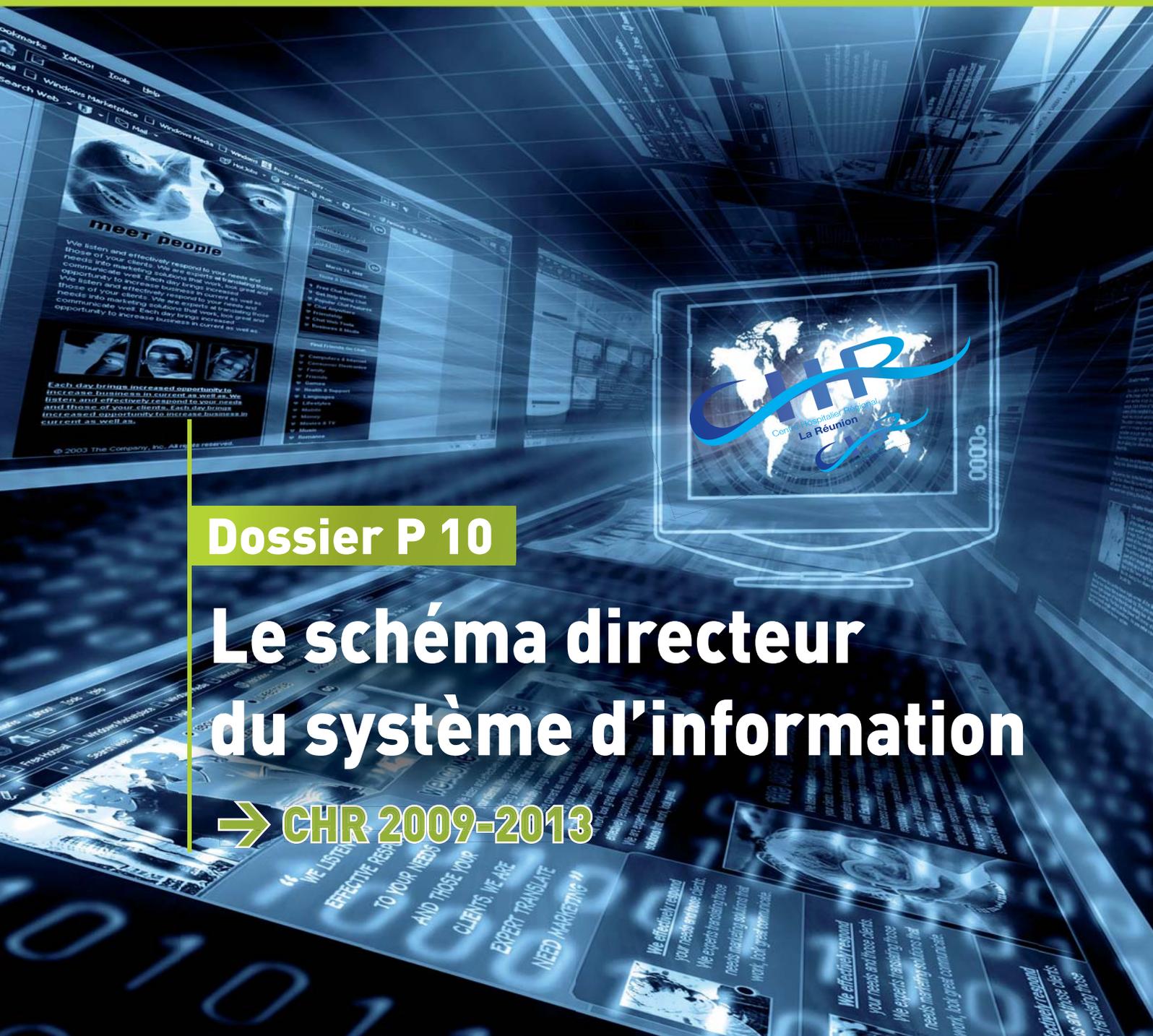


# Convergence

Ensem' nous serv la vi!



**Dossier P 10**

## Le schéma directeur du système d'information

→ **CHR 2009-2013**

### P4 | Coopération

La coopération régionale dans la zone océan Indien



### P15 | Recherche

Création dès 2010 d'une Unité de Soutien Méthodologique



### P18 | Actualités

Une Revue Morbi-Mortalité qui marche



## Au Sommaire

- 3..... **Agenda**
- 4..... **Coopération**
- 7..... **Accord cadre Labo**
- 8..... **Loi HPST**
- 10..... **Dossier**
- 17..... **Recherche**
- 18 / 19 ..... **Actus / En bref**

## Convergence

- **Directeur de la Publication :**  
Michel Calmon
- **Réalisation :**  
Luis Santos, Valérie Hidri
- **Crédit photos :**  
© Aporos, Valérie Hidri, Luis Santos,  
© Fotolia.com.
- **Convergence** est un magazine  
trimestriel édité à 4000 exemplaires.  
Impression Color Print - Le Port
- **Rédaction :**  
Luis Santos, Patrick Gras,  
Tamara Kuhbier, Patrick Goyon,  
Cécile Dindar, Joaquim Martinez,  
Valérie Hidri, Dr Emmanuel Chirpaz,  
Dr Xavier Debussche.
- **Infographie :** Leclerc communication
- **Contact :** Valérie Hidri,  
Service communication et culture du CHR  
0262 35 95 45.  
frederique.boyer@chr-reunion.fr
- **Centre Hospitalier Régional de  
La Réunion**
  - › **Siège du CHR**  
11, rue de l'hôpital - 97460 Saint-Paul  
Tél. 0262 35 95 40/41 - Fax 0262 49 53 47
  - › **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 95 55/56 - Fax 0262 35 90 04

## Éditorial



Le Schéma Directeur du Système d'information (SDSI) est un outil majeur du développement du CHR. Il met en œuvre 47 actions au cours des 5 prochaines années. C'est un effort historique, sans précédent que nous réalisons pour répondre à un objectif précis : permettre dans un contexte adapté et sécurisé la fusion des systèmes d'information. Pour la préparer, elle doit être précédée de la fusion des applicatifs de gestion des patients et de gestion financière, présents actuellement sur les deux sites, au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Cette étape, dont la réussite conditionne le succès de la fusion entraînera plusieurs changements majeurs pour les utilisateurs. Elle sera suivie par la création d'un dossier médical informatique CHR, issu de la fusion des dossiers actuellement utilisés au CHFG et au GHSR.

Dans ce numéro, vous pourrez prendre connaissance de notre SDSI.

La réussite du SDSI repose sur l'adhésion et la participation de l'ensemble des utilisateurs, des formations adaptées accompagneront les professionnels pour leur permettre de s'approprier les outils informatiques qu'ils seront amenés à utiliser.

Ce SDSI prépare l'avenir de notre institution et requerra pour les 5 ans à venir notre totale adhésion.

Le Directeur Général,  
Michel CALMON

# L'agenda du CHR

## ● OCTOBRE 2010 :

→ **29 octobre : Forum Santé Bien Être Gériatologique** (coordination hospitalière) - de 8h à 16h

**Lieu :** complexe sportif Daniel Narcisse de la Possession.

→ **29 octobre : "Nou roul pou le don d'organe" nuit du vélo et du roller** (coordination hospitalière) - de 18h à 23h

**Lieu :** vélodrome de Saint-Denis.

→ **2 au 10 octobre : Semaine du rein**

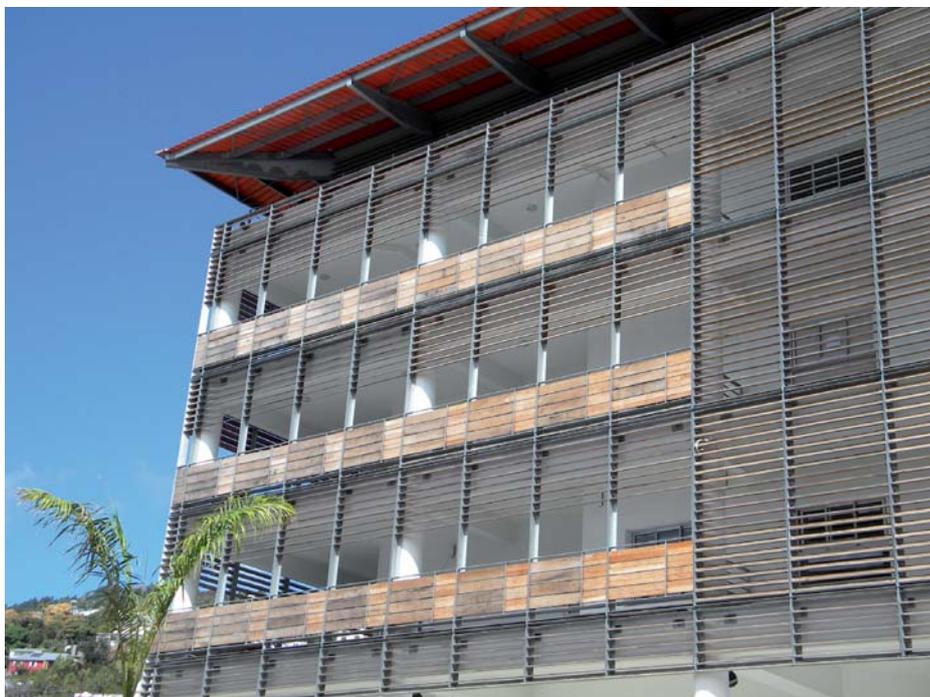
Le CHR et ses partenaires organisent deux journées d'information et de dépistage, le 05 octobre dans le hall d'entrée du CHR site Félix Guyon (atrium) et le 06 octobre au CHR site Sud.

→ **08 octobre 2010 : Journée Mondiale des soins palliatifs**

10h à 16h Hall d'entrée du CHR Félix Guyon (voir affiche ci-joint)



**Au programme :** Ateliers de techniques originales, projection de films, café -débat, témoignages, rencontre avec les partenaires du domicile et les bénévoles d'accompagnement



→ **Mardi 12 octobre 2010 : Journée de l'encadrement hospitalier**

**Lieu :** COGHOR de 9h00 à 16h30.

**Thème général :** "la place du cadre à l'hôpital"

Journée organisée par les Établissements Publics de Santé de la Réunion et de Mayotte sous la coordination de la Fédération Hospitalière de France Océan Indien en collaboration avec l'Agence de Santé Océan indien.

Interventions de 6 équipes de cadres des 6 EPS membres de la FHF OI, relayés par des spécialistes en RH.

## ● NOVEMBRE 2010 :

→ **14 novembre 2010 : Journée Mondiale du diabète**

→ **Novembre/décembre : inauguration de l'atrium du CHFG**

## ● DÉCEMBRE 2010 :

→ **4 décembre :** Venez fêter les **30 ans du SMUR 974** et les 20 ans du SAMU de Saint-Paul sur le site Grand Pourpier.

**Contactez** le cadre de service du SMUR ou des Urgences à compter du 15 octobre pour le tarif.

→ **Mise en place chaîne TV gratuite pour les patients**



## La coopération régionale dans la zone océan Indien

La coopération internationale est pilotée par la Direction de la Stratégie & Coopération, direction transversale CHR placée sous la responsabilité de **M. Patrick GRAS, Directeur adjoint, secondé par Tamara KUHBIER, attachée d'administration.**

**L**e développement de la coopération internationale dans la zone Océan Indien constitue une orientation stratégique du CHR de la Réunion qui répond à des besoins identifiés par les pays partenaires et qui s'inscrit dans les missions essentielles de l'établissement.

La coopération régionale est une mission légale des établissements publics de santé, reconnue et soutenue par l'Agence de Santé Océan Indien et qui répond à une demande des autorités politiques des pays concernés avec l'appui et le relai des représentations diplomatiques.

Les actions bénéficient également du soutien des collectivités locales (Conseil Régional

de la Réunion - conseil Général de la Réunion) et de la Préfecture.

L'objectif du CHR est d'intensifier les coopérations dans le domaine sanitaire en respectant les priorités de santé publique de chaque pays partenaire. Le recensement et l'analyse conjointe des besoins est une étape incontournable à la mise en place des actions de coopération.

La volonté de l'établissement est d'offrir un cadre institutionnel à ces actions afin de les inscrire dans le temps et de coordonner les ressources humaines et financières.



### → Les pays partenaires du CHR

Le CHR de la Réunion a volontairement choisi de cibler sa politique de coopération sur les pays voisins de la zone Océan Indien. L'outil majeur de coopération régionale est la convention-cadre de partenariat, pluriannuelle, signée entre le CHR de la Réunion et les autorités de santé nationales et/ou les établissements de santé principaux des pays partenaires.

 **MADAGASCAR** : Le partenariat actuel résulte d'une longue tradition de coopération multiforme, éclatée, et seulement ponctuellement formalisée résultant d'initiatives médicales et/ou institutionnelles.

Le CHR de la Réunion souhaite coordonner ces actions et recentrer les ressources sur les actions réalisées dans les établissements du CHU de Tananarive, c'est la raison pour laquelle une convention de partenariat a été signée en mai 2010.

 **COMORES** : la coopération est très active depuis la signature de la convention cadre en juillet 2008. Le Ministère de la Santé des Comores coordonne les actions de coopération avec Mayotte (partenaire de 1ère intention) et la Réunion (principalement

pour les disciplines spécialisées). Des perspectives intéressantes d'intégration dans le projet PASCO - AFD seront confirmées dans le courant de l'année 2011.

 **SEYCHELLES** : la convention cadre de partenariat a été renouvelée pour la 4ème fois consécutive en novembre 2008. Un audit complet de la gestion hospitalière (management, offre de soins, qualité et gestion des risques, biomédical) a été réalisé en 2010, à la demande du gouvernement seychellois. Un plan d'actions pluriannuel sera formalisé début 2011.

 **MAURICE** : plusieurs contacts ont été établis avec les autorités mauriciennes qui ont émis le souhait de formaliser des partenariats, notamment autour de la formation médicale

et des prises en charge dans les disciplines très spécialisées avec le CHR. Un projet de convention cadre est actuellement à l'étude et devrait être signé avant la fin de l'année 2010.

 **MOZAMBIQUE** : En 2010, la politique de coopération régionale du CHR est élargie au Mozambique, dans le cadre du programme PISCAD mené par l'Agence Française de Développement. Une convention cadre sera signée dans les prochains mois, des missions d'audit et de formation sont d'ores et déjà programmées.

PAYS	MADAGASCAR	COMORES	SEYCHELLES	MAURICE	MOZAMBIQUE
<b>Données géographiques</b>					
<b>Superficie</b>	587 040 km <sup>2</sup>	2230 km <sup>2</sup>	453 km <sup>2</sup>	2040 km <sup>2</sup>	801 590 km <sup>2</sup>
<b>Population</b>	20 042 550 habitants	671 000 habitants	84 000 habitants	1 227 000 habitants	21 284 701 habitants
<b>Densité</b>	32 hab/km <sup>2</sup>	318 hab/km <sup>2</sup>	180 hab/km <sup>2</sup>	612 hab/km <sup>2</sup>	27 hab/km <sup>2</sup>
<b>Données démographiques</b>					
<b>Croissance de la population</b>	3% par an	2,9% par an	0,9% par an	0,8% par an	1,9% par an
<b>Espérance de vie</b>	57,2 ans	63,3 ans	72,7 ans	72,6 ans	42,8 ans
<b>Part de la population urbaine</b>	26,8%	35,7%	50,1%	43,6%	36,8%
<b>Taux brut de natalité</b>	41,4‰	36,9‰	16,0‰	15,4‰	38,2‰
<b>Indice de fécondité</b>	5,6 enfants par femme	5,0 enfants par femme	1,7 enfants par femme	1,9 enfants par femme	5,2 enfants par femme
<b>Taux de mortalité infantile</b>	75,2‰	72,9‰	15,4‰	14,6‰	105,8‰
<b>Structure de la population</b>					
<b>0-14 ans</b>	43,7%	41,3%	27,6%	24,8%	42,0%
<b>65 ans et +</b>	3,0%	2,7%	6,8%	6,4%	3,6%
<b>Données économiques</b>					
<b>PIB</b>	5 499 M\$	403,2 M\$	710 M\$	6 346,6 M\$	6 833 M\$
<b>PIB/habitant</b>	287\$	1 144,1\$	8 600\$	5 063 \$	325 \$
<b>Part des dépenses de santé</b>	2,1% du PIB	2,9% du PIB	5,2% du PIB	2,9% du PIB	4,7% du PIB
<b>Principales causes de mortalité</b>					
<b>Principales causes de mortalité</b>	Infections respiratoires (14%) Malaria (11%) Dysentérie (9%) Périnatalité (7%) Rougeole (5%)	Malaria (9%) Périnatalité (8%) Dysentéries (7%) Infections respiratoires (7%) Rougeole (7%)	Maladies cardio-vasc (27%) Infections respiratoires (4%) Diabète sucré (3%) AVC (3%) Cirrhose du foie (3%)	Maladies cardio-vasc (26%) Diabète sucré (5%) AVC (4%) Pathologies rénales (3%) Infections respiratoires (3%)	VIH (28%) Malaria (9%) Dysentérie (8%) Infections respiratoires (7%) Périnatalité (5%)

## → Les axes de coopération développés par le CHR

Les programmes d'actions pluriannuels sont systématiquement déclinés dans les conventions-cadre de partenariat du CHR avec les pays de la zone Océan Indien.

Sauf accord spécifique, les principaux domaines de coopération retenus sont les suivants :

### → La formation de Ressources Humaines

Des sessions de formation médicale et/ou paramédicale sont organisées au sein des structures hospitalières des pays partenaires.

*Ex : mission du Dr. Aubert (PH- Urgences-Samu974, de Mme Oddou (cadre de santé) et Mme Pradel (IDE - Urgences/Samu974) aux urgences du CHN d'El Maarouf (Comores)*

→ Formation et aide à la mise en place de protocoles (arrêt cardio respiratoire, choc cardiogénique, PEC des polytraumatisés ; Mise en place d'un chariot d'urgence...)

Le personnel médical, paramédical, technique et administratif des établissements de santé des pays membres sont accueillis sur les deux sites du CHR en stage de 1 à 3 mois.

*Ex : accueil en stage de pédiatres malgaches de l'hôpital Tsalalarana d'Antsirabe (GHRS) ; accueil en stage d'un médecin comorien en hématologie (CHFG), accueil d'un ingénieur au service biomédical (CHFG)*

### → Missions médicales

Des missions médicales sont également organisées selon les besoins : renfort en médecins spécialistes et suivi des patients assuré à distance.

*Ex : missions médicales en chirurgie infantile à l'hôpital Victoria des Seychelles (CHFG) et à l'hôpital militaire de Tananarive (GHRS)*

Ces missions sont également l'occasion de transmission de savoir-faire et de pratiques aux équipes soignantes sur place.

### → Gestion du parc biomédical

L'appui à la gestion du parc biomédical est une forte attente des établissements partenaires.

Les missions sur place permettent de réaliser un recensement précis des équipements et un diagnostic-flash de l'organisation mise en place.

*Ex : Mission audit hôpital Victoria des Seychelles M. Evrard, ingénieur biomédical du GHRS janvier 2010) – Mission audit CHN d'El Maarouf (M. Cony, ingénieur biomédical du CHFG nov 2009)*

La formation du personnel technique est assurée par des missions sur place et/ou grâce à l'accueil en stage dans les établissements du CHR puis un suivi à distance est instauré (accompagnement sur la mise en place des préconisations, consolidation des acquis) par le service biomédical du CHFG (Comores, Mozambique) et du GHRS (Seychelles, Madagascar).



Perspectives : sur l'entretien, la maintenance et le renouvellement des équipements biomédicaux, le CHR mène une réflexion approfondie sur les moyens de coordination des achats réalisés par les pays partenaires et des dons de matériels réalisés par le CHR et par les autres partenaires internationaux.

### → Appui au management

Les partenaires du CHR ont fait part d'une forte attente de soutien méthodologique dans l'élaboration et le suivi des documents stratégiques et prospectifs (projet médical, organisation sanitaire, pratiques managériales de proximité...)

*Ex : En janvier 2010, un audit global de la gestion hospitalière a été réalisé à l'hôpital Victoria des Seychelles à la demande du gouvernement seychellois par M. Gras (CHR), M. Evrard (GHRS), Mme Souprayen (GHRS) et le Dr. GAUZERE (CHFG).*

## → La problématique du financement

Le système de tarification à l'activité (T2A) ne permet pas de financer les actions de

coopération régionale. Il est nécessaire de se tourner vers plusieurs types de bailleurs

de fond externes : ARS, Préfecture de la Réunion, Conseil Régional, AFD etc...

## → Orientations pour l'avenir

- Élaboration d'un document CHR d'orientations stratégique sur la coopération internationale.
- Signature des conventions cadre avec tous les pays de la zone
- Recensement exhaustif des actions de coopération du CHR

- Introduction d'un volet « coopération OI → dans l'annexe 4 « Projets-Coopération → des contrats de pôle de 2ème génération
- Constitution d'un fichier des ressources mobilisables (équipements hôteliers et biomédicaux) (fichier des compétences

- internes et expertise)
- Contribution du CHR aux actions initiées par la FHF OI

→ Perspective majeure : la création du CHU de la Réunion, largement ouvert sur les pays de la zone Océan Indien (formation médicale, recherche et innovation...)

# Les laboratoires du CHR : un accord cadre qui fera date

Le 21 juillet 2010, au siège du CHR (notre photo), le Directeur Général Mr Michel CALMON, les Directeurs de sites, Mr Jean-Marie CHOPIN et Mr Laurent BIEN et les représentants des pôles biologiques et médico-techniques des centres hospitaliers de Saint-Pierre et de Saint-Denis, les docteurs Alain MICHAULT et Franck TALLET étaient réunis pour la signature d'un accord-cadre en vue d'optimiser les activités de biologie développées au sein du CHR de la Réunion.

## → Quelques principes sont à la base de ce contrat :

### La coordination des activités et le développement d'activités mutualisantes

Les laboratoires du Nord et du Sud sont appelés à collaborer pour gagner en efficacité. Ils devront réorganiser les processus de productions biologiques dans un fonctionnement concerté des deux pôles de biologie en matière notamment, de développement des nouvelles activités (exemple : dépistage de la trisomie 21, positionnement du CHR concernant une alternative à l'externalisation sur la métropole des examens concernant la toxicologie médico-légale) et l'utilisation des matériels.

On apprend peu à peu à se connaître, des échanges ont eu lieu entre les biologistes des deux sites et la signature de cet accord traduit une confiance mutuelle des acteurs concernés, condition sine qua non, du succès.

### La promotion des plateaux techniques

Cela passera nécessairement par la remise à niveau des locaux des laboratoires qui le nécessitent. On s'attachera à créer sur chacun des sites un nouvel espace d'accueil biologique unique qui s'accompagnera de la création d'un dossier biologique unique avec pour conséquence la mutualisation des équipes attachées jusqu'à présent à cette fonction. La modernisation des laboratoires passe aussi par l'automatisation de la phase pré-analytique en créant une ligne de prétraitement unique pour les activités de biochimie, d'immunochimie, sérologie et/ou hématologie et hémostase.

### L'amélioration continue de la qualité

Ce principe rejoint l'obligation d'accréditation des laboratoires inscrits dans l'ordonnance du 13 janvier 2010. Les deux équipes sont d'ores et déjà entrées dans une démarche Iso. Cette démarche sera accompagnée par un ingénieur qualité qualifié sur la norme

Iso 15189.

Objectifs recherchés : maîtriser la gestion documentaire, gérer les non-conformités, assurer la métrologie et tracer les compétences et habilitations des professionnels. La démarche de certification Iso est un passage obligé pour continuer à fonctionner après 2016.

### L'équilibre médico-économique

Les deux pôles s'engagent à formuler des propositions de réorganisation afin d'améliorer l'efficacité médico-économique des laboratoires. Ainsi à Saint-Denis, la réflexion portera sur le décloisonnement des services de biochimie et de biologie qui s'opposent aujourd'hui à la mutualisation. Au Sud comme au Nord, on se déclare prêt à une automatisation de la phase pré-analytique. Les bénéfices attendus concernent l'économie de personnels techniques, la sécurité de la manipulation des échantillons et le gain de temps dans le traitement du processus dans son ensemble. Le regroupement de la réception des échantillons aujourd'hui spécifique pour chaque entité de laboratoire a également reçu un accueil favorable des professionnels. Il semble aujourd'hui incontournable tant qu'il apportera la sécurité aux personnels et aux clients.

Pour mettre en œuvre ce projet ambitieux, les signataires de l'accord-cadre souscrivent à la nécessité de développer une gestion prévisionnelle des effectifs, des métiers et des compétences afin de parvenir à une allocation équitable et solidaire des ressources. Cela passera par une réorganisation des processus de productions biologiques pour gagner en efficacité. Cette évolution induira des modifications de l'organisation de travail, en particulier sur les paillasse techniques dans la journée ainsi que durant la soirée ou la nuit.



La communication, la participation, la gestion de proximité et la responsabilisation de chacun seront renforcées. Les règles de gouvernance seront adaptées à la nouvelle organisation et répondront à des principes d'équilibre entre les deux sites. Ainsi, en qualité et en effectifs, l'encadrement sera identique d'un site à l'autre et les missions transversales aux laboratoires leur seront assignées.

L'exemplarité de cet accord-cadre tient aux objectifs que les signataires se fixent en matière de maîtrise des coûts et de performance médico-économique. Nul doute que si ces objectifs sont atteints, ils contribueront pour une large part au retour à l'équilibre économique du CHR. Ainsi, ce projet, s'il tient ses engagements doit dégager une économie nette supérieure à 2 200 000 euros réalisés sur quatre ans.

L'accord-cadre sera évalué chaque semestre et si besoin les engagements d'activités et de moyens seront adaptés. Les instances du CHR seront tenues informées régulièrement des synthèses des évaluations. Le pôle par ailleurs, s'engagera à conduire les études nécessaires pour identifier les causes des écarts et communiquer à l'appui des indicateurs de résultats.

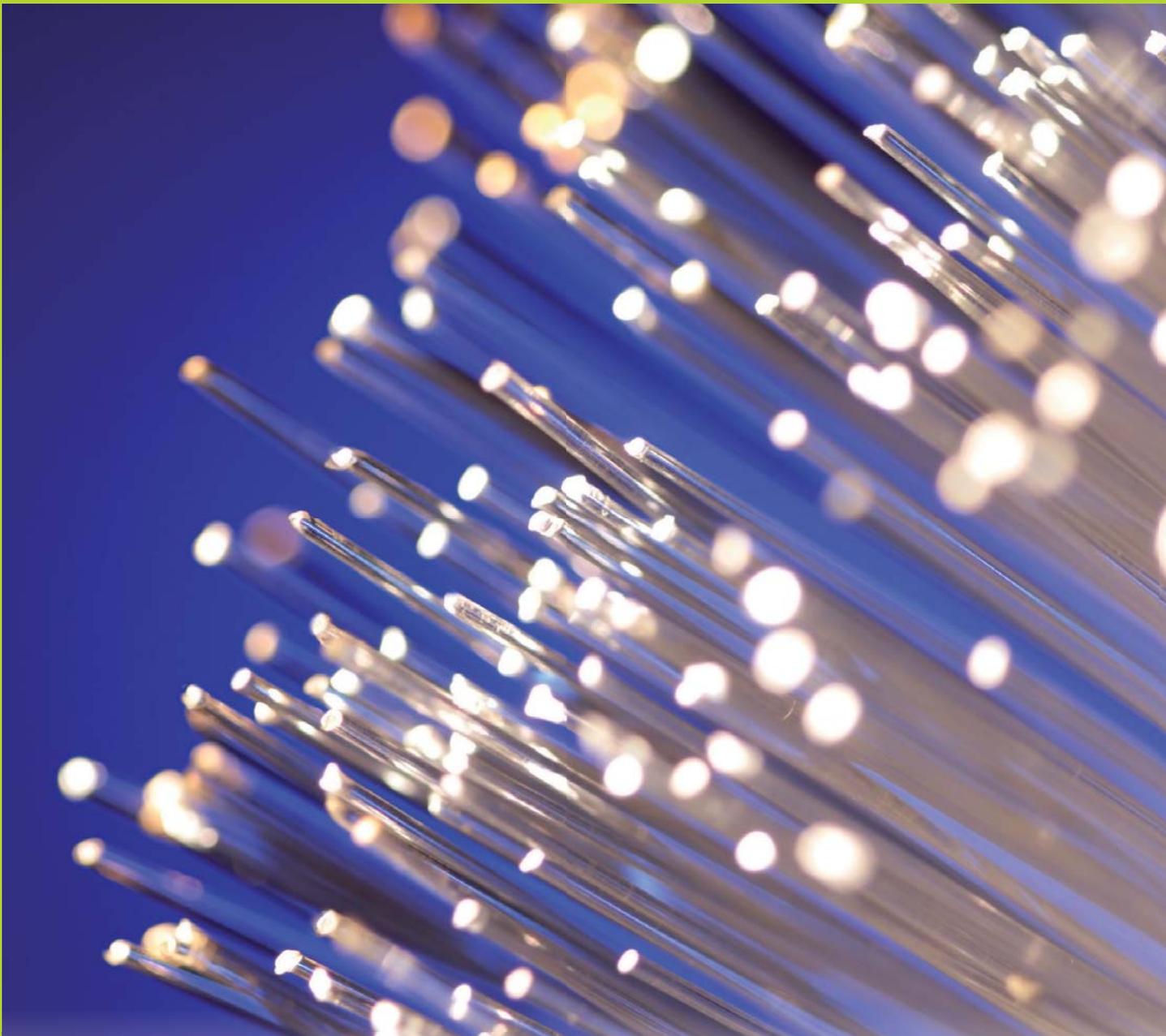
L'accord-cadre signé entre les laboratoires en appelle d'autres. En effet, si le CHR est en place, c'est précisément pour faire naître ces échanges, pour favoriser les synergies qui améliorent l'efficacité des réponses que nous apportons aux besoins de santé de la population.

## Synthèse des compétences des autorités et instances des Établissements Publics de Santé après la **loi HPST**

Compétence	Directeur
Acquisition, aliénation, échanges d'immeubles et leur affectation, baux de plus de 18 ans, baux emphytéotiques, contrats de partenariat,	CONCLUSION
Bilan annuel des tableaux de service	ARRETE
Compte financier et affectation des résultats	ARRETE
Conditions et organisation du travail, temps de repos	DECISION
Contrats de pôle	SIGNATURE
Convention constitutive des CHU et conventions passées en application article L6142-5 (Conventions Universités-CHR agissant conjointement)	SIGNATURE
Convention entre l'établissement et l'un des membres du Directoire ou du Conseil de Surveillance	
Participation à l'une des formes de coopération ou aux réseaux de santé	PROPOSITION au DGARS + autres ets et professionnels de santé
CPOM	CONCLUSION
Critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité	DECISION
Délégation de service public	DECISION
Politique de développement professionnel continu du personnel non médical	ELABORATION
EPRD	FIXATION
Mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 du CSP (participation de professionnels libéraux aux missions de l'établissement)	DECISION
Modification des missions de service public attribuées à l'établissement	
Organisation de la formation des étudiants et internes et liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir	
Organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, accompagnement des malades	ELABORATION: Coordonnateur général des soins
Organisation interne	ARRETE
PGFP	FIXATION
Plan blanc	ARRETE
Plan de développement professionnel continu relatifs aux professions médicales	ELABORATION
Plan de redressement	DECISION
Politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	DECISION conjointe avec le Pdt de la CME
Politique de recrutement des emplois médicaux	ELABORATION
Politique d'intéressement	ARRETE
Bilan social	ARRETE
Politique sociale	ELABORATION
Programmation de travaux, aménagement de locaux ou acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins	ELABORATION
Programme d'actions (art. L6144-1)	
Programme d'investissement	DETERMINATION
Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	ELABORATION: Coordonnateur général des soins
Projet d'établissement	
Projet médical	ELABORATION
Projet tendant à la fusion avec un (ou plusieurs) EPS	
Proposition de tarifs de prestations	FIXATION
Rapport annuel du Directeur sur l'activité de l'établissement	ELABORATION
Recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	
Règlement intérieur	ARRETE
Situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels	
Statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement	

Nous présentons ci-dessous un document technique qui peut se révéler utile en premier chef aux membres des instances délibératives et consultatives du CHR mais aussi aux chefs de pôle, personnels d'encadrement, directeurs fonctionnels et au delà à tous ceux désireux de savoir comment s'exerce la démocratie hospitalière. Pour chaque instance nous précisons les compétences qui sont les siennes au regard des affaires qui sont portées à sa connaissance.

Président de CME	Conseil de Surveillance	Directoire	CME	CTE	CSIRMT	CRUQ
	AVIS	CONCERTATION				
			INFORMATION			
	DELIBERATION	CONCERTATION (compte financier)	INFORMATION	AVIS		
		CONCERTATION en l'absence d'accord avec les O.S		AVIS		
AVIS		CONCERTATION	INFORMATION			
	DELIBERATION		AVIS	AVIS		
	DELIBERATION			AVIS		
	DELIBERATION : CHT avec CHU, fusion	CONCERTATION		AVIS pour projet de délibération Information pour les autres projets de coopération		
		CONCERTATION	INFORMATION	INFORMATION		
				AVIS		
		CONCERTATION				
				AVIS	AVIS	
	INFORMATION	CONCERTATION	INFORMATION	INFORMATION		
AVIS					INFORMATION	
			AVIS			
			INFORMATION			
					AVIS	
		CONCERTATION	INFORMATION	AVIS		
		CONCERTATION				
		CONCERTATION				
			AVIS			
		CONCERTATION		AVIS		
DECISION Conjointe	AVIS	CONCERTATION	CONTRIBUTION à l'Elaboration	AVIS	AVIS	
			INFORMATION			
		CONCERTATION	AVIS	AVIS		
		CONCERTATION	AVIS	AVIS		
				AVIS		
			INFORMATION			
		INFORMATION(par le Pdt de la CME)	Proposition au Directeur		CONTRIBUTION	CONTRIBUTION
	INFORMATION	CONCERTATION	AVIS (équipements médicaux)			
			INFORMATION		AVIS	
	DELIBERATION	PREPARATION	AVIS	AVIS		
ELABORATION avec le Directeur et en conformité avec le CPOM		APPROBATION	AVIS			
	DELIBERATION			AVIS		
		CONCERTATION				
	DELIBERATION		INFORMATION	AVIS	INFORMATION	
					AVIS	
	AVIS	CONCERTATION	AVIS	AVIS	INFORMATION	
				INFORMATION		
	DELIBERATION		AVIS	AVIS		

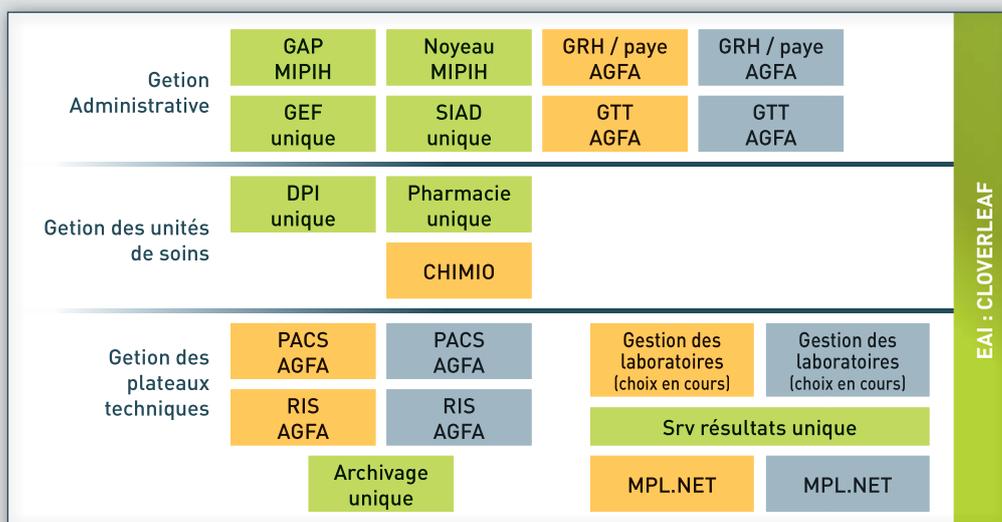


# Le schéma directeur du système d'information du CHR 2009-2013 (SDSI) : point d'étape

Le SDSI adopté en septembre 2009, comporte 47 projets relatifs à l'ensemble des secteurs de l'établissement sur la période 2009-2013.

Ne pouvant être exhaustif, seules les principales caractéristiques du SDSI vous sont ici présentées, le détail de l'ensemble des projets pouvant être consulté sur le site intranet du GHSR.

## → Schéma cible retenu pour le Système d'information du CHR



- Applications communes
- Applications GHSR
- Applications CHFG

## → Les principales étapes du SDSI

Le SDSI passe tout d'abord par l'unification d'applicatifs administratifs :

### L'AXE ADMINISTRATIF

→ Étape préalable à la fusion (janvier 2012) :

- Unification de la **Gestion Administrative du Patient (GAP) + du noyau** avec le logiciel (**Pastel-MIPIH**).  
**Enjeu** : Création d'une base patient unique et alimentation du dossier régional : cela nécessite la migration du logiciel actuel du GHSR vers celui du CHFG (impliquant la formation de 2000 agents) puis la fusion des deux bases de données

- Calendrier mars 2010-Mars 2011 / Mars 2011 - Janvier 2012 : fusion des deux bases de données  
*Chef de projet : Bertrice ANDRE (Attachée d'Administration Hospitalière des Affaires Financières-GHSR).*

Quand un usager se présente au bureau des entrées pour enregistrer son hospitalisation, l'agent du GHSR ouvre un progiciel qui a pour nom « Hexagone » et celui du CHFG un autre, qui porte le joli nom de « Pastel ». Ainsi deux bases patients sont créées. On comprend aisément que la configuration actuelle ne facilite pas les échanges d'informations patients entre le Nord et le Sud.

- **Unification de la Gestion Économique et Financière** (appel d'offres en cours).

**Enjeu** : Alimentation d'un flux unique depuis les 2 sites permettant de générer 1 EPRD vers 1 trésorerie dans le cadre de la **fusion des sites du CHR au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (avec le suivi de la situation financière des 2 sites)**

- Calendrier mars 2011-Echéance novembre 2011  
*Chef de projet : Patrick GOYON (Directeur adjoint chargé des Affaires Financières et du Système d'Information - GHSR).*

- Pour mettre en œuvre ces 2 étapes, un **fichier structure unique sera créé au niveau CHR**, impliquant une **nouvelle numérotation des UF actuelles** des 2 sites

- Calendrier : 2010-2011  
*Chef de projet : Cécile DINDAR (Directrice adjointe chargée du Contrôle de Gestion et des Affaires Financières - C.H.F.G.).*

Le CHR ne fera plus qu'un en 2012. En effet, il ne présentera plus qu'un budget unique (EPRD) et ce sera un seul comptable du Trésor qui paiera les factures. Or, actuellement, deux progiciels différents sont utilisés selon que l'on exerce au GHSR (AGFA) ou au CHFG (MAG 2). Si nous voulons être au rendez-vous de la fusion et présenter à l'autorité de tutelle qu'un seul budget, il faut engager dès maintenant l'harmonisation du découpage des deux sites en unité fonctionnelle (UF). (Voir notre article sur le fichier structure).



→ Service Addictologie CHFG (De gauche à droite)  
Lolita PAQUIRY, secrétaire médicale et  
Katerine LEJACQ, stagiaire (secrétariat  
médical)

## L'AXE ADMINISTRATIF

→ Étape préalable à la fusion  
(janvier 2012) :

S'ajoutent à ces opérations :

■ La mise en œuvre d'un Système informatisé d'Aide à la Décision (**SIAD**) au niveau du CHR afin d'acquiescer des outils de pilotage fiables et réactifs.

• Calendrier : 2010-2013

Chef de projet : Cécile DINDAR (Directrice adjointe chargée du Contrôle de Gestion et des Affaires Financières-CH.F.G).

■ Les échanges d'informations « lourdes » entre les 2 sites seront notablement améliorés par la mise en place du réseau PIRES III (100 Mo)

Cf Axe communication

• Calendrier : Fin 2010.

les nouvelles règles de gestion issues de la réforme hospitalière nous conduisent à placer les systèmes de pilotage au centre de notre stratégie. Dans un contexte budgétaire restrictif, la recherche de l'utilisation adéquate de chaque dépense exige un outil capable de fournir au bon moment et au bon utilisateur, la bonne analyse et des indicateurs pertinents.

Au-delà du rapprochement des données médico-économiques et d'un puissant outil d'analyse, le système adopté accompagnera la mise en place d'un langage commun pour un vrai « dialogue direction, corps médical, soignants ». Son ergonomie et sa facilité d'usage sont les conditions de son succès.

## → Le CŒUR DU SDSI est centré sur le patient, ce qui implique plusieurs réalisations

### L'AXE PATIENT

→ Le cœur du Schéma directeur permettant de créer le DPI et de sécuriser la prise en charge du patient

■ Mise en œuvre du dossier Patient Informatisé (DPI) commun

**Enjeu :** Mettre en œuvre un DPI pour l'ensemble du CHR afin de contribuer à la réussite du projet médical ainsi qu'à l'homogénéisation des pratiques professionnelles.

Cela passe par le basculement du dossier actuel « papier » vers le dossier totalement numérisé.

• Calendrier : Février 2011 – Juin 2012

Chef de projet : Christophe TREBUCHET (Président de la C.M.E- GHSR)

Il n'est que d'évaluer les difficultés rencontrées dans l'archivage des dossiers papiers dont le linéaire, année après année ne cesse de progresser, donnant parfois l'impression que la réalité nous échappe, pour mesurer à quel point la mise en place d'un dossier patient informatisé commun aux deux sites est vital.

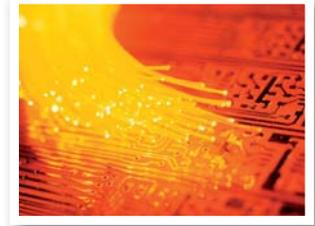
Le mot « commun » signifie qu'un patient hospitalisé au GHSR pourra être quelques mois plus tard admis au CHFG sans compromettre l'accès à ses données médicales par les nouveaux praticiens responsables de sa prise en charge. On évitera ainsi la création d'un deuxième dossier pour un même patient et du même coup, nous améliorerons la prise en charge. L'audit sécurité lancé au mois de juillet 2010 doit nous dire quel sera le meilleur endroit pour stocker les dossiers médicaux informatisés

■ Pour assurer une base commune fiable, il est prévu de doter le CHR d'une cellule **d'identité-vigilance** commune et des outils informatiques adéquats

• Calendrier : 2010

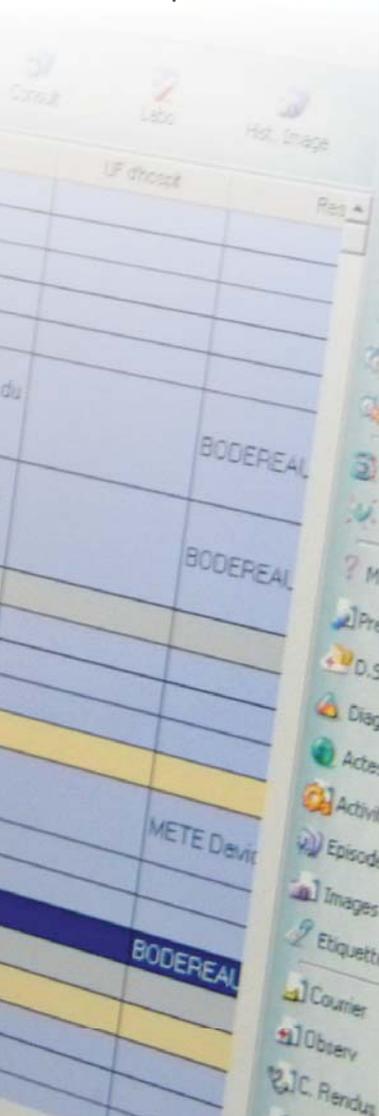
Chef de projet : Jean-Fabien ROUANET (Chef de pôle santé publique et information médicale- G.H.S.R)

Le challenge est de constituer une base de données patients la plus fiable possible et cela passe par une surveillance continue de l'exactitude des données recueillies auprès des patients par les divers secrétariats médicaux. Le système doit aider au repérage des doublons notamment. Derrière cette vigilance il y a à la fois des enjeux économiques pour l'institution et sécuritaires pour le patient.



## L'AXE PATIENT

→ Le cœur du Schéma directeur permettant de créer le DPI et de sécuriser la prise en charge du patient



### ■ La prescription connectée de médicaments

Enjeu : Pour chaque site du CHR, la prescription connectée au lit du patient dans CROSSWAY, interfacée avec PHARMA (validation, dispensation), permettra de sécuriser le circuit du médicament. Les logiciels PHARMA des 2 sites seront unifiés.

- Calendrier : 2010-2013

C'est un euphémisme de dire que le système de gestion informatisée des pharmacies est devenu indispensable. Le logiciel PHARMA dédié à la gestion de la pharmacie est en place à Saint-Pierre comme à Saint-Denis aujourd'hui (sauf à Cilaos). Son utilisation est partielle toutefois. En effet, si la commande des médicaments est généralisée sur l'ensemble des sites, la prescription informatisée via le dossier patient informatisé (CROSSWAY) n'est le fait que de quelques services au CHFG (l'addictologie, la maternité, la gynécologie et prochainement le service de neuro-vasculaire et le service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) ). Pour ces services qui prescrivent, les pharmaciens analysent et valident les prescriptions.

Observons que les exigences visant à sécuriser le circuit du médicament vont se renforcer et que la prescription généralisée est donc un enjeu stratégique à terme pour la gestion des risques au sein de notre institution.

### ■ Évolution des laboratoires :

→ Renouvellement du Système de Gestion du Laboratoire du CHFG (mise en place d'une solution identique au GHSR et au CHFG et d'un serveur de résultats communs)

**Enjeu :** développer et consolider l'offre de soins Conforter la qualité et la gestion des risques

- Calendrier : 2010 - 2013

→ Mise en place du pré-analytique au laboratoire (GHSR)

**Enjeu :** optimiser les analyses

- Calendrier : 2010

*Chefs de projet : Franck TALLET (Chef de service laboratoire-biochimie- C.H.F.G) - Alain MICHAULT (Chef du pôle de Biologie- (G.H.S.R)*

→ La mise en œuvre de la prescription connectée aux laboratoires pour l'ensemble des unités de soins

**Enjeu :** conforter la qualité, la gestion des risques, développer et consolider l'offre de soins

Les laboratoires se sont engagés dans une démarche de rapprochement ambitieuse. Elle exige que les laboratoires Nord et Sud adoptent le même progiciel. Ainsi en rendant compatible les deux bases de données, l'une au GHSR et l'autre au CHFG, les résultats pourront être communiqués indépendamment du site où l'examen a été réalisé.

### AUTRES ACTIONS :

■ Mise à niveau du PACS C.H.F.G (système de transfert d'archivage et d'analyse des images radio numérisées)

■ Évolution du logiciel des urgences

■ Mise en œuvre d'un dossier patient informatisé embarqué pour les SMUR

■ Système d'information de la radiothérapie G.H.S.R

■ Mise en œuvre de la dictée numérique

■ Anesthésie -bloc opératoire

■ Réanimation : interfaçage des matériels bio -médicaux



## → L'axe communication se décline en plusieurs chantiers majeurs

### L'AXE COMMUNICATION

→ Visé à développer pour l'ensemble des utilisateurs les outils communicants, de sécurité et de réseau au plus près du patient

#### ■ Systématiser l'informatique au lit du patient

**Enjeu :** Fournir aux utilisateurs (médecins et soignants) les outils permettant de saisir l'ensemble des informations utiles à la prise en charge du patient.

Cette action passe par une augmentation importante du parc d'ordinateurs via l'utilisation du WI-FI ou de liaisons DSLAM (paires téléphoniques)

• Calendrier : 2010-2013

*Chef de projet : Frédéric DONDON (Responsable du Système d'Information et de l'Organisation- G.H.S.R)*

Au CHFG comme au GHSR, des tests sont actuellement en cours pour permettre aux praticiens et aux soignants de saisir au lit du patient les données médicales et paramédicales. En assurant la traçabilité en temps réel des informations dans le dossier médical, nous contribuerons à améliorer la tenue du dossier médical et la sécurité de la prise en charge.

#### ■ Développer les outils communicants :

##### → Mise en œuvre d'un portail de communication :

Mettre en œuvre un portail d'accès à l'information et de gestion des risques pour l'ensemble des agents du CHR;

• Échéance : 2011

*Chef de projet : Luis SANTOS (Directeur adjoint chargé de la Qualité, Gestion des risques et Communication - G.H.S.R)*

##### → Fusion et mise en place d'outils communicants :

Fusion des annuaires, messageries, agendas, harmonisation des autocoms, mise en place de DECT au CHFG, développement des visioconférences

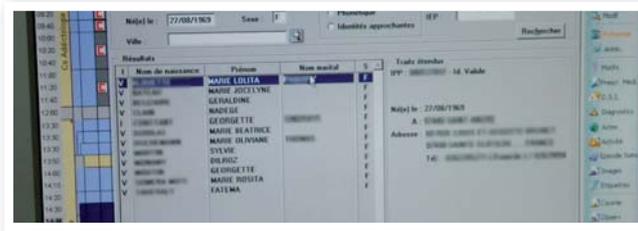
• Échéance : 2011-2012

*Chef de projet : Benoît GALOPIN (Responsable du Système d'Information et de l'Organisation- C.H.F.G)*

Le portail intranet/extranet que nous adopterons, intégrera sur un même écran toutes les applications et toutes les informations nécessaires au travail quotidien des agents de l'hôpital. Pour les utilisateurs, c'est une porte d'entrée unique que l'on soit à Saint-Denis ou à Saint-Pierre, sur des informations et des applications. Cet outil induira des modifications profondes et durables sur les relations entre les deux sites.

Favoriser la communication passe aussi par la généralisation des téléphones sans fil reliés à un poste fixe quelque soit le lieu d'exercice où l'on se trouve.

Ainsi au CHFG, les GSM seront progressivement abandonnés au bénéfice des DETC.



## L'AXE COMMUNICATION

→ **Visé à développer pour l'ensemble des utilisateurs les outils communicants, de sécurité et de réseau au plus près du patient**

### ■ Sécuriser le système d'information

**Enjeu :** Le basculement vers le dossier patient informatisé (totalement numérisé) impose une sécurité renforcée du système d'information dans plusieurs domaines :

→ **Mise en œuvre d'un plan de reprise d'activité :** Cela passe par la mise en réseau d'informations critiques qui nécessite une haute disponibilité des informations concernées

**Enjeu :** Permettre, en cas de problèmes majeurs (incendie, inondation, panne électrique), de conserver l'intégrité des données et les applications sensibles en production.

- Calendrier : Février 2010 – Mars 2012

*Chef de projet : Benoît GALOPIN (Responsable du Système d'Information et de l'Organisation - C.H.F.G)*

→ **Mise en œuvre de connexions intersites (réseau Gazelle) :** Élaboration d'un réseau étendu pour l'ensemble des sites du CHR garantissant des débits suffisants et des temps de réponse adéquats pour l'ensemble des activités transversales (le réseau va permettre de passer des informations à hauteur de 100 Mégaoctets avant la fin 2010, en attendant de passer au Giga octet en 2011).

- Calendrier : 2010

*Chef de projet : Benoît GALOPIN (Responsable du Système d'Information et de l'Organisation - C.H.F.G)*

→ **Sécurisation du système, du réseau et salles machines:** la stratégie sera affinée suite aux conclusions de l'audit sur la sécurité (novembre 2010)

La dépendance aujourd'hui établie des hôpitaux à l'égard du système d'information conjuguée au besoin croissant de communication et d'ouverture (échange entre les sites du CHR) induit une vulnérabilité de plus en plus grande face aux erreurs humaines, au dysfonctionnement du système et aux attaques cyber-criminelles. La maîtrise de la sécurité devient un impératif.

Aujourd'hui nous avons des sauvegardes et en cas d'incendie des salles machines, les données ne sont pas perdues mais le redémarrage du système peut prendre plusieurs semaines voire des mois. Le plan de reprise permet de redémarrer le système sans délai.

Un audit sécurité du système est en cours et ses résultats seront connus dès le mois de novembre 2010. Ils permettront de définir avec précision les actions de sécurité complémentaires au plan de reprise.

Enfin le réseau qui reliera les deux sites principaux de notre institution en passant par le siège du CHR situé à Saint-Paul, est d'ores et déjà depuis le 15 août dernier, passé d'une capacité de transfert de données de 2 Mb, correspondant à une image de 250 Koct de faible qualité à une capacité de 100 Mb (50 fois plus rapide). La technologie utilisée est celle de la fibre optique (réseau Gazelle).

## → Qui pilote le système d'information ?

### → Le comité de pilotage

#### Les membres du comité de pilotage du système d'information CHR :

- Michel **CALMON** (Directeur Général)
- Jean-Marie **CHOPIN** (Directeur du G.H.S.R)
- Laurent **BIEN** (Directeur du C.H.F.G)
- Dr Tawfiq **HENNI** (Président de la CME, site du C.H.F.G)
- Dr Christophe **TREBUCHET** (Président de la C.M.E, site du G.H.S.R)
- Frédérique **ARONICA** (Directrice des soins infirmiers, site du C.H.F.G)
- Michel **BOHRER** (Chef de service du DIM, Responsable du Pôle PACS Qualité Sécurité des Soins, site du C.H.F.G)
- Cécile **DINDAR** (Directrice adjointe chargée du Contrôle de Gestion et des Affaires Financières, site du C.H.F.G)
- Frédéric **DONDON** (Responsable du Système d'Information et de l'Organisation, site du G.H.S.R)
- Benoit **GALOPIN** (Responsable du Système d'Information et de l'Organisation, site du C.H.F.G)
- Patrick **GOYON** (Directeur du Système d'information)
- Patrick **GRAS** (Directeur de la Stratégie et de la Coopération, C.H.R)
- Jean-Marie **LEBON** (Directeur des soins infirmiers de rééducation et médico-technique, site du G.H.S.R)
- Jean-Fabien **ROUANET** (Chef de pôle Santé Publique et Information Médicale, site du G.H.S.R)
- Luis **SANTOS** (Directeur adjoint chargé de la Qualité, Gestion des risques et Communication site G.H.S.R)

## → Le Fichier commun de structure, un outil de repérage au cœur du fonctionnement hospitalier

Le Fichier commun de structure (ou dans le jargon, « FICOM ») est le document qui permet d'identifier chaque unité de l'hôpital de manière unique, exhaustive, reconnue par tous les logiciels du système d'information.

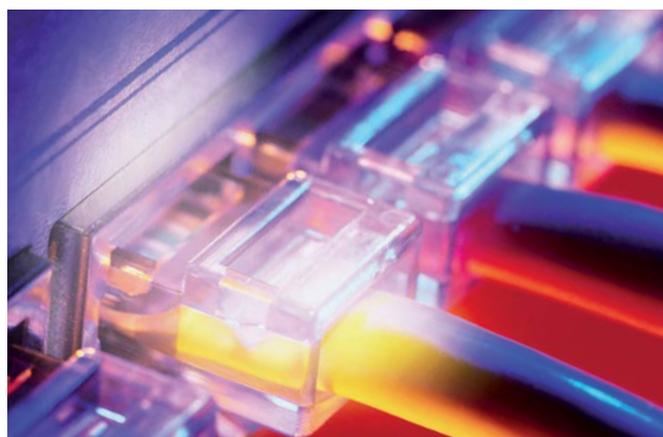
**P**renons le cas d'une activité nouvelle qui se met en place. D'abord, un identifiant (numéro à 4 chiffres, et nom de l'unité – par exemple « Court séjour de gériatrie ») lui est attribué. Cette unité, appelée unité fonctionnelle (« U.F. ») est ensuite rattachée à un service appelé Centre de responsabilité, par exemple « Gériatrie », qui lui-même appartient à un pôle – par exemple « Pathologies médico-sociales ».

Chaque unité de l'hôpital est ainsi dotée d'une identité qui est ensuite utilisée pour toutes les opérations de gestion et d'enregistrement de l'activité, des dépenses, etc. : mouvements des patients, commandes de médicaments, de repas, de linge, affectation des personnels...

Le fichier structure doit impérativement être pertinent, c'est-à-dire correspondre à la réalité de l'organisation, pour permettre la bonne gestion de l'activité hospitalière.

C'est pourquoi des règles de maintenance de ce fichier existent. Une Unité Fonctionnelle, la plus petite unité de mesure, c'est :

- Une responsabilité identifiée
- Une activité identifiée homogène (hospitalisation complète, de jour, de nuit, consultations externes, explorations fonctionnelles etc.).



- Des moyens et dépenses identifiables pour réaliser cette activité.

Le rapprochement des fichiers structures du CHFG et du GHSR permettra d'avoir un outil de référence unique pour le CHR. Par conséquent, les numéros actuels d'identification des unités pourront être modifiés. Ce projet est technique, mais il concerne tous les utilisateurs du système d'information de l'hôpital – et mobilise particulièrement plusieurs services dont le DIM, le contrôle de gestion, la direction des finances et du système d'information.

## Création dès 2010 d'une **Unité de Soutien Méthodologique**

### → Définition de l'Unité de Soutien Méthodologique (USM)

Unité de recherche en capacité d'accompagnement méthodologique et statistique pour les projets des hospitaliers et ceux qui ne répondraient pas aux thématiques dominantes du CIC-EC.

### → Missions principales de l'USM

L'Unité de Soutien Méthodologique créée au sein de la Délégation à la **Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI)**, assure pour le compte du CHR promoteur, les aspects de conception méthodologique des projets proposés, initiés, et coordonnés par les investigateurs cliniciens. Associée aux ressources déjà existantes au sein de la DRCI, il contribue à la constitution d'une véritable Unité de Recherche Clinique pour assurer également la planification et la gestion des essais cliniques, avec les compétences et les moyens nécessaires (en personnel, infrastructures, locaux) pour mettre en place et assurer la logistique d'une étude de qualité. Cette unité n'a pas vocation à développer une ou des thématique(s) de recherche spécifique(s).

### → Rôle de l'USM

- assurer les **choix méthodologiques** pour l'étude lors de sa conception, en étroite collaboration avec l'investigateur coordinateur qui est l'expert du domaine médical concerné,
- assurer la **logistique** de l'étude : aide à la rédaction des documents, coordination du déroulement et des acteurs,
- assurer le **recueil** et la **gestion des données**

dans le respect des principes **d'assurance qualité**,

- **analyser** les données et participer à l'interprétation des **résultats** de l'étude,
- **valoriser** les résultats,
- participer à la **formation** des acteurs de la recherche clinique.

### → Périmètre d'action de l'Unité de Soutien Méthodologique

- Projets Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) nationaux et inter-régionaux, appels d'offres divers (ANR, sociétés savantes, INCa...), appels d'offre interne, thèses de médecine...
- soutien méthodologique et statistique,
- respect des bonnes pratiques : aspects éthiques et réglementaires,
- participation à l'élaboration du budget prévisionnel

### → Champ d'intervention de l'USM en lien avec la DRCI

- gestion technico-réglementaire des projets promus par le CHR
- coordination et suivi des projets par les attachés de recherche clinique : randomisation, élaboration du cahier de recueil, saisie et contrôle qualité des données, monitoring, gestion des événements indésirables ;
- l'assurance qualité : harmonisation des procédures recherche, veille réglementaire et diffusion des documents types ;
- vérification du respect de la réglementation et des droits des patients,
- suivi budgétaire et scientifique des projets,
- encadrement du personnel de la recherche.



- formation des médecins et des personnels soignants à la méthodologie de la recherche clinique ;
- enseignement dans les écoles paramédicales ;
- accueil d'étudiants et de stagiaires (internes, étudiants en sciences, stagiaires ARC).

### → Financement

Cette unité bénéficie d'un soutien financier sur 2 ans ½ de l'Agence Régionale en Santé de l'Océan Indien (ARS) à hauteur de 220 000 euros en année pleine et pourra ainsi être dotée, dans un premier temps, d'un poste de médecin méthodologiste et d'un poste de biostatisticien. Son implantation est prévue dans les locaux recherche du CHFG afin de faciliter les interactions avec la cellule promotion de la DRCI. A terme, le développement de l'activité de recherche clinique permettra d'autofinancer cette nouvelle unité.

## Le Registre des Cancers de La Réunion

L'objectif du Registre des Cancers de La Réunion est d'estimer l'incidence annuelle (= nombre de nouveaux cas par an) des différents types de cancers dans la population réunionnaise afin d'en étudier les variations géographiques et temporelles. Il constitue ainsi un outil de Santé Publique pour la planification et le suivi des actions de santé (prévention, campagnes de dépistage, ...), et aussi un outil de recherche épidémiologique (facteurs de risque,...).

Mis en place en 1988 par le Conseil Général de la Réunion, il a été repris par le CHR il y a 1 an.



L'équipe du registre enregistre de manière active tous les nouveaux cas de cancer dans la population réunionnaise par le croisement des différentes sources de données accessibles (Laboratoires de cytologie et d'anatomo-pathologie, les structures prenant en charge les patients atteints de cancers, les Départements d'Information Médicale...), par

l'analyse des dossiers cliniques, puis par le codage et la saisie des informations nécessaires. Cet exercice nécessite une organisation rigoureuse ainsi que des compétences spécifiques, le tout avec un souci continu de maintien de la confidentialité des informations recueillies (autorisations du CCTIRS et de la CNIL, base de données sécurisée, procédures de recueil standardisées). Ce travail est actuellement réalisé par une équipe composée d'un médecin responsable (à mi-temps) et de 2 techniciennes d'enregistrement. Le Registre des cancers de la Réunion enregistre donc de manière

continue tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1988 dans la population Réunionnaise.

En 2004, il a enregistré 1 752 cas de cancers, soit un taux d'incidence de 230 cas pour 100 000 habitants, chiffre plus faible que l'équivalent national mais en nette augmentation. L'analyse par localisation montre par contre une sur-incidence des cancers du col de l'utérus chez la femme, de l'œsophage chez l'homme, de l'estomac pour les 2 sexes par rapport aux données métropolitaines.

# Une Revue Morbi-Mortalité qui marche

La Commission EPP du CHFG s'est réunie le 26 août 2010 pour entendre, entre autres, le bilan 2009 de la revue morbi-mortalité mise en place depuis 2008 dans le service maternité de l'établissement. Si nous présentons dans ce numéro cette RMM, c'est parce qu'elle répond parfaitement à la définition retenue par la HAS «analyse collective, rétrospective des cas marqués par la survenue : d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient ».



**L**e docteur GUEDJE Ameth, gynécologue obstétricien est l'animateur de cette RMM. Il bénéficie d'une expérience acquise dans son précédent poste à l'hôpital de Versailles. Pour lui, comme pour le cadre qui l'a accompagné dans le lancement de cette RMM, M<sup>me</sup> LOVENSKI très active à ses côtés, l'objectif poursuivi par l'équipe soignante est avant toute chose l'amélioration de la prise en charge du patient et la sécurité des soins.

## → Comment ont-ils procédé ?

Au départ, ce médecin expérimenté, volontaire et reconnu par ses pairs, a proposé d'adopter une procédure [au CHFG, appelé charte RMM] qui décrit l'organisation et le fonctionnement de la RMM. C'est un document indispensable qui prévoit notamment, la périodicité des réunions, leur durée, les modalités de recueil et de sélections des cas, le déroulement et le suivi des réunions, la traçabilité et l'archivage

des documents. La charte RMM sera adoptée au CHFG en février 2009 et communiquée à l'ensemble des professionnels intéressés.

Au mois de mars de la même année, la RMM fit le plein. Tous les médecins du service, en effet y participeront et un anesthésiste sera présent ainsi que plusieurs sages-femmes.

Depuis nous dénombrons en moyenne cinq réunions par an. Notons que la fréquence des réunions est laissée à l'initiative du secteur d'activité. Il est conseillé de privilégier un nombre limité de réunions bien préparées plutôt que de les multiplier. La contrainte temps en particulier pour l'animateur de la RMM doit en effet être prise en considération. On peut suggérer d'intégrer les RMM aux réunions existantes (staff médical...) en dédiant avec une périodicité définie une de ces réunions à l'analyse des cas anonymisés.

Sur les cinq réunions réalisées en 2009, deux RMM du service

de gynéco-obstétrique auront été consacrées au suivi et à l'évaluation des actions d'amélioration mises en œuvre.

En cela, cette revue morbi-mortalité est exemplaire. Le Dr GUEDJE sélectionne les cas qui seront débattus. En principe trois types de cas peuvent être analysés : un décès, une complication ou un événement qui aurait pu causer un dommage à un patient (appelé aussi presque accident). Dans le service de gynéco-obstétrique, un registre est ouvert dans lequel, entre deux réunions consacrées à l'analyse de cas, ces trois types de cas sont recensés. C'est dans ce registre que le Dr GUEDJE, en fonction d'une liste des critères de sélection définie, choisira les cas à présenter.

Chaque cas sélectionné fait l'objet d'une présentation de manière anonyme par le praticien responsable du patient et en présence de l'équipe qui a contribué à cette prise en charge.

Une RMM, pour être qualifiée comme telle, concerne au moins l'équipe médicale dans son ensemble et il est fortement recommandé de l'ouvrir aux personnels paramédicaux de l'équipe. L'analyse des cas est réalisée à posteriori et les personnes qui y assistent sont tenues au secret professionnel. La dernière RMM organisée dans le service, a rassemblé pas moins de 25 personnes, tout statut confondu et y compris lorsque les cas les concernent, les aides-soignants et les infirmiers. D'autres spécialistes peuvent être sollicités si l'étude des cas traités le requière.

Auparavant, les médecins sollicités pour présenter les cas, préparent les interventions qui introduiront les débats.

Pour être efficace, une RMM ne peut être improvisée. Il est souhaitable de désigner un secrétaire de séance qui rédigera le compte-rendu diffusé aux participants. Ce compte-rendu

anonymisé (aucun élément ne permet en effet d'identifier directement ou indirectement le patient ou les auteurs concernés) est archivé. Il est accompagné de la liste des personnes ayant assistées à la RMM. Comme nous l'avons souligné, l'exemplarité de la RMM tient aux propositions d'actions mises en oeuvre (voir tableau joint).

L'approche pragmatique du Dr GUEDJE permet, un an et demi après son instauration de tirer un bilan positif de cette démarche visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine des risques ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité.

Lors de l'entretien que le Dr GUEDJE a bien voulu nous accorder, il a conclu par ce témoignage d'une patiente qui avait perdu son bébé in-utero : « elle voulait comprendre pourquoi cet événement tragique s'était passé et souhaitait que d'autres femmes ne soient pas confrontées à ce drame. Après l'avoir informé du déroulement de la RMM qui avait consacré un temps d'analyse et de débat autour de son cas, elle repartit rassurée et remercia l'équipe médicale pour son soutien et l'attention apportée ».

Ainsi, dans une affaire récente, jugée en France, le juge a considéré que la mise en place d'une RMM apportait la preuve de la réactivité des équipes face à une situation qui pourrait se renouveler. Il s'agit donc de décrire les faits, d'en comprendre les causes sans porter de jugement sur les personnes « comprendre ce qui s'est passé sans rechercher un responsable ». Aujourd'hui la HAS demande aux établissements de mettre en place obligatoirement une RMM dans les secteurs suivants : chirurgie, anesthésie, réanimation et cancérologie.

Il appartiendra au service qualité des deux sites d'accompagner les équipes qui souhaitent mettre en place des RMM dans leur secteur d'activité.

## → Mesures correctives mises en place suite au RMM

PH mètre en salle de naissance pour tous les nouveau-nés

→ Élaboration des protocoles en salle de naissance :

- électrode au scalp
- analyse fine du RCF avec la CAT en cas d'anomalie
- analyse du RCF en staff dans certaines situations (extractions foetales, césariennes en cours de travail)
- ARCF en cours de travail
- APGAR < 7 à 5 mn de vie
- PH < 7,15

→ Élaboration de protocoles sur le déclenchement en cas de MFUIet/ ou en cas d'utérus cicatriciel

→ Code couleur pour les césariennes en urgence pour signaler le degré d'urgence

→ Mise en place d'un staff de chirurgie gynécologique hebdomadaire

→ Demande de formation régulière du personnel du bloc opératoire à l'utilisation du matériel endoscopique

→ Élaboration de procédures pour l'hystérocopie opératoire : chirurgicale et anesthésique

→ Élaboration d'une procédure d'urgence en cas d'arrêt cardio-respiratoire avec amélioration de la communication inter-équipe

→ Mise en place d'un protocole de TIU inter hospitalier, travail en collaboration avec le réseau (RePeRe)

→ Mise en place d'une fiche de transfert interne avec le service de réanimation médicale et le SIPO

→ Amélioration des programmations des IVG chirurgicales avec objectif à long terme de créer un centre d'orthogénie

→ Mise en place d'une prise en charge psychologique rapide de l'ensemble de l'équipe

## Opération « un bébé, un livre »

Le samedi 23 octobre 2010 aura lieu, dans les 3 maternités du CHR (St Pierre, St-Denis, St-Louis) et comme dans toutes les maternités de l'île, l'action intitulée « un bébé, un livre ».



Cet événement est organisé par l'association Keskidi, Keskili, association réunionnaise de prévention en orthophonie qui œuvre dans tous les champs de compétences de cette profession et qui consacre une grande partie de ses actions à la lutte contre l'illettrisme et à l'aide à la parentalité.

Cette opération, déjà plébiscitée en métropole dans la région Alsace depuis 2006, a pour objectif de mieux informer et de sensibiliser les parents sur le développement du langage de l'enfant.

Pour cela deux orthophonistes bénévoles interviendront dans chaque maternité, en offrant un livre adapté (livre doudou, livre



à froisser, livre pour le bain,...) au bébé et à ses parents (mamans) qui auront au préalable donné leur accord pour être visités.

Cette rencontre permettra un échange entre les parents et les orthophonistes sur

les attitudes favorables à la communication à avoir avec son enfant et sur l'intérêt de leur proposer des livres dès les premières semaines.

Le livret « Objectif langage » (créé en Meurthe et Moselle en 1980 et adapté au public réunionnais) sera remis aussi aux parents, ils y retrouveront les grandes lignes des conseils prodigués par les orthophonistes. Le partenariat avec les équipes médicales est évidemment indispensable au bon déroulement de cette journée, nous aurons besoin de leur soutien et resterons à leur disposition pour discuter et échanger.

Elise CROSVILLE, Deborah HADELER  
Pour KDKL

## Votre santé : notre métier

Un album photos qui vous raconte...

On n'avait jamais à La Réunion donné à voir l'hôpital de l'intérieur. Libres de leurs mouvements, deux photographes, réceptifs, à la sensibilité immédiate et vibrante ont été au bout d'un projet, de si vaste dimension, qui leur a nécessité douze mois pour parvenir à la perfection souhaitée. Bien que personnelle, leur vision n'est ni aventureuse ni effrontée. La maîtrise dont ils font preuve, rend compte de compositions imprégnées de respect, de sensibilité et de délicatesse.

Ils ne sont pas cantonnés à la surface des choses, la réalité qu'ils montrent n'est pas déformée.

Chaque photo est l'occasion de saisir des scènes hospitalières traitées avec une grande simplicité de lignes qu'accroissent pour certaines d'entre elles les rayons de la lumière. Leur curiosité, leur audace, leur surprenante capacité à saisir le geste, le regard, l'attitude du professionnel au plus près du patient fait de cet ouvrage, qui sera disponible dès le mois de décembre 2010, un album de photos unique en son genre, du moins dans notre île.

Un hommage rendu aux hommes et aux femmes qui forment la grande famille hospitalière, des bureaux au bloc opératoire, en passant par la blanchisserie et les services hospitaliers, toutes les énergies sont mobilisées pour servir la passion de guérir.

Une exposition photos extraite de cet ouvrage sera organisée lors de l'inauguration



de l'Atrium du centre hospitalier Félix Guyon au mois de novembre prochain. Cette exposition a vocation à aller à l'hôpital de Saint-Pierre dans un second temps. Le livre, d'un rendu professionnel de qualité, qui rassemblera les cent vingt plus belles photos des trois mille réalisées au cours de

l'année 2009 peut être dès maintenant réservé au prix coûtant de 15 € auprès de : [frederique.boyer@chr-reunion.fr](mailto:frederique.boyer@chr-reunion.fr) (pas plus de 2 exemplaires par hospitalier compte tenu du tirage limité).

A part moi,  
qui s'occupe de  
ma retraite ?



## RETRAITE, Préfon vous répond

Préfon est le diminutif de  
Caisse Nationale de Prévoyance de la Fonction Publique.  
Préfon-Retraite est le complément de retraite des agents du service public,  
qui vous garantit à l'échéance une rente à vie en fonction de votre épargne.  
Avec Préfon-Retraite, votre épargne est défiscalisée\* et intégralement sécurisée.  
Mais savez-vous que Préfon-Retraite est ouvert non seulement à tous les agents du service public  
mais aussi à des millions de personnes comme leur conjoint ?

Vous vous posez des questions ?  
Renseignez-vous, appelez Préfon.

Code Préfon : IDLR1

30 25

APPEL  
GRATUIT  
depuis un poste fixe

[www.prefon-retraite.fr](http://www.prefon-retraite.fr)

Retraite  
**Préfon**  
Complémentaire et Nécessaire

\* Sous réserve de la fiscalité en vigueur.

Le régime PREFON-RETRAITE est un contrat d'assurance de groupe, régime régi par les articles L. 441-1 et suivants du Code des assurances, dont l'objet est la constitution et le service d'une retraite par rente au profit des affiliés. Il est souscrit par : L'association PREFON, Association régie par la loi du 1er juillet 1901 ayant son siège social, 12 bis, rue de Courcelles à Paris 8<sup>ème</sup>, dont l'objet social est de développer des liens de solidarité entre les fonctionnaires ou assimilés, notamment en leur offrant la possibilité de bénéficier de retraites complémentaires auprès de : CNP Assurances, société anonyme au capital de 594 151 292 euros entièrement libéré, ayant son siège social 4, Place Raoul Dautry à Paris 15<sup>ème</sup>, entreprise régie par le Code des assurances, assureur du régime PREFON-RETRAITE.