

Convergence

Ensem' nou serv la vi!

Dossier P 6

La greffe rénale

La Réunion affirme son dynamisme

P4 | Débat

Le CHR à 3 voix M.Calmon,
Dr JF Delambre, Dr C.Trébuchet



P10 | Zoom

Nouvelle Unité Mobile de
Gériatrie au GHSR



P12 | Qualité...

Dernière ligne droite avant
la visite HAS



Au Sommaire

- 3 **Actualité | Agenda**
- 4 **Débat**
Le CHR à 3 voix M.Calmon, JF Delambre, C.Trébuchet
- 6 **Dossier**
La greffe rénale
La Réunion affirme son dynamisme
- 10 **Zoom**
L'UMG : La nouvelle Unité Mobile de Gériatrie du GHSR
- 12 **Qualité**
Dernière ligne droite avant la visite HAS
- 15 **Culture**

Convergence

- **Directeur de la Publication :**
Michel Calmon
- **Réalisation :**
Luis Santos, Martine Rajzman
- **Ont participé à ce numéro :**
Catherine Wendling ; Jean Luc Michel, Marie-Pierre Cresta ; Clémence Payet ; Patrick Gérardin.
- **Crédit photos :**
Corinne Tellier, Lilian Dijoux, Martine Rajzman, Jean-Luc Michel,
- **Convergence est un magazine bimestriel édité à 6000 exemplaires.**
- **Contact :**
Martine Rajzman : Service Communication & Culture du CHR
0692 00 10 07
martine.rajzman@chr-reunion.fr

Centre Hospitalier Régional de La Réunion
- Site Centre Hospitalier Félix Guyon - 97405 Saint-Denis Cedex
Tél. 0262 90 50 01 Fax 0262 90 50 51
- Site Groupe Hospitalier Sud Réunion - BP 350 - 97448 Saint Pierre Cedex
Tél. 0262 35 90 01 Fax 0262 35 90 04

Éditorial



« **CONVERGENCE** » : Le titre de la nouvelle revue du Centre Hospitalier Régional de la Réunion est plus qu'un symbole de la volonté des communautés hospitalières du Nord et du Sud de travailler ensemble au bénéfice de la population réunionnaise.

Il exprime aussi le fait que l'Union fait la Force. La mise en œuvre d'un projet médical et d'un projet de soins communs, l'élaboration d'un véritable projet social pour les personnels du CHR sont désormais des priorités reconnues par les pouvoirs publics, bénéficiant du soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Le financement des activités de recours sera majoré, la modernisation des deux sites sera confirmée, l'effort de recherche et d'innovation sera amplifié, sous réserve du respect des contrats de retour à l'équilibre budgétaire.

La revue du CHR témoignera de ces évolutions, donnera la parole aux acteurs des deux sites qui contribuent quotidiennement à la qualité et la prise en charge des patients. Préserver la spécificité du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud-Réunion, tout en valorisant le travail en commun, telle est l'ambition de cette revue, de votre magazine hospitalier.

Bonne lecture à toutes et à tous de ce premier numéro !

Le Directeur Général,
Michel CALMON



Le CHR adopte un nouveau logo qui remplace désormais celui de chaque hôpital. Il a été conçu après plusieurs mois de recherche et a été choisi pour sa simplicité graphique, sa force visuelle, sa facilité d'utilisation et de reproduction. Le symbolisme du bleu et de la vague renforce l'identité de notre île. La vague qui lie les 3 lettres CHR symbolise aussi le lien nord-sud et le lien patient-soignant.

Votre adresse électronique a changé depuis le 28 Avril 2008.

- Désormais votre mail est construit à partir du schéma suivant : Prénom et nom en entier séparés par un point.
Exemple : **marie.pierrat@chr-reunion.fr**
- Lorsque le prénom ou /et le nom sont composés on séparera les composants du nom ou/et du prénom par un - (6).
Exemple : **jean-pierre.aoh-lin@chr-reunion.fr**
- L'ancienne adresse sera conservée pendant 6 mois, au-delà, après le 30 octobre 2008 elle sera supprimée. Ce délai important doit vous permettre d'informer vos interlocuteurs du changement de mail.
- Pour toute information, contactez **luis.santos@chr-reunion.fr**

Nouveau plateau des Urgences à l'hôpital Félix Guyon

Depuis le 7 mai, un nouveau plateau des Urgences a été livré au CHFG. Dans un premier temps, seules les urgences Adultes ont été transférées. Mais d'ici la fin d'année y seront également installées les Urgences Pédiatriques et les Urgences Psychiatriques.

Au total, 3500m² seront dédiés à ce vaste service qui compte pas loin de 200 profes-



sionnels. Rappelons que ces travaux correspondent à une mise aux normes indispen-

ble et confirmée par le schéma médico-spécial réalisé par la DTST en 2007. Les urgences

du CHFG accueillent 40 000 patients par an.

Le Docteur Mériem BELKACEM était médecin au SAMU depuis 18 mois. C'était une personnalité forte et talentueuse. C'était aussi un excellent médecin urgentiste. Comme tous les médecins urgentistes, elle était exposée aux nombreuses difficultés de ce métier délicat. Elle avait été ainsi récemment confrontée à la prise en charge d'un très grand polytraumatisé au bord de la route. Elle est elle-même décédée dans des conditions identiques une semaine après. Ses amis l'ont veillée jusqu'à son départ vers sa terre natale.
Dr Arnaud BOURDÉ

Recherche: Chickungunya et maternité

Grâce à une vaste étude prospective chez des femmes enceintes (*), des cliniciens et des biologistes du Groupe Hospitalier Sud Réunion, des chercheurs de l'Institut Pasteur et de l'Inserm ont pour la première fois mis en évidence des cas de transmission materno-foetale du virus du Chikungunya.

Leurs investigations, menées sur une période de 22 mois (mars 2005 - décembre 2006) chez plus de 7500 femmes enceintes (678 infectées au cours de la grossesse), révèlent au total que moins de 3% des enfants nés de mères infectées pendant la grossesse sont contaminés, mais que le taux de transmission atteint 50% lorsque l'in-

fection de la mère se fait dans les deux jours avant l'accouchement. L'étude montre aussi que les enfants infectés par transmission verticale développent une fois sur deux une forme sévère de la maladie (oedème cérébral, complications hémorragiques).

Ce travail, paru dans la prestigieuse revue américaine PLoS



Medicine, fait la synthèse de toute la connaissance actuelle sur la transmission verticale du Chikungunya. Il reprend en outre bon nombre de travaux déjà publiés par les différentes

équipes hospitalières réunionnaises, lesquels pris ensemble placent le Centre Hospitalier Régional au premier rang de la recherche mondiale sur le Chikungunya.

(* Gérardin P, Barau G, Michault A, et coll. Multidisciplinary prospective study of mother-to-child chikungunya virus infections on the Island of La Réunion. PLoS Med 5(3): e60. medicine.plosjournals.org

Agenda médical

- **Soirées Conférences Médicales du CHR - IFSI CHFG 19h-21h**
→ **jeudi 5 juin** : « Dépistage et traitement du cancer du colon » Dr Belkaid, Dr Garnier
→ **Pour toute information :**
Dr X.Fritel : **xavier.fritel@chr-reunion.fr**

- **2^e Journées Grand Public de Prévention des Maladies Cardio-Vasculaires et de lutte contre le tabac.**
→ **Samedi 31 mai 2008** de 10h30 à 17h00
St Denis : Médiathèque

F.Mitterand
St Pierre : Gymnase Nelson Mandela à Terre Sainte en face de L'hôpital
→ **Pour toute information :**
sandrine_wiquel@merck.com

- **Rencontres de Prévention Du Risque Infectieux Nosocomial de l'Océan Indien (5^e édition)**
→ **le 21 Juin 2008** aux Villas du Lagon
Thème central : Les Bactéries Multi Résistantes

Pour toute information sur le programme :
Cécile Mourlan
Antenne Régionale CCLIN-FELIN Réunion-Mayotte
0262 90 66 07 et 0692 26 77 77
fax 0262 90 51 37
c-mourlan@chd-figuyon.fr

- **Colloque L'enfant ou l'adolescent face au handicap et/ou la maladie chronique : 27-30 mai à l'Université-Faculté des Lettres et des Sciences et ASFA Saint-Denis**

→ **Informations :**
ASFA.
Tél. 0262 90 87 00. et Métis Tél. 0262 21 33 54

Infos pratiques :
→ Les médaillés du travail peuvent prendre contact avec l'Association Régionale des Décorés du Travail dont l'objet est de fédérer les médaillés autour d'opération conviviales et familiales. Président : Raymond Thazard. Tél : 0262 30 23 79
→ 40 ans de la Fondation Père Favron. Une messe sera célébrée le 19 juin à Bois-d'Olive, sur la tombe du fondateur.

Débat : Quelle plus-value pour le CHR de la Réunion ?

M. Calmon, Dr JF Delambre, Dr C. Trébuchet

Débat entre : Mr Jean-François DELAMBRE, Mr Christophe TREBUCHET ET Mr Michel CALMON, animé par Luis Santos

Notre premier débat réunit les docteurs Jean-François Delambre et Christophe Trébuchet, respectivement présidents de la CME du Centre Hospitalier Félix Guyon et de la CME du GHSR, avec Mr Michel Calmon, le directeur général du Centre Hospitalier Régional, regroupant les deux établissements.

L'entretien durera une heure. Nous en publions ici de larges extraits.

M. Luis Santos :

- «Pendant longtemps nous avons opposé souvent artificiellement, les cultures hospitalières sudistes et nordistes».

La création du CHR a vocation entre autre de les rapprocher.

- «Avez-vous confiance dans l'atteinte de cet objectif?»

M. Jean-François Delambre :

- «Ce n'est pas facile, dire le contraire serait erroné mais si nous sommes là, c'est parce que nous y croyons.

Déjà, le projet médical commun CHR a permis de nouer le dialogue. Plus nous travaillerons ensemble, plus nous partagerons de projets, plus nous favoriserons l'interpénétration des équipes par filière et plus ce sera facile».

M. Christophe Trébuchet :

- «S'il y a eu des tensions, il ne faut pas exagérer les choses. Dans le passé, la partition d'un certain nombre d'activités avait rapproché les équipes médicales.

Il y a eu des difficultés, et il y en aura encore, l'essentiel est donc de donner aux communautés hospitalières le sentiment d'exercer dans un même établissement.

Et cela nécessitera probablement un peu de temps».

M. Michel Calmon :

- «Je crois qu'il est important que nous parvenions à dépasser les rivalités, les oppositions, qui se sont manifestées dans le passé et qui remontent à loin. Quand deux directeurs se positionnent sur des activités concurrentes, quand, lorsque l'un dépose un dossier le second se sent obligé de déposer le même à son tour, on comprend pour-

quoi la création du CHR permettra de passer d'une culture de rivalité et d'opposition, à une culture de coopération et de complémentarité.

Nous voyons déjà des équipes médicales prêtes à travailler ensemble.

Cet état d'esprit nouveau crée des synergies, améliore la qualité de la prise en charge et participe à la rationalisation des moyens».

M. Luis Santos :

- «Comment conciliez-vous cet objectif ambitieux avec la nécessité aujourd'hui de revenir, dans les deux établissements à l'équilibre financier?

Cette situation n'est-elle pas de nature à fragiliser la confiance des professionnels dans notre capacité à réussir le CHR?»

M. Michel Calmon :

- «C'est une évidence que le chemin pour aller au CHR serait plus aisé à emprunter si la situation budgétaire était équilibrée.

Ceci étant dit, il ne faut pas être exagérément pessimiste. Les causes du déficit sont d'ailleurs assez différentes d'un établissement à l'autre.

Au sud, sans les errements de la politique de recrutements, l'établissement serait aujourd'hui excédentaire.

Au Nord, le chantier de reconstruction qui mobilise 70 % de la capacité de l'établissement, pénalise ce dernier.

Alors dans ce contexte, je crois qu'il ne faut pas craindre la tarification à l'activité.

Sous réserve bien entendu que les pouvoirs publics l'appréhendent avec un certain nombre de précautions.

La Réunion connaît des perspectives de croissances démographiques sans comparaison avec la Métropole et nos

deux structures, s'appuyant sur la compétence des équipes médicales et non médicales, la qualité des plateaux techniques, sont prêtes à répondre à une croissance des besoins en termes de santé qui ira en se développant.

Leur niveau de recettes, de fait, continuera à croître et il est raisonnable de penser que l'équilibre budgétaire sera atteint dans un délai de trois ans.

Cet équilibre est une condition pour assurer la poursuite de la modernisation des deux établissements.

Si le déficit devait perdurer, c'est en effet le programme de financement des établissements qui serait en cause au Nord comme au Sud, et le CHR risquerait la mise en administration provisoire».

M. Christophe Trébuchet :

- «Voyons la réalité en face. La création du CHR arrive au moment où le financement des établissements est lié à l'activité.

Nous n'avons pas le choix, il faudra que nous obtenions les meilleurs résultats possibles pour tendre vers l'équilibre financier.

Ne dramatisons pas, 80 % des établissements hospitaliers français connaissent des difficultés.

Notre situation ne déroge pas à la règle et nous devons garder confiance dans les mesures qui seront prises pour rétablir l'équilibre financier.

Dans le même temps, il est primordial que l'autorité de tutelle prenne en compte les efforts que nous aurons réalisés».

M. Jean-François Delambre :

- «Nous aurons tous ensemble à produire un effort. La question est de

savoir si dans le même temps, le médecin, dans son service, percevra ce que le CHR peut lui apporter.

Si nous ne répondons pas à cette attente, il faut craindre une démotivation. Et si nous sommes capables d'y répondre rapidement, la confiance sera au rendez-vous du CHR».

M. Luis Santos :

- «Autrement dit l'engagement des professionnels pour la réussite du Plan de Retour à l'Equilibre sera d'autant plus marqué que l'apport du CHR dans l'accomplissement de leurs missions au quotidien sera plus lisible».

M. Jean-François Delambre :

- «Il faut en effet démontrer que dans ce contexte du Plan de Retour à l'Equilibre, le choix de développer et de faire vivre le CHR est le meilleur que l'on puisse faire. Et ce n'est pas si simple à expliquer».

M. Michel Calmon :

- «La création du CHR est un objectif ressenti par tous comme important en termes de santé publique, d'autant qu'il réunira deux établissements qui ont déjà, dans la région, acquis une bonne réputation.

Avec le CHR, nous regroupons l'ensemble des activités de recours de niveau 3 et nous permettons à l'excellence de se développer, notamment en termes d'équipements et de spécialités prises en charge, de manière à limiter au maximum les évacuations sanitaires vers la Métropole.

Pris individuellement, les deux établissements ne disposaient pas de la totalité de la gamme d'activités de recours permettant une reconnaissance comme Centre Hospitalier Régional.

Ensemble, ils peuvent bénéficier de cette reconnaissance.

Avec le CHR, l'enjeu des soins, notamment des soins de recours, notamment des soins de recours à-vis de la population réunionnaise et de l'ensemble de la



zone océan indien, mais aussi l'enjeu de la recherche et à terme l'enjeu de l'enseignement des étudiants en médecine avec la transformation du CHR en CHU, qui permettra à des étudiants réunionnais de faire une partie de leurs études médicales à la Réunion, seront relevés positivement.

Ajoutons que le CHU permettra à des médecins de participer à la fois à des missions d'enseignement, de recherche et de soins».

M. Luis Santos :

- «Vous venez de l'évoquer, le CHU est l'horizon du CHR.

A quelle échéance le voyez-vous possible?

Qu'apportera le U à nos communautés hospitalières et plus largement à la population réunionnaise?»

M. Christophe Trébuchet :

- «Une avancée importante dans une meilleure gestion des filières de prise en charge pour un certain nombre de pathologies.

Le premier bénéfice attendu est donc pour la population réunionnaise, d'autant que nous visons un positionnement dans le haut des CHR.

Le deuxième bénéfice, nous l'avons évoqué c'est le développement de l'enseignement de la médecine à la Réunion».

M. Michel Calmon :

- «C'est aussi un renforcement du rôle de la Réunion dans la zone océan indien.

Sous réserve d'un accompagnement en termes de coopération internationale, nous permettrons

à de jeunes étudiants de la zone de participer à la formation médicale que nous mettrons en place. Le CHU de la Réunion doit viser l'excellence en termes de qualité des enseignements, de qualité des terrains de stages, de qualité de la formation de spécialisations en post-internat.

Si cette qualité est au rendez-vous, effectivement, c'est sans aucun doute un élément majeur qui participera au rayonnement de la Réunion dans l'ensemble de la zone océan indien».

M. Michel Calmon :

- «Pour répondre à la question sur l'échéance, je crois qu'il ne faut pas se précipiter, mais en même temps, il faut avancer. Tout simplement parce que si nous n'avons pas, nous reculerons rapidement.

Il est exact que le CHR de la Réunion est considéré comme atypique, vu de Métropole et devra faire ses preuves.

Et faire ses preuves, c'est arriver à fusionner dans les meilleurs délais. D'autant que le CHU ne verra le jour qu'à cette condition. Les modalités de cette fusion seront connues dès cette année de manière à ce que les nouvelles instances se mettent en place avec tout l'accompagnement nécessaire en termes de système d'information et d'harmonisation des procédures».

M. Luis Santos :

Pour clore cet entretien, j'ai envie de vous poser la question : - «faut-il avoir peur du CHR?»

M. Jean-François Delambre :

- «La peur peut être combattue si nous suscitons la confiance et la confiance pourra naître si nous organisons la transparence. Il faut que les institutions soient des livres ouverts pour les professionnels qui exercent dans l'un et l'autre des établissements.

Nous participerons d'autant plus à l'effort collectif que rien ne sera masqué et que tout sera mis sur la table.

M. Christophe Trébuchet :

- «Je voudrais revenir à la distance qui nous sépare. Certes elle est importante, mais l'amélioration apportée par la route des Tamarins d'une part, l'existence de deux hélistations, d'autre part, le développement d'un dossier informatisé commun, encouragé par l'utilisation, au Nord comme au Sud d'un même progiciel, sont des facteurs qui contribueront au rapprochement».

M. Jean-François Delambre :

- «Dernier point, celui de la télécommunication. Maintenant nous faisons des réunions par visioconférence. Cela évite de se déplacer.

Ce qui n'empêchera pas de temps en temps des réunions comme celles-là où nous serons face à face et où nous pourrions nous regarder les yeux dans les yeux».

M. Michel Calmon :

- «J'ai tenu dès mon arrivée, à rencontrer les représentants du personnel par rapport aux craintes manifestées, qui peuvent être légitimes quand on entend parler de fusion.

Et je me suis engagé auprès d'eux sur un principe intangible, il n'y aura pas de mobilités forcées, toutes se feront sur la base du volontariat. Mais tout ce qui pourra favoriser les permutations, de manière à ce que les agents puissent mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle, sera encouragé».



Michel Calmon



Christophe Trébuchet



Jean-François Delambre

La greffe rénale

La Réunion affirme son dynamisme

La greffe rénale est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale terminale. Elle permet aux patients de ne plus être dépendants des séances de dialyse multi-hebdomadaires et de retrouver des activités physiques, professionnelles et sportives normales. La greffe rénale rallonge l'espérance de vie par rapport à la dialyse. C'est un problème de santé publique. Plus de 1 000 personnes sont dialysées plusieurs fois par semaine, et plus de 100 d'entre eux sont en attente d'une greffe rénale. Le diabète très fréquent dans notre île est une cause importante d'insuffisance rénale. Les patients attendent en moyenne 4 ans en dialyse avant d'être greffés.

→ La première greffe réunionnaise en 1984

La première greffe rénale à la Réunion a été réalisée en 1984. Initialement peu importante, la greffe s'est développée avec un chiffre moyen annuel de 25 à 30 greffes. Nous atteindrons probablement le chiffre de 500 patients greffés du rein à la fin d'année 2008. Cela reste une activité irrégulière et imprévisible tributaire du nombre de donneurs. Ainsi le pic d'activité a été observé en 1999 avec 49 greffes dans l'année, suivi 2 ans plus tard par un creux d'activité de moins de 20 greffes dans l'année. Au cours des années précédentes, plusieurs praticiens ont grandement contribué au développement de cette activité qui est la plus importante d'outre-mer.

En Néphrologie, le Dr Robert Génin a été à l'origine de la première greffe, puis le Dr Bruno Bourgeon a participé au développement de la transplantation rénale à la Réunion. Parmi les chirurgiens pionniers sur notre île, les Drs Christian Chabert, Firouz Koytcha, Jean-François



Delambre, et Stephan De Napoli ont apporté leur disponibilité et leurs compétences.

L'activité de greffe rénale est organisée par le service de néphrologie du CHFG, dont le

chef de service et le coordinateur médical est le Dr Nicole Lefrançois. Le Dr Jean-Luc Michel est le coordinateur chirurgical indispensable de cette activité urgente. En effet, elle nécessite la coordination de nombreux intervenants: Néphrologues, Chirurgiens, Anesthésistes-Réanimateurs, Laboratoire HLA, infirmiers coordonnateurs, équipe du bloc opératoire.

En 2007, 36 greffes rénales ont été réalisées à la Réunion au CHFG. Le rein donneur avait été prélevé à la Réunion 20 fois,

essentiellement au GHSR, et il avait été prélevé en métropole 16 fois.

A ce jour, 33 des 36 patients greffés en 2007 ne dialysent plus et possèdent un nouveau rein parfaitement fonctionnel.

La durée d'ischémie, c'est-à-dire le temps entre le prélèvement du rein et la greffe conditionne de façon importante le pronostic à court et long terme de la greffe rénale. Plus ce temps est court, plus la greffe fonctionne vite et longtemps. Plus ce temps est long, plus les complications chez le greffé sont fréquentes.



→ Greffe rénale avant et après déclampage (ouverture des vaisseaux)

→ Le don d'organe : point crucial de l'activité

Les autorités politiques et sanitaires françaises, ont fait de la greffe rénale une priorité nationale exprimée dans la loi de Bioéthique d'août 2004. Cela se traduit par des actions d'information et de sensibilisation en faveur du don d'organes et un renforcement des moyens humains

et organisationnels concernant les différents acteurs médicaux et paramédicaux de la greffe, sous le contrôle de l'Agence de la biomédecine. À la Réunion, c'est le Dr Marie-Pierre Cresta du GHSR, qui représente l'Agence de la biomédecine. Elle sera remplacée par le Dr Emmanuel Antok à

partir du 1^{er} août 2008. La prospection de donneurs est une phase essentielle sans laquelle il n'y aurait pas de greffe rénale. C'est pourquoi le recensement des donneurs potentiels en état de mort encéphalique doit être le plus exhaustif possible. La recherche du consentement est une

étape essentielle et systématique pour chaque donneur. La grande majorité des dons d'organes « réunionnais » est effectuée au GHSR, notamment en raison de la présence sur site d'un service de neuro-réanimation vers lequel sont orientés des patients porteurs de pathologie atteignant le

chronique d'une greffe annoncée...

→ Le déroulement type d'une greffe rénale - une organisation complexe et rapide

Lundi matin, 10 heures :

le néphrologue d'astreinte reçoit un appel de l'Agence de la biomédecine à Marseille (la Réunion dépend de la région sud-est) : « Un rein a été prélevé à Grenoble à 8h ce matin (heure de la Réunion), voici le nom des 3 patients figurant sur votre liste d'attente qui sont susceptibles de le recevoir : en n°1 Mr X, en n°2 Mme Y, en n°3 Mme Z ». L'ordre est fixé par l'Agence de la Biomédecine selon des scores de priorité qui ne sont pas discutables à ce stade.

Lundi matin 10h30 :

les dossiers des receveurs potentiels sont récupérés et étudiés. Un contact est pris avec le laboratoire HLA pour préciser certaines données tissulaires et immunologiques. Si les patients ne présentent pas de contre-indications temporaires, ils sont appelés pour venir à l'hôpital dès que possible.

Lundi matin 11h00 :

le néphrologue rappelle l'Agence de la biomédecine pour accepter le rein. Le greffon est acheminé à Paris, puis à la Réunion par un vol régulier (Air France le plus souvent).

Lundi Midi :

l'agence de la biomédecine appelle l'infirmier coordonnateur des greffes et prélèvements du CHFG : « un rein arrivera à la Réunion mardi matin à 10h par le vol AF680 » (les organes sont identifiés par un numéro dit numéro « cristal »).

Lundi 12h15 :

l'infirmier coordonnateur contacte le néphrologue, le chirurgien greffeur d'astreinte, l'anesthésiste de garde, le bloc opératoire, l'infirmière instrumentiste d'astreinte, l'aide

opératoire d'astreinte, le laboratoire HLA : « un rein arrive mardi à 10h, greffe rénale à envisager vers 16-17h ».

De lundi après-midi à mardi matin :

les 3 receveurs potentiels arrivent dans le service de néphrologie. Ils sont examinés et informés sur le déroulement de la greffe éventuelle par le néphrologue, le chirurgien, et l'anesthésiste. Des examens complémentaires sont réalisés et au besoin une dialyse. Les 3 patients sont préparés comme si la greffe était pour chacun d'eux. Ils sont cependant informés de l'incertitude d'attribution du greffon et de l'ordre de priorité (certains patients ont fait 4-5 déplacements avant d'être enfin greffés).

Mardi matin 10h :

l'infirmier coordonnateur réceptionne le rein à l'aéroport. Il se rend immédiatement à l'hôpital où il dépose au laboratoire HLA des ganglions prélevés sur le donneur, puis il dépose le précieux greffon dans le service de néphrologie.

Mardi matin 10h30 :

le technicien du laboratoire HLA commencent un examen indispensable avant la greffe, « le cross-match ». Il s'agit de tester si le receveur n'a pas dans son sang des anticorps contre les tissus du donneur. Si ces anticorps sont présents, le cross-match est positif, et la greffe est contre-indiquée en raison d'un risque élevé de rejet. Cet examen dure plusieurs heures (4 à 6 heures).

Mardi matin 10h35 :

les infirmières de néphrologie réceptionnent le rein et s'assure de la

présence de glace dans le container de transport. La glace est renouvelée.

Mardi matin 10h40 :

l'infirmier coordonnateur rappelle toute l'équipe « greffeuse » : « le greffon est bien arrivé. L'intervention est à prévoir vers 16h-17h sous réserve du résultat des cross-match des 3 patients sélectionnés ».

Mardi matin 10h45 :

le cadre régulateur du bloc organise le programme opératoire et la disponibilité des équipes pour que le greffon puisse être préparé à partir de 15h, puis la greffe débutée à 16h.

Mardi 13h :

le technicien HLA contrôle le déroulement du cross-match et annonce à l'infirmier coordonnateur : « résultat des cross-match dans 3h ». Il prévient aussi immédiatement l'équipe du bloc.

Mardi 15h :

Le rein est acheminé vers le bloc opératoire. Le chirurgien, l'aide opératoire (interne), et une infirmière du bloc opératoire commencent la préparation du greffon. Il s'agit de contrôler son état de conservation, de disséquer et de préparer ses vaisseaux. Par exemple, s'il s'agit d'un rein droit, la veine rénale est « allongée » en s'aidant de la veine cave. Cette préparation dure en moyenne 1h.

Mardi 16h :

le technicien HLA appelle le néphrologue pour lui communiquer les résultats des cross-match : « cross-match positif pour Mr X (n°1), cross-match négatif pour Mme Y (n°2) et

positif pour Mme Z (n°3) »

Mardi 16h05 :

le néphrologue appelle le bloc pour prévenir de l'identité du patient à greffer : « ce sera Mme Y (n°2), car le cross-match est positif pour les 2 autres patients ». Il informe les patients des résultats. Mr X et Mme Z rentrent chez eux.

Mardi 16h06 :

le bloc opératoire demande au service de brancardage d'amener Mme Y au bloc opératoire.

Mardi 16h45 :

Mme Y arrive au bloc opératoire, elle est immédiatement prise en charge par l'équipe anesthésiste (infirmier et médecin).

Mardi 17h30 :

l'intervention commence. Six personnes au moins sont présentes en salle à côté du patient : le chirurgien et son aide, l'anesthésiste et l'infirmier(e) anesthésiste, l'infirmier(e) de bloc opératoire instrumentiste, l'infirmier(e) de bloc opératoire circulant.

Mardi 19h :

le rein greffé est revascularisé. La durée totale d'ischémie du rein (période sans recevoir de sang) a été de 35h. Ce temps est soigneusement noté car il influence la prise en charge et la surveillance à court et long terme.

Mardi 21h :

l'intervention est terminée, le patient est emmené en unité de surveillance continue postopératoire où il restera 1 nuit avant de retourner dans le service de néphrologie.

Les principaux acteurs de la greffe rénale à la Réunion :

■ Équipe de Néphrologie du CHFG

- Dr Nicole Lefrançois (chef de service et coordonnateur médical des greffes rénales)
- Dr Robert Génin



Dr Jean-Luc Michel & Dr Nicole Lefrançois

■ Équipe de Néphrologie du GHSR

- Dr Paul Finietz, Dr Mohamed Ramdane

■ Laboratoire HLA au CHFG

- Dr Corinne Ricard, • Karl Thomas,
- Patrick Lieon Kao, • Dany Wong Cheng,
- Armelle Velia, • Valérie Bernardon

■ Équipe chirurgicale de greffe et prélèvement rénal au CHFG

- Dr Jean-Luc Michel (coordonnateur chirurgical des greffes rénales),
- Dr Nouredine Saïle, • Dr Bao Le Thai,
- Dr Xavier Navarro

■ Équipe chirurgicale de prélèvement rénal au GHSR

- Dr Mathieu Besnard, • Dr Hervé Fagot,
- Dr Vincent Dussol, • Dr Kathy Wantz,
- Dr François Leroux,

■ Équipe de Coordination des prélèvements au GHSR

- Dr Emmanuel Antok, • Dr Thibault Adenis,
- Dr Arnaud Winer, • Dr Marie Pierre Cresta,
- Dr Adama Faye, • Dr Philippe Pcquidant,
- Dr Marc Forrlor
- M^{lle} Joëlle de Boisvilliers, • M^{lle} Nadège Avril,
- M^{lle} Anne Payet, • M^{lle} Catherine Marcault,
- M^{lle} Nathalie Rodrigues,
- M^{me} Françoise Sioche, (ICH)



De G à D : Dr Emmanuel Antok, Joëlle de Boisvilliers, Dr Thibault Adenis

■ Équipe de Coordination des prélèvements et greffes au CHFG

- Dr Richard Faitg, • Dr Olivier Riou, • Dr Yasmina Djardem,
- Dr Hervé François,
- M^{me} Clémence Payet (ICH), • M. Daniel Volia (ICH),
- M^{me} Jessica Toledo (ICH)



De G à D : Daniel VOLIA, Clémence PAYET, Jessica TOLEDO, Dr Richard FAITG

*ICH = Infirmier Coordinateur Hospitalier

.../...

cerveau. En effet pour être donneur d'organes, il faut mourir par mort encéphalique !

Cependant, selon les termes de la loi bioéthique, la recherche de donneurs potentiels concerne tous les établissements et tous les soignants. Aussi, un réseau organisant les recensements dans tous les hôpitaux de l'île vient d'être mis en place : « le réseau de prélèvements d'organes et de tissus de l'île de La Réunion » Plusieurs infirmiers du GHSR et du CHFG ont reçu une formation spécifique et organisent le recensement et le prélèvement des donneurs. Ils accompagnent les familles dans le don et s'assurent du bon déroulement des prélèvements.

Même si en 2007 le taux de refus a diminué, nous donnons encore trop peu en France. Seulement 1 patient sur 3 bénéficie d'une greffe. A l'échelon national on compte près de 1500

→ Les perspectives

Les équipes soignantes travaillent actuellement pour réduire significativement la durée d'ischémie. Pour cela le laboratoire HLA doit pouvoir réaliser dans l'avenir des techniques de biologie moléculaire et le bloc opératoire doit pouvoir recevoir une transplantation rénale en urgence et sans interférence avec les autres urgences. Ainsi nous serons dans des conditions idéales permettant de viser un taux de succès de la greffe supérieur à 90%.

Pour satisfaire les besoins de la population réunionnaise, l'objectif minimum de 50 greffes de reins par



prélèvements multi-organes par an, ce qui représente 24,7 donneurs prélevés par million d'habitants (données 2007 Agence de la Biomédecine). La Réunion se situe au dessus de la moyenne nationale (36,1 donneurs prélevés/Mhab), mais le nombre de dons reste insuffisant pour greffer les 110 patients réunionnais inscrits sur la liste nationale d'attente d'une greffe de rein. En Europe et dans le monde, ce sont les

espagnols qui « donnent le plus » avec un taux de refus inférieur à 20%.

On peut aussi donner un de ses 2 reins de son vivant. Ce don étant exclusivement intra-familial. Le donneur et le receveur doivent être apparentés selon des règles écrites dans la loi de Bioéthique, et le donneur doit être en excellente santé. Ce type de don est très développé dans les pays scandinaves, au Japon, et aux Etats-Unis où il représente la moitié des reins greffés. En France, cette pratique se développe, environ 10 % des greffes rénales sont réalisées à partir d'un donneur vivant. Les résultats sont excellents avec plus de 90% de succès. Cette technique est très encadrée sur le plan réglementaire pour empêcher les « dons d'organes rémunérés » que l'on observe dans certains pays de l'est de l'Europe, du Moyen-orient, en Inde, et dont on entend parler dans les médias.



an doit être atteint. Pour cela, le Réseau va aider à un meilleur recensement des donneurs d'organes et à la transparence de cette activité qui doit être absolue pour que les Réunionnais reprennent confiance dans

la greffe. Enfin, compte tenu des très bons résultats enregistrés, la perspective est proche de pouvoir développer des greffes à partir de donneurs vivants apparentés.

→ Les indispensables prélèvements

2007 : 29 prélèvements de reins, 15 prélèvements de cornées

Ces quelques chiffres parlent d'eux mêmes.

Pour les cornées les prélèvements ont recommencé en juillet 2007 interrompus par la crise du Chikchungunya à la demande de l'AFSSAPS. Actuellement une action forte de sensibilisation et

d'implication du personnel est effectuée au CHFG pour les prélèvements de tissus (cornées). Une participation active est demandée à tous les personnels (médecins, cadres, IDE, AS, ASH) des services de soins en ce qui concerne l'annonce des décès dans leur service.

Car l'équipe de coordination des prélèvements ne peut prélever s'il elle n'a pas connaissance des décès. Il est impératif que l'appel se fasse le plus rapidement possible afin qu'elle puisse se mettre en relation avec la famille, avant le départ du défunt.

Un prélèvement : top chrono !

Samedi matin, 8H30, en neuro-réanimation... staff médical : Mr P., a été admis cette nuit suite à un accident de scooter, sans casque ; le scanner cérébral est catastrophique : de nombreuses contusions avec signes d'engagement. Le pronostic vital est engagé. Malgré tous les traitements, il présente déjà les signes cliniques d'un état de mort encéphalique... Le rendez vous à l'artériographie est convenu à 10H30, l'infirmière de coordination est prévenue. Le réanimateur de garde a rencontré la famille : la mère, le père et la petite amie : ils sont informés de la gravité de son état...

9H00, l'infirmière de coordination hospitalière réalise tous les bilans biologiques nécessaires à la qualification du donneur. Tout en remplissant le dossier de ce donneur potentiel avec le médecin coordonnateur, elle discute avec l'équipe de réanimation : qui est venu voir le patient ? qui a téléphoné ? quel est le comportement de ses proches ? quelles sont les informations qui leur ont été fournies ? autant de préalables pour ce délicat entretien qui aura peut être lieu si le diagnostic de mort encéphalique se confirme après l'artériographie.

11H00 le radiologue confirme que « ça ne passe plus », traduisez : il n'y a plus de vascularisation du cerveau. Mr P. est officiellement décédé à 10h50 : il est en état de mort encéphalique... l'équipe médicale ne peut rien pour lui, mais lui... peut sauver deux personnes en attente d'une greffe de rein à la Réunion. La famille de Mr P. est immédiatement prévenue et attendue dans le service.

12H00, les proches de Mr P. sont

présents : le médecin réanimateur leur annonce le décès de leur enfant, compagnon, cousin... c'est le drame ; c'est le seul enfant, une vie qui s'éteint, si vite, de façon si injuste ; - *et maintenant demande la mère ? qu'est ce qu'on fait ?* - *votre enfant est décédé, vous pouvez le voir si vous le souhaitez ; ensuite une équipe spécialisée vous rencontrera pour aborder la suite avec vous...* Le père ne comprend pas pourquoi son enfant est déclaré « mort » alors qu'il respire, qu'il est « chaud ». Le médecin reprend les explications sur cet état si particulier de mort encéphalique : « *le cerveau est irrémédiablement détruit, cet état est irréversible, il est mort.* » Petit à petit, les proches intègrent ces terribles informations que leur donne le réanimateur...

13H00, l'équipe de la coordination rencontre la famille. Le réanimateur les présente. Avant toute chose l'équipe s'assure que la famille a compris que leur proche est décédé. Alors l'IDE et le médecin coordonnateurs expliquent que la façon dont M. P. est décédé (la mort encéphalique) lui permet de donner ses organes et de sauver des vies.

La famille est effondrée, elle n'a jamais abordé ce sujet avec lui. Cependant, ils comprennent que le plus important est de respecter ce qu'il aurait souhaité. Ils demandent une période de réflexion pour en parler avec le reste de la famille et quittent le service.

13h45, l'IDE coordinatrice prévient le bloc opératoire et le chirurgien de garde de la procédure en cours... Elle contacte l'Agence de la biomédecine,

commence à remplir le dossier CRISTAL du donneur potentiel et récupère auprès du laboratoire de bactériologie parasitologie les résultats des prélèvements pour ce donneur. Elle interroge le répondeur de Gillot pour connaître les heures de départ des avions du soir. Le médecin coordonnateur remplit la partie médicale du dossier du donneur et prévient le néphrologue de garde au CHD de la procédure en cours : l'âge, le poids, le groupe sanguin, les chiffres d'urée et de créatinine du donneur sont communiqués.

14h30, la famille est de retour et l'équipe de coordination la reçoit. La décision a été difficile à prendre : ils regrettent de n'avoir jamais abordé ce sujet avec leur enfant de son vivant... c'eût été plus facile ! Dans leur grande douleur, les parents ont compris que leur fils défunt peut sauver d'autres jeunes comme lui : c'est ce qu'il aurait souhaité. L'équipe de coordination les remercie au nom des futurs receveurs et explique que l'intervention va se dérouler dans les plus brefs délais ; le corps leur sera rendu, à visage découvert, dans la soirée. La famille retourne voir le défunt encore une fois puis quitte le service.

15h15, tout s'enchaîne alors : - le réanimateur conduit le défunt au bloc opératoire - anesthésiste, chirurgien, infirmière anesthésiste, panseuse, instrumentiste accueillent ce défunt et le préparent comme pour toute intervention chirurgicale - l'heure est au respect : ce défunt a eu le « courage » d'accepter le don... il va sauver des vies... peut-être celles de nos proches... - pendant que le chirurgien opère,

8^e Journée du don d'organe

Comme tous les ans, le message clé de cette journée est de favoriser l'information aux proches lorsque l'on choisit d'être donneur.



« Don d'organes, donneurs ou pas, je sais pour mes proches, ils savent pour moi »

Une vaste campagne médiatique nationale articulée autour de spots télé, relations presse, spots radio, est développée. A La Réunion, les équipes de la Coordination et des Prélèvements ont choisi de recentrer leur action sur des animations grand public :

A Saint-Denis : stand au Barachois le 22 juin de 9h-15h

A Saint-Pierre : stand au marché forain de 7h-13h.

l'équipe de coordination s'active pour préparer le conditionnement des greffons, des ganglions, prévenir le technicien de garde au laboratoire HLA, terminer le dossier du donneur, contacter le chef d'escalaire de la compagnie choisie et la douane, leur faxer les documents obligatoires, prévoir la prise en charge des greffons par le transporteur qui doit être à l'heure à Gillot... - le clamping a lieu à 17h...

18h30, les greffons, conditionnés dans leurs glacières, quittent le GHSR : l'un est remis au chef d'escalaire de la compagnie choisie qui le transmet au commandant de bord de l'avion ; l'autre est remis à l'équipe du service de néphrologie du CHD. Les ganglions sont déposés au laboratoire HLA. Il est 21h.

19h30, l'intervention est terminée, les cathéters sont ôtés, le corps du défunt est nettoyé par l'équipe du bloc opératoire et par le médecin coordonnateur. Le corps retourne dans le service de réanimation neurochirurgicale où la toilette mortuaire commence. Le médecin coordonnateur contacte la famille pour les informer de l'heure probable de retour du corps au domicile. Il est 20 h.

L'UMG

La nouvelle Unité Mobile de Gériatrie du GHSR

Le CHR compte 7 équipes transversales, dites « mobiles » qui sont à la disposition des services pour aider à une prise en charge plus spécialisée et optimiser les soins sur des thématiques précises : le CLUD (Comité de Lutte Contre la Douleur), le CLAN (Comité de Liaison en Alimentation nutrition), le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), L'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie Tabaccologie), l'EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) sont déjà toutes très actives dans les 2 Établissements.

Une nouvelle venue dans le paysage du GHSR est l'UMG (Unité Mobile de Gériatrie) :

La médecine gériatrique est une médecine d'anticipation qui doit prévenir l'apparition de nouvelles pathologies en cascade, source d'handicap, de surcoût, d'hospitalisations indues, génératrices de médiocre qualité de vie.

Unité Mobile
de
Gériatrie
Un seul réflexe : 0692 67 33 48

Depuis mars de cette année, L'UMG vient en soutien des autres services hospitaliers, des établissements médico-sociaux environnants par l'articulation et la mutualisation avec les consultations gérologiques avancées et les pôles d'évaluation gérologique.

Qu'est ce qu'un malade gériatrique ?

Tous les patients âgés ne sont pas des "malades gériatriques". Il est des sujets qui, même à un âge très avancé, ont des pathologies circonscrites ne menaçant pas directement leur équilibre de vie. Le "malade gériatrique" se caractérise moins par son âge que par sa fragilité en rapport avec plusieurs pathologies plus ou moins évolutives. Il peut en résulter des incapacités pouvant constituer un état de dépendance dont la prise en charge nécessite de tenir compte des implications psychologiques ainsi que du contexte social et souvent même économique dans lequel il vit.

Les enjeux :

- prévenir le vieillissement pathologique de la population, par le repérage des facteurs de fragilité,
- délivrer aux patients gériatriques les soins limitant la perte d'autonomie et assurant, dans le meilleur des cas, le retour à domicile.
- La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées, du fait

des projections épidémiologiques, des incidences sur l'autonomie, et de l'intérêt thérapeutique d'un dépistage précoce, doivent faire l'objet d'une attention particulière

- Coordonner l'action gérologique. Les intervenants étant fréquemment nombreux, leurs actions doivent être organisées (dans le cadre d'un réseau) afin d'améliorer l'ensemble du dispositif mis en place.

Pour toutes ces raisons, il appartient aux professionnels de santé de favoriser la prévention d'un vieillissement pathologique et d'une perte d'autonomie par l'accès à l'évaluation gériatrique. Des lieux de consultation et de bilan devront donc être développés assurant :

- la pluridisciplinarité des compétences mobilisées,
- la place centrale du médecin gériatre,
- l'utilisation d'outils standardisés d'évaluation et de bilan des patients,
- l'accessibilité (proximité géographique et court délai d'attente),

- l'orientation préalable par le médecin traitant.

L'UMG dans la filière de soins gériatriques du GHSR

La médecine gériatrique est une médecine d'anticipation qui doit prévenir l'apparition de nouvelles pathologies en cascade, source d'handicap, de surcoût, d'hospitalisations indues, génératrices de médiocre qualité de vie.

L'avis gériatrique précoce exprimé à l'entrée en établissement et rendu disponible aux étapes successives d'adressage contribue fortement à structurer le parcours à l'intérieur d'une telle filière :

- orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique,
- orientation à la sortie de l'hospitalisation,
- participation à l'organisation de la sortie (sans substitutabilité),
- avis gériatrique au SAU et à l'UHCD,
- dans les services de soins de spécialités :
 - aide aux diagnostics, une aide à la décision de rationaliser les pratiques, une aide dans l'instauration de traitements lourds en cancérologie ou en chirurgie, un regard d'éthique clinique (alimentation artificielle, contentions, arrêt des soins curatifs...)



- proposition de plan de soin de réinsertion,
- à l'interface ville/hôpital :
 - aide la régulation des hospitalisations avec la possibilité de gérer en am-

bulatoire des situations et des crises complexes, - possibilité d'hospitalisation directe en cours séjour à orientation gériatrique.

Pour en savoir plus :
Dr Catherine Wendling
0692 65 37 10



Vieillesse de la population...

Les personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 75 ans représentent respectivement 10,44% et 2,94% de la population réunionnaise, soit 80 891 et 22 747 individus (estimation INSEE au 1er janvier 2005). Leur nombre devrait doubler, voire tripler dans les 20 années à venir, marquant ainsi un rattrapage de la démographie européenne. Les données socio-économiques réunionnaises rendent compte de 47% de bénéfices

du minimum vieillesse, d'un important maintien à domicile (seulement 3,4% des plus de 75 ans vivent en établissement contre 10% en Métropole), et d'un recours très développé à l'allocation personnalisée d'autonomie et le recours au placement en famille d'accueil agréée pour recevoir des personnes âgées à leur domicile ; ainsi 200 sont dénombrées pour le seul territoire du sud.

Les autres Équipes Mobiles du CHR

CLUD site CHFG :
Dr Frédérique Mohy
0262 90 61 00

CLUD site GHSR :
Dr Céline Juret
0262 35 93 34

CLAN site CHFG :
Dr Pascal Schlossmacher
0262 90 56 98

CLAN site GHSR :
Dr Nathalie Le Moullec
0262 35 91 64

EMSP site CHFG :
Dr Benjamin Guy
0262 90 66 20/22

EMSP site GHSR :
Dr Nicole Dambreville
0262 35 90 73

ELSA site CHFG :
Dr David Mete
0262 90 56 01

CLIN site CHFG :
Dr Nathalie Lugagne-Delpont
0262 90 51 36

CLIN site GHSR :
Dr Catherine Simac
0262 35 99 71

Qualité :

dernière ligne droite avant la visite HAS

Vous prendrez connaissance dans ce journal des résultats des auto-évaluations conduites au Centre Hospitalier Félix Guyon et au GHSR. Un exercice qui mobilisa sur le CHR pendant 6 mois près de 350 personnes. Les constats sont lucides et sincères. Les professionnels se sont exprimés en toute liberté pour évaluer les organisations de travail et les pratiques. Tous les secteurs d'activité ont été concernés par cette réflexion collective exigeante et sans concession. Sur la base de ce travail, les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) viendront au mois de juin visiter les deux établissements. Ils confronteront leur propres constats aux nôtres et en déduiront le niveau de qualité offert aux patients et la dynamique d'amélioration qui le sous-tend. La visite de certification est un moment fort de la démarche qualité mais un moment seulement. Chacun sait que la qualité se joue tous les jours dans les décisions que nous prenons, les soins que nous prodiguons, les services que nous rendons. La visite c'est une photographie à l'instant T de tout ce qui précède. Notre objectif est de faire en sorte que la photo soit la moins floue possible.

→ CHAPITRE 1 : Le management

A part une cotation A plus marquée au GHSR, là où le centre hospitalier Félix Guyon choisit de coter B, la perception que les acteurs ont du niveau de qualité du management, est comparable du Nord au Sud. Le processus en cours de rapprochement des deux institutions, concrétisé par la mise en place d'une direction commune, a renforcé le sentiment que l'institution

au sens CHR se donnait progressivement les moyens de maîtriser le futur de l'organisation. Une cotation C est commune aux deux établissements et concerne «l'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels». Le retard pris dans l'élaboration ou l'actualisation, selon l'établissement, du document unique sur les risques

professionnels, le justifie. Le second C traduit des réalités différentes. Au GHSR il souligne l'absence de formalisation de la politique du dossier patient. Au CH Félix Guyon c'est l'absence de la réflexion éthique autour de la prise en charge du patient qui est ciblée.

Dans l'ensemble, le chapitre 1 du manuel de certification relatif à la politique et à la qualité

du management est équilibré entre les 2 établissements qui composent le CHR. Ce constat n'est pas surprenant suite à la récente clarification des options stratégiques, de la lisibilité nouvelle des structures de responsabilité et de la volonté affichée de s'assurer le concours du plus grand nombre à la réalisation des objectifs définis.

→ CHAPITRE 2 : Les ressources transversales

Après le chapitre 1 qui s'intéresse à la dimension politique et le rôle des dirigeants, le chapitre 2 concerne les fonctions supports, nécessaires aux soignants pour prendre en charge le patient. Seront examinés dans ce chapitre notamment :

- la maîtrise de la gestion du personnel,
- la qualité des fonctions hôtelière et logistique,
- le management de la qualité et la gestion des risques.

Ici, la cotation A est plus présente au CH Félix Guyon avec 14 A contre 5 au GHSR. Si la cotation D est comparable

entre les 2 établissements, sur la cotation C, l'écart se creuse avec 9 C au Sud et 1 au Nord. Celui du Nord porte sur l'hygiène et la qualité de la restauration. Au Sud, les cotations C sont distribuées entre les fonctions suivantes :

- la gestion du linge,
- les approvisionnements des secteurs d'activités,
- la gestion des risques dont la gestion des déchets, avec un total de 5 C,
- la sécurité des biens et des personnes
- et l'identification fiable du patient dans le système d'information.



Gageons que sur les risques, la politique commune mise en place au CHR fera bénéficier le GHSR des avancées obtenues

au CH Félix Guyon. La visite de certification confirmera ou infirmera l'évaluation des professionnels.

→ CHAPITRE 3 : Prise en charge des patients

Le plus important des chapitres. Ici nous sommes au cœur de notre mission : soigner, soulager la douleur, donner la vie. La deuxième visite de certification porte une attention particulière aux pratiques des soignants, notamment l'information donnée au patient sur les soins, sur les risques qu'il encourt, le respect de la dignité, de l'intimité du patient, les relations entre les services médico-techniques et les services cliniques, l'organisation de la continuité des soins, entre autre critères. Qu'observe-t-on ici et là ?



En MCO, le CH Félix Guyon établit 12 cotations A contre 3 au GHSR.

En contrepartie les cotations C au Sud sont plus du double de celles observées au Nord. Où sont les différences les plus marquées ? Sur la prise en charge des décès ou incontestablement le Sud montre son insatisfaction comme d'ailleurs sur la gestion des sorties patients ou encore l'organisation du circuit du médicament et le fonctionnement des laboratoires en interférence avec les services cliniques. Sur tous ces critères, le Nord est plus avancé, c'est du moins ce qu'ont

évalué les équipes qui ont participé à l'auto-évaluation. Sous-estimation du GHSR ? Surestimation du CH Félix Guyon ? Ou justesse des constats ? Seule la visite permettra de le dire.

Toujours sur le chapitre 3, le CH Félix Guyon est coté en retrait par rapport au GHSR sur la dignité du patient et la confidentialité, les perturbations occasionnées par les travaux en cours sont sans aucun doute à la base de cette cotation. Les deux établissements partagent

la même lucidité sur l'évaluation des situations nécessitant une prise en charge adaptée (évaluation de l'état nutritionnel du patient, prise en charge du risque suicidaire...)

La situation de la filière soins de suite et de réadaptation présente dans les deux établissements, confirme la perception que les groupes d'auto-évaluation avaient de la prise en charge des patients en MCO. Là encore le déséquilibre des cotations A et C entre le CH Félix Guyon et le GHSR est nette-

ment visible. Nul doute que les constats de ce chapitre donneront lieu à des échanges riches entre les experts-visiteurs et les équipes médicales et soignantes lors de la visite.

Les premiers pour cerner au mieux les raisons des nombreuses cotations C attribuées, les seconds, pour argumenter sur ces mêmes cotations et apporter des compléments de réponses qui permettront éventuellement de les rectifier.

→ CHAPITRE 4 : Évaluation et dynamique d'amélioration

Concerne les évaluations des pratiques. Le GHSR présente 22 EPP, le CH Félix Guyon en présente 16. Si les démarches d'évaluation progressent dans nos établissements, elles sont encore très inégalement partagées.



→ En conclusion :

La lecture des rapports d'auto-évaluation donne l'image d'une analyse sincère et lucide de nos organisations. A partir de maintenant la phase d'autoévaluation est achevée et le temps de la visite commence. Les groupes d'autoévaluation auront encore un effort à faire : rencontrer les experts-visiteurs pour défendre leur constat et répondre à leurs questions. Qu'ils soient ici vivement remerciés pour le travail accompli. Merci également aux équipes d'accueillir les experts-visiteurs pour valoriser les efforts réalisés sur les deux sites.

→ LES RÈGLES DE COTATION

Chaque critère du manuel de certification est coté. Il existe une échelle de cotation qui repose sur la satisfaction ou non, d'éléments d'appréciation.

Ainsi, prenons l'exemple du critère 28 a « les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants »

Pour coter A ce critère, il faut répondre oui aux 3 éléments d'appréciation suivants : Il existe une politique de tenue du dossier, les professionnels sont informés sur les règles de tenue du dossier, une évaluation de l'application de ces règles par les différents intervenants existe.

Il en sera ainsi pour les 339 critères du GHSR et les 215 du CH Félix Guyon (le nombre de critères dépend du nombre de filières de prises en charge existantes (ainsi au Sud 2 filières sont implantées, santé mentale et soins de longues durées qui ne sont pas présentes au Nord).



Poursuivons la présentation de la cotation. Si le critère est satisfait partout, dans tous les services et tout le temps, la cotation est A. Elle sera B si la plupart des services satisfont

le critère ou si le critère est satisfait par tous mais la plupart du temps seulement. Enfin on cotera C si les éléments d'appréciation sont satisfaits partiellement mais pas partout et

tout le temps. D est une cotation plutôt rare. Elle signifie que l'établissement ne satisfait pas le critère dans sa totalité.

GRILLE DE COTATION DE CRITÈRE

Analytique / Spatio-temporelle	TOUS	LA PLUPART	QUELQUES	TROP PEU
	les éléments d'appréciation	des éléments d'appréciation	éléments d'appréciation	d'éléments significatifs d'appréciation
	A	B	C	D
Partout et/ou tout le temps	A	B	C	D
Dans la plupart des secteurs et/ou la plupart du temps	B	C	C	D
Dans quelques secteurs et/ou quelquefois	C	C	D	D

CAS PARTICULIER DES ÉVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

La cotation s'effectue par EPP. On cotera A si l'action EPP est arrivée à la mise en œuvre du plan d'action d'amélioration de la pratique. On cotera B si l'action a abouti à l'élaboration

d'un plan d'action mais sans mise en œuvre de ce dernier. On cotera C si l'action en est à un stade moins avancé en amont de l'élaboration du plan d'action. Et enfin on cotera D

si il y a une absence d'initiation de l'action.

Attention si l'action est complète ou aboutit à un résultat de satisfaction de 100 %, il n'y aura pas d'action d'améliora-

tion et dans ce cas, la cotation est B. Il convient donc de choisir une action dans un champ où l'on pressent des potentialités d'amélioration.

L'IMPLICATION DES ACTEURS

Une visite de certification se prépare avec les professionnels et elle mobilise à cette occasion beaucoup d'énergie, de réflexions animées, de partage

entre les métiers de l'hôpital, parfois des remises en question. Les débats sont le plus souvent riches, ils ouvrent sur le fonctionnement de l'institu-

tion, ils ne laissent jamais indifférent ceux qui y participent. Nous donnons ci-après les chiffres de la participation. Nos remerciements à tous ceux

qui ont donné un peu de leur temps et de lucidité pour que notre institution soit au rendez-vous de la visite.

LES ACTEURS DE L'AUTO-EVALUATION

FGUYON		GHSR
200 agents	Le nombre d'agents impliqués dans l'auto-évaluation	146 agents
38 médecins; 162 cadres, soignants, médico-techniques, techniques, administratifs	dont	14 médecins; 132 cadres, soignants, médico-techniques, techniques, administratifs
85	Le nombre de réunions organisées	113
1 365	Estimation du nombre d'heures / agent mobilisées	1 552
63,00%	Taux de participation moyen au groupe de travail	60,40%

Culture à l'hôpital

La politique culturelle du CHR est inscrite au projet d'Établissement. A ce titre une convention entre le CHR, la DRAC et l'ARH est en cours d'étude, qui permettra de soutenir le plan d'action proposé par le service Communication & Culture. La mise en œuvre a déjà commencé sur des axes précis, il nous faut à présent harmoniser les opérations et travailler dans une logique de programmation régulière et cohérente. Cette

démarche est en cours. 4 axes majeurs sont retenus pour nos Établissements :

- La musique, dans le cadre d'une collaboration étroite avec la Fédération Musicale de La Réunion,
- Le livre, avec la création de bibliothèques et ateliers lecture
- Les Arts visuels/arts plastiques : expositions de peintures ou photos, habillages de murs,
- Les arts visuels/animations audiovisuelles avec un partenaire Lanterne Magique

Le détail de chaque action vous sera exposé au fil de la programmation.

S'agissant du projet Musique, des propositions d'interventions musicales seront envoyées aux responsables et cadres des pôles pour organiser l'action et répartir les musiciens entre les 2 Établissements. Des réunions de travail avec les équipes soignantes seront également proposées pour définir par service, des projets d'arts plastiques spécifiques. Toutes les autres suggestions

sont bien entendu les bienvenues. Toutefois, il est indispensable qu'elles s'inscrivent dans une action coordonnée et validée par la direction de la Communication et de la Culture. Aussi, nous vous remercions de nous contacter pour nous aider à soutenir vos initiatives.

→ Martine Rajzman : 0692 00 10 07 martine.rajzman@chr-reunion.fr



**DÉDUCTION
FISCALE
SUPPLÉMENTAIRE**

Exceptionnelle jusqu'en 2012

Ne vivez pas votre Retraite à moitié



Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique

Pour les agents de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics, leurs conjoints et les anciens agents, **une retraite complémentaire par capitalisation, facultative, entièrement garantie.**

Déduction fiscale des cotisations (réglementation PERP) + régime fiscal exceptionnel pour les rachats (pour les agents publics et les affiliés d'avant le 1^{er} janvier 2005).

Engagements intégralement couverts par les réserves et garantis par les assureurs du régime.
Affiliation possible à tout âge, à tout moment.

**Depuis 40 ans
LA RÉFÉRENCE**

N° Vert 0 800 208 208

 **PRÉFON**
L'AUTHENTIQUE SÉCURITÉ

Je souhaite recevoir immédiatement, sans engagement de ma part, votre documentation détaillée et gratuite sur PRÉFON-RETRAITE (également sur le plan d'ÉPARGNE, PRÉFON-DÉCÈS et PRÉFON-DEPENDANCE). Ecrivez lisiblement ci-contre vos coordonnées.

Je soussigné(e) : Mme, Mlle, M. (rayez les mentions inutiles)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : [] [] [] [] [] Ville :

Téléphone : E-mail :