'était très polyvalent. Je repense à tous les infirmiers que j'ai formé aux machines Nikiso. On faisait le montage, la désinfection manuelle au Formol, y compris le dimanche. Nostalgique ? Non, c'était une autre époque. On a perdu en relationnel de grande proximité avec les patients, mais la professionnalisation des postes nous a enlevés pas mal de responsabilités.»





Dr Christophe Trébuchet (président de Philancia et administrateur de l'Aurar) - 2005

« Les services rendus aux Réunionnais, la qualité du travail accompli et la manière sont remarquables. »

« Je suis investi à l'Aurar depuis près de 20 ans. Les services rendus aux Réunionnais, la qualité du travail accompli et la manière employée sont remarquables. Les liens avec les patients et leurs familles m'ont toujours paru très soignés, très attentifs. La qualité des soins n'est pas à discuter, reconnue au plus haut niveau par les autorités de santé.

L'Aurar joue un rôle essentiel depuis des années et s'est diversifiée avec la prise en charge de l'obésité, de la rééducation, des troubles de l'alimentation et de l'insuffisance rénale. Je m'occupais auparavant de l'administration hospitalière en tant que médecin. Administrateur bénévole à l'Aurar est la seule activité que j'ai gardée depuis ma retraite, car elle reste une part importante de ma vie. Avec la direction et toutes les équipes, les échanges sont toujours simples et constructifs, car nous partageons la même motivation : la qualité des soins et le bien-être des patients.

Je me souviens aussi d'une période difficile, lorsque l'Aurar et sa direction ont été attaquées injustement. Malgré toutes les vérifications, rien n'a été trouvé, et nous avons su rétablir notre réputation. Ce moment a renforcé notre unité et prouvé la solidité de l'association et la qualité du travail accompli »



Quatre décennies d'activités, un développement continu, des certifications au plus haut niveau, et le constat d'une réflexion nécessaire pour adapter l'image et l'identité Aurar à son champ d'activités actuel. Ainsi est née Ovia Santé, entité collective qui rassemble les différentes filiales et activités du groupe associatif.

Un logo, un nom, une signature, conçus par l'agence Yuman, qui s'inspire à la fois d'un son et d'un mouvement. « O », sonorité familière dans la galaxie Aurar. « Via » pour symboliser à la fois le chemin parcouru par l'institution et les parcours de vie des patients. Visuellement, le O [de Ovia] et le S [de santé] s'imbriquent pour former un monogramme qui devient l'emblème du groupe.

Une nouvelle identité, une harmonisation graphique, sans rupture, puisque les entités historiques - Aurar, Oméga, Adenium, Philancia, Odhir - ne s'effacent pas, conformément à la volonté des personnels qui restent attachés à leurs structures respectives. Notre identité évolue mais nos valeurs historiques demeurent : la proximité, la qualité des soins et l'innovation.

Longue vie à Ovia Santé !





de la construction de l'édifice, mais aussi pour la démolition et la reconstruction de l'ancien bâtiment.

Le 1^{er} juillet 1980, l'Asurar est officiellement inauguré par le Président Léopold Sédar Senghor. Ses premières années sont marquées par une croissance rapide, avec l'ouverture d'agences dans plusieurs villes du pays, et l'expansion de ses services vers l'assurance-vie et l'assurance-maladie.

En 1985, l'Asurar devient membre de l'Union Africaine des Assurances (UAA), et commence à établir des partenariats internationaux avec des compagnies comme la Swiss Re et la Caisse de dépôt et placement du Québec.

À la fin des années 1980, l'Asurar continue son expansion, avec l'ouverture d'agences dans les îles du Cap-Vert et au Sénégal. Il devient également l'un des premiers assureurs à proposer des produits d'assurance contre les risques liés aux changements climatiques.

Les années 1990 voient l'Asurar se consacrer davantage à l'assurance-vie et à l'assurance-maladie, tout en continuant à développer ses services traditionnels. En 1995, l'Asurar lance sa première application mobile pour les agents commerciaux.

À la fin des années 1990, l'Asurar devient l'un des plus grands assureurs au Sénégal, avec une présence dans presque toutes les régions du pays. Il continue à investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits et services.

En 2000, l'Asurar lance sa première application mobile pour les agents commerciaux. En 2005, il devient membre de l'Union Africaine des Assurances (UAA).

À la fin des années 2000, l'Asurar continue à développer ses services traditionnels, tout en continuant à investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits et services.

En 2010, l'Asurar lance sa première application mobile pour les agents commerciaux. En 2015, il devient membre de l'Union Africaine des Assurances (UAA).

À la fin des années 2010, l'Asurar continue à développer ses services traditionnels, tout en continuant à investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits et services.

En 2020, l'Asurar lance sa première application mobile pour les agents commerciaux. En 2025, il devient membre de l'Union Africaine des Assurances (UAA).

À la fin des années 2020, l'Asurar continue à développer ses services traditionnels, tout en continuant à investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits et services.

En 2030, l'Asurar lance sa première application mobile pour les agents commerciaux. En 2035, il devient membre de l'Union Africaine des Assurances (UAA).

À la fin des années 2030, l'Asurar continue à développer ses services traditionnels, tout en continuant à investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits et services.

En 2040, l'Asurar lance sa première application mobile pour les agents commerciaux. En 2045, il devient membre de l'Union Africaine des Assurances (UAA).

À la fin des années 2040, l'Asurar continue à développer ses services traditionnels, tout en continuant à investir dans la recherche et le développement de nouveaux produits et services.

1980 2025
Asurar 45 ans