Magazine du Centre Hospitalier Régional de La Réunion
Septembre - octobre 2008 | n°3

Convergence

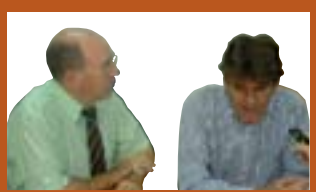
Ensem' nou serv la vi !

Dossier P 7

Filière cardio-vasculaire

Le CHR apporte une réponse régionale au problème n°1 de Santé Publique

P4 | Débat
Le point de vue des directeurs d'Établissement sur les projets et l'organisation du CHR.



P13 | Qualité
Les droits du patient : la non divulgation de présence

P14 | Zoom
Communication : bientôt un nouvel intranet pour le CHR

Au **Sommaire**

3 ..... **Actualité | Agenda**

4 ..... **Débat**
Le point de vue des directeurs d'Établissement sur les projets et l'organisation du CHR.

7 ..... **Dossier**
Filière cardio-vasculaire.
Le CHR apporte une réponse régionale au problème n°1 de Santé Publique

13 ..... **Qualité**
Les droits du patient : la non divulgation de présence

14 ..... **Zoom**
Communication : bientôt un nouvel intranet pour le CHR.

Convergence

- *Directeur de la Publication :* Michel Calmon
- *Réalisation :* Luis Santos, Martine Rajzman
- *Ont participé à ce numéro :* Bénédicte Artarit ; Gaël Clerici ; Jean-Fançois Delambre ; Fondation Avenir ; Catherine Mimran ; l'Observatoire Régional de la Santé.
- *Crédit photos :* Stéphane Bomert, Eric Braunberger, Gaël Clerici, Corinne Tellier, Martine Rajzman, Hanifa Sidat.
- *Convergence* est un magazine bimestriel. Ce numéro est édité à 6 000 exemplaires. Impression Color Print
- *Rédaction et 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

Le CHR se doit d'investir résolument dans les technologies de l'information et de la communication.

Ce troisième numéro est en partie consacré aux perspectives offertes par l'évolution technologique que représentent l'Internet et l'Intranet. L'enjeu est d'ouvrir le CHR sur l'extérieur avec **Internet**, en proposant une vitrine commune à nos établissements, des informations mises à jour et valorisées, la possibilité pour le public et nos partenaires, en particulier les professionnels de santé libéraux ; de mieux connaître nos activités, nos projets et y être associés.

La démarche est également entreprise en interne pour nos établissements avec la perspective d'un nouvel **Intranet** performant. Il s'agira de faciliter l'accès aux informations qui concernent l'ensemble des agents, modifier les modes de coordination de l'ensemble des acteurs de santé et les modes de pilotage de l'institution.

Du temps sera ainsi gagné et une vaste banque de données organisée sera à la disposition de tous.

Notre système d'information doit accompagner le partage et la conduite de projets des pôles, en facilitant le travail collaboratif et en favorisant la capitalisation des connaissances.

En ce sens, un CHR communiquant contribuera à rapprocher les équipes et à renforcer la confiance accordée par la population et les professionnels de santé de La Réunion.

Le Directeur Général,
Michel CALMON

Le **site internet** du CHR est en ligne !

Il aura tout de même fallu 6 mois de préparation pour que la première mouture soit digne d'être mise en ligne. Mais c'est chose faite. Le CHR de La Réunion et par là-même les 2 Établissements ont leur porte-voix virtuel. Il ne reste plus qu'à aller le consulter et l'enrichir de vos informations, de vos remarques et de vos propositions :

www.chr-reunion.fr

Les nouveaux **agendas du CHR**

Les nouveaux agendas semainiers du CHR seront disponibles début décembre.
Ils contiendront des informations générales sur nos établissements et un annuaire synthétique.
Vous pourrez vous les procurer au **Service Communication :**
martine.rajzman@chr-reunion.fr

L'**IFMK a été inauguré** le 24 septembre au GHSR

La Réunion compte une population d'environ 750 masseurs kinésithérapeutes qui travaillent en secteur de soins ou en milieu libéral. L'absence de structure de formation à la Réunion a, jusqu'ici, conduit à les recruter essentiellement en métropole.
Ces professionnels sont très mobiles et souvent, l'île s'est trouvée en situation d'insuffisance.
Dès 2005, la nécessité de la création d'un IFMK à la Réunion a été reconnue. Porté par le GHSR et la Région Réunion, ce projet est désormais d'actualité et permettra de former 20 étudiants en 3 ans.

→ Michel Calmon et Catherine Gaud

La **consultation douleur** du site de Saint-Louis a ouvert ses portes

La consultation douleur chronique, existante au GHSR depuis 2004, a intégré ses nouveaux locaux sur le site de Saint-Louis (derrière la maternité) depuis début septembre.

L'activité grandissante et le recrutement de nouveaux soignants depuis 2006 rendaient nécessaire l'aménagement de locaux plus spacieux afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des patients. Cette nouvelle structure va aussi permettre des activités nouvelles comme l'éducation thérapeutique personnalisée des patients céphalalgiques ou lombalgiques chroniques, les techniques de soins non médicamenteuses telles que les thérapies psychocorporelles (hypnose ericksonienne, relaxation), les thérapies manuelles (kinésithérapie, ostéopathie), l'éducation à la neurostimulation transcutanée, en accord avec le plan national douleur 2006-2010 et le récent rapport pour une politique national d'éducation thérapeutique du patient.
Cette consultation s'adresse aux patients présentant une douleur depuis plus de 3 mois, non cancéreuse. Les principales pathologies rencontrées sont les lomboradiculalgies, les céphalées, les fibromyalgies, les syndromes douloureux complexes, les douleurs neuropathiques,

les pathologies rhumatismales... À noter qu'une consultation spécifique céphalées est en place depuis 2007.
L'équipe est pluridisciplinaire avec plusieurs médecins algologues, une secrétaire, une infirmière douleur, une psychologue, une psychiatre, un kinésithérapeute et une collaboration étroite existe déjà avec les neurochirurgiens, les neuroradiologues, les anesthésistes. Un staff a lieu tous les 15 jours pour adapter le projet de soin du patient, car la douleur chronique est complexe, multidimensionnelle, souvent destructrice et nécessite une prise en charge globale, spécifique et adaptée.
→ **Le secrétariat est ouvert tous les jours au numéro suivant :** poste 2212.
Contact Dr Céline Juret
0262 35 93 14
celine.juret@chr-reunion.fr

Agenda médical

Journée régionale de la Sarmur
jeudi 20 novembre 2008 18:30 à l'amphi IFSI du GHSR.

→ **Actualité sur l'éclampsie**
Dr P.Y. Robillard
→ **Le point de vue de l'obstétricien**
Dr M. Heisert
→ **Quelle anesthésie ?**
Dr O. Kerkéni
→ **La prise en charge en réanimation**
Dr A. Winer

Inscriptions jusqu'au 10 Novembre 2008 auprès de **Abdelrazaque.Souab@chr-reunion.fr**

Diplômes universitaires (DU) 2008/2009
→ **novembre 2008 :** DU déficit et régulation posturale, DU analyse du comportement appliquée aux troubles du développement et du comportement, DU obésité de l'enfant et de l'adolescent, DU médiation familiale.
→ **janvier 2009 :** DU éducation et prévention des maladies chroniques, DU santé publique, promotion de la santé et éducation pour la santé, DU prévention du suicide
→ **mars 2009 :** DU prévention des risques liés aux voyages
Toutes ces formations sont consultables sur le site **www.sufp.re**

Info pratiques

Les psychologues du CHFG organisés en collège.

Celui-ci a, entre autres, pour but de favoriser des échanges avec tous les professionnels de l'établissement ; établir des liaisons avec la direction de l'établissement, les différentes instances hospitalières réglementaires, les différents organismes extérieurs.

Ce collège peut être consulté pour toute prise en compte des besoins psychologiques des personnes, des groupes et des projets émanant de la vie institutionnelle de l'hôpital.

→ **Contact :** college.psycho.fguyon@chr-reunion.fr

Mission Urgence Cyclone

À l'approche de l'été austral, la délégation Médecins du Monde Océan Indien établit une liste de médecins ou d'infirmier(e)s susceptibles de se rendre disponibles bénévolement dans l'urgence et sur une durée brève, pour effectuer une mission d'évaluation sur des zones sinistrées de Madagascar.

Pour vous faire connaître ou bien obtenir toute information concernant cette démarche :

- secrétariat de Médecins du Monde 0262 **21 71 66**, medecinsdumonde.reunion@wanadoo.fr
- Dr Emmanuelle RACHOU au 0262 **94 38 13** ou **0692 86 22 0**4, e.rachou@orsrun.net
- Dr Dominique COYEZ au 0262 **25 93 84** ou **0692 64 30 45**, coyez.dominique@wanadoo.fr

Le GIE I2R :

une grande avancée dans l'acquisition de nos scanners et IRM

À l'initiative des chefs de service de radiologie du territoire Nord-Est, le GIE I2R a permis un travail fructueux en collaboration avec le service biomédical du CHFG :
Un nouvel IRM de grande technicité et de dernière génération a été acquis pour développer les activités.
Il sera en place sur le nouveau plateau technique central en avril 2009 et complétera ainsi l'offre d'imagerie médicale du CHFG déjà équipé de la caméra TEP et d'un nouveau scanner.
Un deuxième IRM a été acquis pour la Clinique Ste Clotilde qui a porté son choix sur un matériel à tunnel large pour faciliter la prise en charge des personnes atteintes d'obésité ou souffrant de claustrophobie. Ce dernier sera installé dès janvier prochain.
Parallèlement, un deuxième scanner a été installé au GHSR, à la suite d'un appel d'offres commun avec le CHFG dans le cadre du CHR.

Débat : Le point de vue des directeurs d'Établissement sur les projets et l'organisation du CHR.

Débat entre : M.Jean-Marie Chopin, directeur du GHSR et Patrick Gras, directeur du CHFG ; animé par Luis Santos

Pour ce troisième débat, nous accueillons les deux directeurs d'Établissement, appelés à travailler à la fois ensemble et séparément .Ensemble au sein du CHR où ils secondent le Directeur Général. Séparément parce que leur action au quotidien s'inscrit dans la conduite des deux plus importantes institutions de l'île. Laissons leur la parole.

Patrick Gras

Jean Marie Chopin

Luis Santos : *Des plans de retour à l'équilibre sont engagés dans les deux établissements, la question est directe : quand espérez-vous sortir du tunnel ?*

Patrick Gras : Pour le CHFG, nous ne sommes pas dans le même moment que le GHSR.En effet notre établissement est engagé depuis 2006 dans la démarche. Le contrat de retour à l'équilibre (CRE) signé avec l'ARH, prévoit un retour à l'équilibre en 2010. Notre feuille de route pour le moment est tenue. Cette année, nous devrions ramener notre déficit à environ 3 millions d'euros .

Luis Santos : *Comment se présente la situation au GHSR ?*

Jean Marie Chopin : Comme le signalait Patrick Gras, la gestion du PRE au GHSR est différente, puisque la situation budgétaire difficile que nous rencontrons est due à des dérives qui ont eu lieu en matière de recrutement du personnel les 18 derniers mois, errements que le rapport de l'IGAS a pointé. Le PRE a été voté au mois de juin 2008 avec un objectif de retour à l'équilibre à 3 ans.
Pour des raisons administratives, le PRE ne sera effectivement mis en œuvre qu'à compter de l'exercice 2009. Donc, nous pouvons espérer un retour à l'équilibre vers les années 2010-2011, sachant que l'équilibre budgétaire est un préalable au développement, de ce que nous appelons dans notre jargon, le plan pluriannuel d'investissement.

Luis Santos : *Pour être précis, à fin 2009, quel déficit prévoyez vous ?*

Jean Marie Chopin : Il devra être a minima celui qui avait été fixé pour 2008, c'est-à-dire 6 millions d'euros. Peut être pourrons nous mieux faire en fonction de l'activité réalisée.

Patrick Gras : Selon nos engagements formalisés dans le contrat de retour à l'équilibre, le déficit devrait être ramené à 2M€ en 2009. L'objectif sera tenu si les prévisions d'activité sont réalisées et notre effort de maîtrise des dépenses de personnels ainsi que des dépenses médicales et pharmaceutiques poursuivis... et à la condition que les tarifs des séjours ne soient pas revus à la baisse en 2009.

Luis Santos : *Le CHFG a une antériorité dans la mise en place du PRE. Au départ, vous étiez dans la même situation que le GHSR en faisant abstraction du contexte spécifique propre à l'établissement du Sud. Aujourd'hui vous annoncez un déficit de 3 millions d'euros, c'est votre objectif à la fin de l'année. Quelles sont les recettes qui vous ont permis de vous engager résolument dans la voie du rétablissement de l'équilibre ?*

Patrick Gras : Les clés du succès tiennent à 3 choses :

1- une forte mobilisation de la communauté hospitalière, notamment des médecins, grâce auxquels nous avons pu développer l'activité qui a généré des recettes, c'est la logique T2A
2- un travail de maîtrise de la masse salariale, engagé par la DRH avec le soutien très fort de la direction des soins et de l'ensemble des cadres de santé. Sans leur engagement résolu, cet objectif était hors de portée.
3- Enfin une concertation étroite entre les médecins, avec les services économiques, et les pharmaciens qui ont un rôle majeur dans l'accompagnement de cette démarche de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales et pharmaceutiques.

Et j'ajouterai du dialogue social, de la pédagogie et du pragmatisme.
C'est au sein du comité de suivi du PRE qui réunit des représentants de la direction, du corps médical et du personnel que périodiquement nous essayons d'avoir une analyse partagée des résultats et des mesures correctrices à mettre en oeuvre.
Avec une idée simple : avoir un établissement - notre outil de travail - en bonne santé financière.

Luis Santos : *Le GHSR partage t-il cette logique qui vise à associer dans une concertation ouverte tous les acteurs de la dépense. La mobilisation est elle en marche avec autant de détermination ?*

Jean Marie Chopin : Ce n'est pas encore acquis totalement. Il faut d'abord que la communauté hospitalière prenne bien conscience que le retour à l'équilibre, dans le cadre de la T2A, est une impérieuse nécessité.
Comme au Nord, on a mis en place un volet « maîtrise des dépenses » sur les titres 1 et 2, et plus particulièrement le titre 2 (dépenses médicales et pharmaceutiques) où nous constatons d'importants «dérapages».
Nous y travaillons déjà avec la CAMA (Cellule d'Analyses Médico-Administratives). Un comité de suivi du CRE, qui réunira la direction, la communauté médicale et les partenaires sociaux sera créé prochainement .
Contrairement au CHFG, nous n'avons pas encore signé le CRE avec l'ARH. Ce sera fait pour la fin de l'année.

Luis Santos : *Quels projets accompagnent ces dynamiques de retour à l'équilibre pour que l'objectif fixé se rapproche ?*

Jean Marie Chopin : Au-delà de la maîtrise des dépenses déjà évoquée, il y a le développement de projets qui sont toujours d'actualité pour améliorer, entre autre, les recettes dans le cadre de la T2A.
5 projets devraient aboutir fin 2008/ début 2009. Citons, pour mémoire, l'unité de chirurgie ambulatoire, de 8 places, l'extension capacitaire en neuro-réanimation, en cardiologie et en gastro-entérologie ; enfin la création d'une unité neuro-vasculaire de 12 lits.

Patrick Gras : Les objectifs de retour à l'équilibre et de développement de nouveaux projets ne sont pas incompatibles. Au contraire, le retour à l'équilibre permet de retrouver des marges budgétaires pour financer les nouveaux projets et les nouvelles activités génèrent des recettes nouvelles renforçant les capacités de financement. Ceci sous réserve que les activités nouvelles soient bien financées, c'est à dire dans la logique de la T2A aux conditions du tarif. En 2009, le CHFG mettra en service prés de 100 lits et places (chirurgie ambulatoire, Hôpital de jour de médecine et de SSR, rhumatologie, court séjour gériatrique, UAPSY...) conformément aux axes stratégiques du CPOM. C'est une véritable bouffée d'oxygène qui doit permettre de mieux répondre aux besoins de santé de la population, de fluidifier le parcours des patients et d'augmenter nos capacités d'accueil et donc nos recettes. J'ajoute que ces ouvertures de service sont aussi la perspective attendue par tous d'améliorer les conditions d'accueil des patients et les conditions de travail des personnels.

Luis Santos : *Nous voyons bien, à travers vos réponses, que la communauté hospitalière est soumise aujourd'hui à des exigences importantes. Pas seulement pour revenir à l'équilibre, mais aussi pour s'approprier toutes les réformes qui touchent aujourd'hui l'hôpital.*
Dans le même temps, cette même communauté hospitalière attend que l'institution réponde à ses attentes en termes d'amélioration des conditions de travail notamment.
Comment envisagez vous de concilier l'effort qui lui est réclamé et en même temps apporter la confiance qui garantira que les investissements d'aujourd'hui seront payants demain ?

Patrick Gras : Je suis personnellement très attaché à ce dialogue social qui doit être ouvert, responsable et constructif. Il a notamment pris la forme d'une concertation approfondie pour l'élaboration du contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) qui constitue un des volets du projet social .Le dialogue social, c'est aussi au quotidien, la disponibilité pour la concertation. Je profite de l'occasion pour saluer le travail de tous les personnels du CHFG dans le contexte difficile du PRE et des travaux sur site. De remercier aussi les partenaires sociaux pour leur esprit de responsabilité. On n'est pas toujours d'accord mais on discute, on s'écoute et on essaye de faire prévaloir l'intérêt général.

Jean Marie Chopin : Je partage tout a fait cette approche. Un projet social ambitieux va prochainement accompagner le projet médical du CHR. La concertation avec la communauté médicale et les partenaires sociaux est indispensable pour faire avancer les projets et améliorer les conditions de travail, même dans un contexte de rigueur budgétaire
En ce qui concerne spécifiquement le GHSR, la DRH envisage de lancer une enquête centrée sur les conditions de travail, liée à la démarche qualité. Elle sera prochainement testé dans le pôle des neurosciences.

Luis Santos : *La création du CHR a certainement permis d'engager et de favoriser des synergies entre les équipes dirigeantes des deux sites. En est-il de même pour les équipes médicales du nord et du sud et plus généralement entre les équipes hospitalières quelle que soit la branche concernée : soignante, technique, informatique... ?*

Jean Marie Chopin : Les rapprochements existent déjà. A titre d'exemple, les personnes qui exercent dans les activités touchant la cardiologie ou la chirurgie cardiaque, travaillent déjà ensemble et en réseau.
Ces synergies devront sûrement se développer, être formalisées. C'est tout le travail que la direction mène sur les filières au niveau du CHR. C'était d'ailleurs l'objet de la réunion que nous avions hier soir, en présence de tous les responsables de filières. On a pu observer que les présents (médecins, cadres de santé), avaient envie de travailler ensemble. C'était remarquable et rassurant de voir, dans cette grande salle du COGHOR, la volonté manifeste de partager, d'échanger... Et ce n'est qu'un début.

Patrick Gras : Je ne peux que confirmer. Après le lancement par le directeur général de la démarche « filière de soins », les deux présidents de CME ont fait des déclarations importantes et ont montré qu'en tant que responsables des deux communautés médicales, ils souhaitaient s'engager fortement dans cette démarche. Dès aujourd'hui il y a des synergies qui obtiennent des résultats encourageants, la rencontre au COGHOR a permis de faire un état des lieux de ce qui fonctionne. Et puis il y a des choses qu'il faut, soit relancer soit engager. Mais je crois que très concrètement, nous avons franchi une étape.
Il n'y a plus (s'il y en a eu un jour) de craintes vis à vis de la démarche. Chacun a vu clairement que l'enjeu de la démarche des filières de soins est de créer la plus-value CHR et que cela n'enlèverait rien à l'un ou l'autre des établissements. C'est un progrès indéniable. J'ajoute que, concernant les soins, les directions de soins et les cadres de santé ont déjà engagé depuis plusieurs mois un travail. Ils se rencontrent périodiquement et je pense que cela participe aussi d'une synergie sur le projet de soins au sens large.

Luis Santos : *La nouvelle gouvernance impose des relations très étroites, un travail d' équipe entre les directions et le corps médical.*
Où en sommes-nous aujourd'hui de la mise en place de cette nouvelle gouvernance ? Peut on affirmer qu'un climat de confiance s'est instauré aujourd'hui entre les deux parties ?

.../...

→ le coin des CV

→ Jean-Marie CHOPIN

60 ans . marié, 3 enfants
DEEG, DEA Economie
École Nationale de la Statistique et de l'Administration Economique
ENSP

- Attaché de l'INSEE
- Directeur de l'Observatoire Economique Régional de Picardie.
- Assistant de Direction au CHU d'Amiens (Somme),
- Directeur du CHG de Doullens (Somme)
- Directeur du CHG de Remiremont (Vosges)
- Directeur du CHTerritorial de Nouvelle Calédonie (Nouméa)
- Détaché auprès du Ministère des Affaires Étrangères Conseiller technique pour la réforme hospitalière. (au Sénégal et en Mauritanie)
- Directeur délégué à la Fédération du Centre de Biologie Pathologie du CHU de Lille
- Directeur du Groupe Hospitalier Sud Réunion, site sud du CHR de La Réunion

→ Patrick GRAS

50 ans. Marié -2 enfants
Institut d'Études Politiques de Toulouse.
DEA Sciences Politiques
ENSP

- Élève assistant de direction au CHU de TOULOUSE
- Directeur du Centre Hospitalier Gabriel Martin de SAINT-PAUL REUNION
- Directeur Général de l'Union des Œuvres Sociales Réunionnaises (U.O.S.R.) devenue « Fondation Père Favron »
- Directeur des Activités Sanitaires et Médico-sociales Fondation Caisse d'épargne pour la solidarité (PARIS XV)
- Directeur du Centre Hospitalier F. Guyon de Saint Denis , site nord du CHR de la Réunion.
  Président de l'ANFH Réunion
  Secrétaire Général de la Délégation Réunion Mayotte de la FHF

.../... **Jean Marie Chopin :** J'aurais tendance à répondre oui. Osons le mot, climat très bon ! Formellement les CONEX (Conseil Exécutif) du CHFG et du GHSR fonctionnent normalement. Le CONEX CHR est en place. Au-delà de la participation à ces réunions, les partenaires se rencontrent et dialoguent. De mon point de vue la confiance réciproque est installée.

Patrick Gras : À Félix Guyon, nous avons été expérimentateur de la démarche « nouvelle gouvernance » avant que le texte ne soit opposable dans l'ensemble des hôpitaux. C'était une volonté politique de la direction. Très concrètement les choses se passent bien. Le climat et la qualité du dialogue au sein des instances sont bons.
Il y a une originalité au CHFG que je voudrais souligner, c'est la création de ce que l'on a appelé la conférence des responsables des pôles. A savoir que périodiquement nous réunissons l'ensemble de l'équipe de direction du CHD et l'ensemble des responsables de pôles médicaux et cadres de santé, pour aborder un certain nombre de questions et en particulier tout le suivi des actions du CPOM ; mais aussi les projets des contrats de pôles puisqu'en fait la plupart des pôles à Félix Guyon sont aujourd'hui quasiment prêts sur les projets de pôles (qui devraient être formalisés en avril 2009).

Luis Santos : *Vous dirigez des structures qui ont une histoire. Cette histoire a forgé une identité assez forte, que ce soit à Félix Guyon ou que ce soit au GHSR. Nous demandons aujourd'hui, à ces deux structures d'intégrer une nouvelle entité, le CHR.*
Comment concilier pour l'agent son attachement à son hôpital et le fait qu'on lui demande de s'inscrire dans une communauté plus large qui regroupe plus de 5000 hospitaliers ?

Patrick Gras : La question de l'identité professionnelle est multiforme : on appartient à un corps professionnel (infirmier(e), cuisinier, secrétaire médicale...) mais aussi à un service, à un pôle, à un établissement et aujourd'hui à un ensemble plus vaste qui est le CHR qui regroupe deux établissements dont les dimensions historiques et géographiques sont des richesses que l'on ne gommera pas. Préservons ces identités et inscrivons nous dans une histoire nouvelle commune qui est la création du Centre Hospitalier Régional de la Réunion. Une démarche passionnante qui vise à solidifier l'ensemble pour mieux répondre aux besoins de santé des réunionnais. Avec demain la perspective en tant que CHU de former ici les médecins dont nos Hôpitaux ont besoin.

Jean Marie Chopin : Comme le disait Patrick, la géographie de la Réunion ne peut être niée, l'histoire du GHSR ne peut être niée, et l'histoire du CH Félix Guyon ne peut être niée.
Il faut donc partir de ces histoires pour construire le CHR. Cela demandera probablement de la patience pour que l'identité du CHR se forge à partir des histoires des deux institutions. L'avenir, ce sont toutes les actions que nous pourrons développer ensemble et surtout les filières de soins que nous pourrons améliorer parce que justement le CHR et demain le CHRU, le permettront.

Luis Santos : *La communauté hospitalière nous la sollicitons beaucoup aujourd'hui.*
Lorsque nous entendons les hospitaliers, ils nous disent : il faut que l'hôpital marque une pause parce que c'est difficile de courir, réformes après réformes, sans prendre le temps de se les approprier. Quel est le mot, le projet qui pourrait donner à cette communauté hospitalière, l'envie de progresser ?

Jean Marie Chopin : En ce qui concerne le GHSR, j'ai l'impression que la réponse à cette question n'a pas été donnée par la direction mais par le personnel lui-même. Ainsi, la communauté hospitalière a participé massivement aux élections des conseils de pôles et ces élections on été un succès quasi national, puisque nous enregistrons avec plus 50 % de taux de participation un résultat trois fois supérieur à ceux enregistrés sur la France entière. cela montre bien que tous sont intéressés par le développement, l'avenir du GHSR. et qu'ils souhaitent participer à la vie de l'établissement.
Donc, si nous devions dire un mot à notre niveau, ce serait : Confiance, « ayez confiance et n'ayez pas peur ».

Patrick Gras : Un mot : la confiance et un souhait : ne pas céder à la morosité.
Confiance dans notre capacité collective à relever les défis de la qualité des soins dans un contexte difficile et contraignant. La récente visite de l'HAS a démontré nos capacités à nous mobiliser autour d'objectifs partagés. Nous avons progressé. Ne pas céder à la morosité ambiante, en ouvrant les yeux sur la réalité qui est stimulante. Malgré les contraintes financières, nous avons par exemple mis en service récemment un petscan en Médecine nucléaire, un nouveau plateau des urgences, fait l'acquisition d'un nouveau scanner et d'une IRM de nouvelle génération qui sera installée en Avril 2009. En clair, nous continuons à investir pour la santé des réunionnais, c'est à dire pour nous tous. J'ajouterai que dans un contexte de crise économique, les professionnels hospitaliers exercent des métiers passionnants en ayant des possibilités réelles de formation permanente et de promotion sociale. Et, selon une dernière enquête de satisfaction, l'Hôpital public reste le service public plébiscité par les Français. Grâce à l'implication quotidienne de tous et de chacun.

Luis Santos : *Pour conclure, pouvez vous vous exprimer sur la place donnée aux directeurs d'établissement dans l'organisation du CHR ?*

Jean Marie Chopin :
Membres de l'équipe dirigeante du CHR, nous participons à l'élaboration de la stratégie du CHR avec le DG et les Présidents de CME et sommes directement responsables de son exécution sur le terrain, dans les établissements. Pour ce faire nous disposons d'une délégation générale pour gérer nos établissements avec l'équipe de direction (Ressources humaines, affaires logistiques, direction des soins, direction des travaux) placée sous notre autorité et avec l'appui des directions transversales (stratégie et coopération, affaires médicales, affaires financières, contrôle de gestion, qualité, communication, recherche et enseignement).

Patrick Gras : Au quotidien, la qualité de la coopération entre les directions fonctionnelles dans les établissements et les direction «transversales» conditionne l'efficacité de ce management qui trouve toute sa cohérence dans le cadre de la nouvelle gouvernance, c'est à dire au sein des conseils exécutifs (des établissements et du CHR) et en lien direct avec les responsables de pôle. Selon nous, ce management adapté aux dimensions d'un ensemble aussi important que le CHR (5200 agents pour un budget consolidé de prés de 500M€) réussira si l'on sait rester réactif, pragmatique et solidaire sans jamais perdre le sens de notre action : une prise en charge de qualité des patients qui nous font confiance.

Filière cardio-vasculaire

Le CHR apporte **une réponse** régionale **au problème n°1 de Santé Publique**

Les maladies cardio-vasculaires ont explosé en vingt ans à La Réunion. L'île est en effet passée d'une pathologie de pays en voie de développement dominée par le rhumatisme articulaire aigu, schématiquement une infection partie d'une angine mal traitée qui touche les articulations et surtout les valvules du cœur, les abimant pour donner des rétrécissements et des insuffisances ; à une pathologie de pays riche où dominent les manifestations de l'athéromatose c'est à dire tout ce qui encrasse les artères...
Et ce qui encrasse les artères constitue ce que l'on appelle les facteurs de risque.

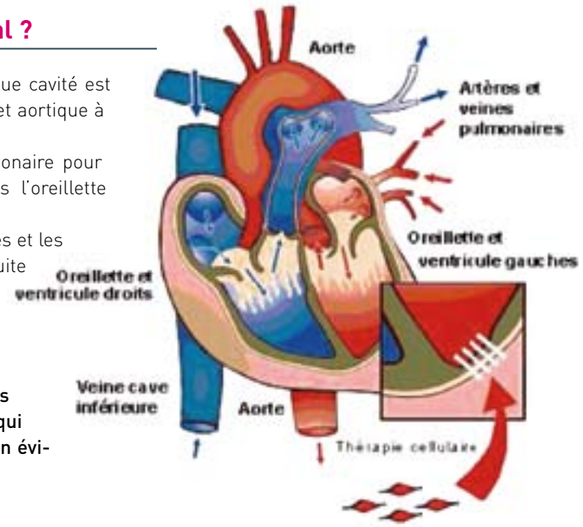
Le CHR offre un plateau complet de prise en charge, réparti sur les deux Établissements : un service de cardiologie très performant au GHSR, relayé par celui du CHFG et l'activité de recours en Chirurgie Cardiaque implantée au CHFG. Ensemble, les quelques 200 professionnels qui composent cette large filière, y développent des activités de pointe et uniques dans l'Océan Indien et accueillent plus de 4000 patients par an.

Avec près de 200 000 décès par an au plan national, les maladies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité en France, bien avant le cancer et sont identifiées problème de santé publique n°1.
Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque et la rupture d'anévrisme... touchent bon nombre de familles malgré les progrès considérables dans la prise en charge de ces maladies

→ Alors comment marche notre muscle vital ?

Le coeur est un système de pompe à 4 cavités. Chaque cavité est séparée de la suivante par une valve : valves mitrale et aortique à gauche, valves tricuspide et pulmonaire à droite.
Le ventricule droit envoie le sang vers la circulation pulmonaire pour l'oxygéner. Ce sang oxygéné retourne vers le cœur dans l'oreillette gauche.
Le ventricule gauche envoie le sang oxygéné vers les muscles et les organes, où l'oxygène est consommé. Le sang retourne ensuite vers l'oreillette droite... et la boucle est bouclée.

Il existe d'une part les maladies cardiaques qui concernent uniquement le coeur (muscle et valves) et d'autre part des maladies vasculaires qui touchent les vaisseaux (**surtout les artères et tout particulièrement les artères coronaires qui irriguent le muscle cardiaque, et dont l'atteinte touche bien évidemment le coeur**).



les maladies cardiaques

- **les valves cardiaques** : les plus fréquentes sont les atteintes des valves aortique et mitrale ; elles provoquent des rétrécissements ou des fuites -appelées insuffisances- ou les deux associés.
La cause des lésions valvulaires était autrefois surtout infectieuse. Aujourd'hui, les maladies de dégénérescence des valves liés à l'âge (rétrécissement aortique et insuffisance mitrale) sont devenues les plus fréquentes.
Par ailleurs, les anomalies congénitales, présentes à la naissance (et souvent difficiles à détecter avant la naissance) continuent de toucher environ 4 500 enfants par an.
- **le cœur** : ces maladies peuvent s'attaquer au muscle cardiaque lui-même : ce sont les cardiomyopathies. Elles peuvent avoir des causes multiples : génétiques, toxiques, infectieuses ou bien résulter d'une « surcharge » du coeur en cas d'HTA sévère ou d'un rétrécissement aortique. Elles finissent par aboutir à une insuffisance cardiaque.

Les maladies vasculaires

Ces pathologies concernent les vaisseaux. C'est à dire :

- **les artères coronaires** (que l'on appelle couremment «les coronaires») qui sont les vaisseaux nourriciers du coeur,
- **les gros vaisseaux** comme l'aorte et ses branches artérielles qui distribuent le sang à l'organisme.

Les maladies des vaisseaux sont liées à des plaques d'athérosclérose, constituées par le dépôt de cholestérol sur leur paroi auquel viennent se rajouter des cellules sanguines et du tissu fibreux, dans la paroi des vaisseaux. C'est **l'athérome**, ou **artériosclérose**, qui s'aggrave avec l'âge. Ses conséquences peuvent être soit une obstruction progressive des artères, soit une dilation par fragilisation de la paroi : l'anévrysme.
Une des maladies vasculaires les plus courantes est **l'infarctus du myocarde**. Il s'agit de la mort d'une zone plus ou moins étendue du muscle cardiaque. Elle survient à la suite d'une ischémie (interruption de l'irrigation sanguine privant les cellules musculaires d'oxygène) à la suite de l'obstruction d'une artère coronaire. L'infarctus du myocarde frappe chaque année 100 000 personnes en France, entraînant entre 5 et 10% de mortalité. Une intervention d'urgence permet souvent de sauver la vie du patient en relançant le coeur, mais avec souvent de lourdes séquelles.

Les facteurs de risques : beaucoup sont évitables !

On ne peut pas grand chose contre les facteurs d'hérédité : si l'on naît dans une famille où il y a beaucoup de maladies cardio-vasculaires, on a *a priori* plus de risques. Mais on est parfaitement en mesure de limiter au maximum les autres facteurs qui eux, sont parfaitement évitables :
En tête **le tabac**, facteur de risque cardio-vasculaire numéro 1. En effet, on compte près de 60% de fumeurs dans la population masculine atteinte d'infarctus du myocarde et près de 100% si l'infarctus est survenu avant l'age de 40 ans. N'oublions pas qu'une cigarette diminue la durée de vie du temps que l'on met à la fumer. Faisons le calcul pour un paquet par jour...

Ensuite **l'hypertension artérielle**. Les normes tensionnelles ne cessent de diminuer. Il faut avoir moins de 140/90 mmHg de tension et même moins en cas d'autre facteur de risque associé comme le diabète où la tension doit être inférieure à 130/80 mmHg. D'une façon générale plus la tension est basse, meilleur c'est et plus on vivra longtemps.

Puis ce que l'on peut regrouper sous la rubrique « **mauvaise hygiène de vie** », surcharge pondérale, «**mal bouffe**» et sédentarité qui font le lit du diabète de type 2, tellement répandu à La Réunion qui est en la matière **un des records du monde**.

La sédentarité se définit par moins de 2 heures d'activité physique par semaine. Or le cœur est un muscle et ce muscle a besoin d'être entraîné. La vie moderne fait que si l'on veut on peut n'avoir aucune activité physique : voiture, lave-linge, télévision ont supprimé des potentiels d'activité .On est en prime on tenté de grignoter... La «mal bouffe» c'est trop de calories, trop gras, trop sucré et trop salé. Cela fait des apports trop importants et si l'on ne les dépense pas par une activité physique. On grossit et on risque de devenir diabétique et hypertendu.

→ les perspectives de la greffe cardiaque à La Réunion

Pour ceux qui n'ont «plus de coeur», c'est à dire en insuffisance cardiaque «terminale», la seule solution reste la transplantation. C'est un objectif essentiel que souhaite atteindre le Dr Delambre, chef de service de Chirurgie Cardiaque au CHFG. La demande d'autorisation pour la transplantation cardiaque est en cours. Cependant, les donneurs sont rares et un rejet du coeur greffé est toujours possible. Il y a bien une alternative à la transplantation grâce au coeur artificiel. Mais cette solution est encore temporaire. Les patients qui ont survécu plus d'un an avec un coeur artificiel restent des exceptions.

Une jeune patiente transplantée grâce à une 1ère assistance longue durée réalisée à La Réunion.

Natanaëlle est arrivée à 12 ans en fevrier 2007 avec cœur ne fonctionnant plus, Natanaelle a fait l'objet d'un assistance en catastrophe par les équipes du CHFG.
Le pronostic était plus que réservé. Elle a subi la première pose réunionnaise de **cœur artificiel** au cours d'une intervention qui a duré 20h . Après 2 mois d'observation en réanimation polyvalente, elle a été transférée ensuite à la Salpêtrière (Paris) pour une transplantation.

→ Qu'est-ce qu'un coeur artificiel ?

Il s'agit de ventricules artificiels externes assurant le travail du coeur à sa place. Ils sont reliés à une valise. Le coeur artificiel se substitue au coeur réel mais laisse celui-ci en place. Ce fonctionnement peut être maintenu quelques mois, voire quelques années, dans l'attente d'une transplantation ou d'une récupération.

→ sportive et soignante

Soizic Coudière, diététicienne spécialisée dans l'éducation à la santé au GHSR, participante active du Parcours du Cœur avec le service de Cardiologie... et un palmarès personnel impressionnant dont voici un petit extrait :

- Vice championne de France du 20 km en monopalme 2005
- Championne de la Réunion de triathlon courte distance 2006, 2007, 2008
- Championne de la Réunion de triathlon longue distance 2007
- Médaille de bronze championnat de France Courte Distance senior 3 2008
- 1ère féminine du triathlon sprint de St Pierre 2008

Les maladies cardio vasculaires les plus fréquentes à La Réunion

L'HYPERTENSION ARTERIELLE :

On parle d'hypertension artérielle (HTA) quand la pression du sang dans les artères est trop élevée. La mesure de la tension doit se faire après au moins 10 minutes de repos, allongé ou assis car la tension varie avec l'activité et augmente à l'exercice. Cette mesure s'exprime par deux chiffres, le premier est la pression systolique correspondant à la contraction du cœur qui chasse le sang dans les artères, le second est la pression diastolique plus faible correspondant à la relaxation du cœur. La tension est dite « optimale » a 120/80. On parle d'HTA au delà de 140/90.

Une tension artérielle trop élevée abîme toutes les artères de l'organisme, en particulier celles du cerveau avec un risque « d'attaque », celles du cœur en favorisant l'insuffisance coronaire et celles du rein et c'est une grande cause d'insuffisance rénale terminale c'est à dire nécessitant la dialyse.

De plus l'HTA fatigue le cœur. La pompe cardiaque doit lutter pour envoyer le sang dans des artères à forte pression. Le cœur réagit dans un 1er temps en devenant plus épais ce qui a des effets secondaires et dans un 2e temps en s'épuisant, c'est l'insuffisance cardiaque.

Comment lutter contre l'HTA ? Il faut schématiquement avoir une bonne hygiène de vie, ne pas être trop gros, faire régulièrement de l'exercice et faire attention à ne pas manger trop de sel car cela fait monter la tension si on est prédisposé. Il y a en effet une prédisposition héréditaire à l'HTA que l'on peut éviter par ces mesures. Lorsque l'HTA est déclarée il faut prendre très régulièrement ses médicaments sans jamais sauter un jour et bien se faire contrôler par son médecin. N'oublions pas que l'HTA ne donne aucun signe pendant des années abîmant les artères progressivement sans que l'on ne s'en aperçoive ce qui lui a valu de la part des américains le nom de « tueur silencieux ».

LES MALADIES DES VALVES :

Il y a dans le cœur des valvules entre les différentes cavités pour empêcher le retour du sang en arrière ; c'est un peu comme des portes à double ou triple battants. Ces valvules sont abîmées dans différents cas, le plus classique à la Réunion étant les atteintes infectieuses. Il y a quelques années la cause la plus fréquente était le rhumatisme articulaire aigu (RAA).

C'est une maladie de l'enfant et l'adolescent qui part d'une angine mal soignée et touche les articulations et le cœur. Plusieurs années après apparaissent des dégâts sur les valvules qui ne sont plus étanches et laissent fuir le sang en arrière (on parle d'insuffisance valvulaire, mitrale ou aortique selon la localisation), ou sont rétrécies faisant une gène au passage du sang (c'est le rétrécissement mitral ou aortique). Le microbe en cause dans ce rhumatisme articulaire aigu est le streptocoque. Cette pathologie a quasiment disparu depuis qu'on donne des traitements antibiotiques des angines mais on voit encore les dégâts valvulaires de RAA contactés 15 ou 20 ans auparavant. Lorsque les valves sont trop abîmées, il faut opérer et souvent mettre des valves artificielles. Cela pose d'autres problèmes notamment la gestion souvent d'un traitement anticoagulant.

Indicateurs régionaux de l'ORS (sept 2008)

Les maladies cardiovasculaires : 1ère cause de mortalité à La Réunion.

- 390 décès par accident vasculaire cérébral en moyenne chaque année à La Réunion.
- 157 décès par cardiopathie ischémique en moyenne chaque année à La Réunion

Source : Inserm - CépiDC

Mais les valves peuvent aussi être détériorées par des abcès. C'est ce que l'on appelle l'endocardite infectieuse qui souvent se greffe sur des lésions préexistantes de RAA. Le point de départ de l'infection est souvent dentaire. Si on a déjà des lésions valvulaires si minimes soient elles, il faut bien faire attention à avoir un état dentaire parfait et voir avec son médecin pour prendre des antibiotiques en cas de soins dentaires y compris simple détartrage. L'endocardite infectieuse peut en effet être gravissime mettant en jeu le pronostic vital et faisant d'énormes dégâts valvulaires obligeant à la chirurgie rapide.

LES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS (SCA)

Ils sont le résultat de l'athérome des artères coronaires. La définition moderne regroupe les syndromes coronariens aigus avec sus décalage du segment ST, classiques infarctus du myocarde dits « trans-muraux » et les syndromes coronariens aigus sans su décalage de ST appelés autrefois « angor instables » ou « syndrome de menace d'infarctus ». Leur caractère commun est une augmentation de Troponine.

Il y a differents facteurs de risques pour les SCA. Certains sont inévitables : vieillissement et hérédité. La plupart sont évitables par des règles simples de prévention .

LA PREVALENCE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE A LA REUNION

Les études précédentes (M. ROY 1993, M.C. HENRY 1998, ORS 1998) ont montré une incidence de l'infarctus du myocarde inférieure à celle de la France métropolitaine mais il s'agissait d'études sur uniquement les infarctus trans-muraux pour les deux premières et les trans-muraux douloureux pour celle de l'ORS : 0,33/1000/an à la Réunion pour l'ORS, 0,32/1000/an dans la thèse de L. ROY qui reporté à la population de plus de 17 ans fait 0,49/1000/an pour 0,61/1000/an en France métropolitaine.

Globalement les patients réunionnais sont dans ces études 10 ans plus jeunes que leurs homologues métropolitains, 5 sur 6 ayant fait leur infarctus avant l'age de 75 ans.

Des études préalables ont montré qu'il y avait plus d'hypertension artérielle (CHAMOUILLET 1991 : prévalence de 21% avec obésité chez 56% des femmes et 17% des hommes) et de diabète à la Réunion (REDIA : 17% de diabétiques parmi la population adulte). En revanche, le tabagisme serait un peu inférieur.

Le CHR : une organisation bipolaire de la prise en charge

En réalité, l'accueil des patients atteints de pathologies cardio vasculaires mobilise un ensemble de services dont les urgences et la réanimation. Mais le cœur de métier est celui de la cardiologie médicale (cardiologie interventionnelle, coronarographie, electophysiologie...) et de la chirurgie cardiaque.

Répartition des spécialités au CHR

- Cardiologie interventionnelle, cardiologie invasive, coronarographies,.... CHFG
- Électrophysiologie, électricité du cœur, troubles du rythme cardiaque, pose de pace maker.....GHSR
- Cardiopédiatrie, diagnostic anténatal..... CHFG .....GHSR
- Chirurgie cardiaque..... CHFG
- Éducation à la santé, prévention..... CHFG .....GHSR
- Rééducation cardiaque.....GHSR

→ Le GHSR mise sur la logique de réseau et sur une organisation sans faille

La collaboration avec la médecine libérale et le secteur privé est importante et ce depuis 1991 avec le GHSR. En particulier, la clinique Ste Clotilde qui est partie prenante de la prise en charge des maladies des artères coronaires et participe aux staffs organisés par le service de cardiologie du GHSR, sous la conduite du DR Catherine Mimran.

Ce service offre également aux praticiens libéraux, la possibilité de valider leurs EPP. En termes d'organisation, on note 3 vacations de libéraux et une mise à disposition du plateau technique pour les cardiologues de ville (épreuves d'efforts, échographies de stress). La quasi totalité des cabinets du sud sont représentés. Certains prennent aussi des gardes mensuelles.

Lorsque qu'un patient est accueilli en urgence, un compte rendu de consultation est systématiquement saisi sur crossway et est accessible pour le praticien qui prend le relais. Un numéro unique, dédié aux urgences cardio-vasculaires garantit également la prise en charge et la possibilité d'obtenir un avis médical, y compris de l'extérieur.

→ Dr Catherine Mimran : chef de service de cardiologie du GHSR

La rythmologie : nouvelle spécialité développée au GHSR

Depuis une quinzaine d'année l'évolution de la cardiologie se perçoit de façon remarquable dans le domaine de la rythmologie : le versant électrique du cœur, qui étudie les troubles du rythme cardiaque.

Au sein du CHR, c'est au GHSR que 5 praticiens développent l'expertise en rythmologie qui comporte cinq domaines :

- **La Stimulation cardiaque** (implantation de pacemaker)
- **La Défibrillation cardiaque** (défibrillateur implantable afin de prévenir la mort subite par délivrance d'un choc électrique interne en cas de fibrillation ventriculaire)

.../...

→ Défibrillateur implantable avec resynchronisation cardiaque

.../...

- **La Resynchronisation cardiaque** (stimulation simultanée des deux ventricules afin d'améliorer la fonction de pompe cardiaque, associé à un stimulateur ou un défibrillateur)

→ Resynchronisation cardiaque

- **L'ablation par radiofréquence** (destruction par température de certains foyers cardiaques responsable de palpitations, par voie transcutanée en empruntant la veine fémorale)

- **Les Maladies Rythmiques d'origine génétiques**, en relation étroite avec les CHU de Nantes et de La Pitié Salpetrière à Paris

Le projet actuel du service est l'acquisition d'un système de cartographie avec reconstruction tridimensionnelle des cavités cardiaques permettant une navigation des sondes d'ablation sans rayon X.

Cette technique, actuellement possédée par tous les CHU de métropole, a pour objectif de proposer et développer sur l'île de la Réunion le traitement radical de la Fibrillation Auriculaire (FA) consistant à l'exclusion des veines pulmonaires par radiofréquence.

Enfin, le service (Dr Petit), développe aussi avec le CHU de Nantes, un partenariat pour créer à la Réunion, un centre de compétence sur les maladies cardiaques d'origine génétique.

→ La Cardiologie du CHFG se positionne sur la technologie interventionnelle de pointe

L'angioplastie et la mise en place des stents

Pratiquée sous anesthésie locale, ce n'est pas une intervention lourde. On introduit une sonde (cathéter) par une artère accessible, comme l'artère fémorale située au niveau de l'aine. On peut ainsi dilater l'artère bouchée sous contrôle radiographique : c'est l'angioplastie.

On visualise par rayons X le rétrécissement coronaire et on élargit ensuite, en gonflant le ballonnet, le calibre du vaisseau atteint. On place ensuite un « *stent* » à l'endroit dilaté. C'est un petit ressort qui va maintenir le calibre coronaire et éviter le rétrécissement de l'artère après intervention (resténose).

Cette technique se pratique désormais tous les jours. Elle est devenue la principale technique dans les maladies coronariennes.

→ De g à d : Farah Chanshan Kwong, Isabelle Seraphin, Franck Mohsinaly, Régine Elie, Christian Kichenin, Annie Sery, Christine Lebian

Actuellement, la pratique courante de la cardiologie interventionnelle est celle de la coronarographie et de la dilatation.

L'objectif à court terme est de pouvoir équiper une salle hybride qui permettra de développer davantage de techniques endovasculaires, notamment de pratiquer les changements de valves sur un même lieu que l'exploration. Cela impliquera une collaboration permanente et étroite entre les cardiologues et les chirurgiens.

La salle adéquate est prévue au CHFG pour 2009/2010. Cette technologie de pointe est une ultra spécialité. Son développement pend toute son importance dans la perspective du CHU.

Le projet est piloté par le Dr Christian Kichenin, responsable du Pôle et chef de service de cardiologie du CHFG

→ La chirurgie cardiaque, spécialité de haut niveau du CHFG

Créé à La Réunion en 1991 par Jean-François Delambre, ce service a depuis 17 ans, pratiqué 5000 interventions à cœur ouvert. Toutes les chirurgies y sont menées exceptées celles sur les enfants de moins de 8kg, automatiquement transférés en métropole.

Le pontage coronarien

En cas d'obstruction ou de rétrécissement des coronaires avec impossibilité d'angioplastie, il faut réaliser un pontage. C'est une intervention chirurgicale très lourde qui permet d'établir une dérivation contournant les sections rétrécies ou obstruées des coronaires.

Pour ce pontage, on utilise soit un segment de veine des jambes, soit une artère mammaire.

Le pontage veineux est suturé à l'aorte pour être ensuite relié à un ou plusieurs vaisseaux coronaires.

La chirurgie des malformations congénitales

Elle consiste à réparer les défauts de fabrication du coeur. C'est une chirurgie lourde qui nécessite souvent plusieurs interventions.

La chirurgie des valves

Cette chirurgie est fréquente et peut être effectuée jusqu'à un âge très avancé pour réparer ou à remplacer les valves cardiaques défectueuses.

→ Dr Jean François Delambre, chef de service Chirurgie Cardiaque au CHFG

Qualité :

les droits du patient : la non divulgation de présence

Le premier des droits du patient est celui d'être soigné dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité. Au-delà de cette exigence essentielle, l'une des priorités de l'établissement est le respect des droits du patient.

En particulier, le patient a la droit de demander à l'établissement que sa venue soit confidentielle. Cette demande implique la non révélation de la présence du patient au sein de l'établissement aux tiers (familles, proches, médecin, employeur...).

→ Au CHR, comment respecter ce droit ?

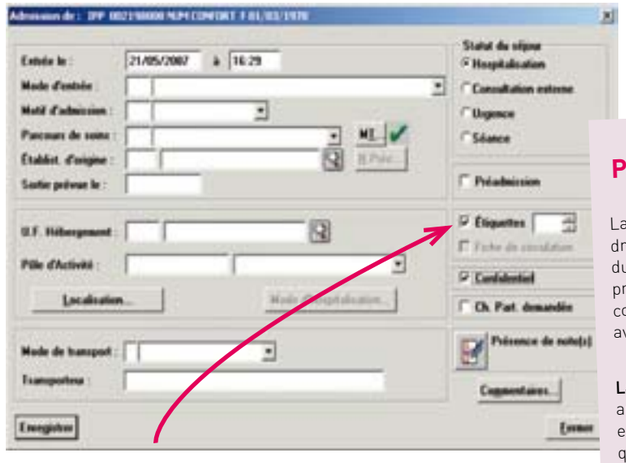
Un protocole décrivant les modalités de « **non divulgation de la présence d'un patient lors d'une venue confidentielle** » est formalisé. Il doit être connu de tous les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient.

Il est disponible dans le classeur qualité à la référence **DIP PRT 001.**

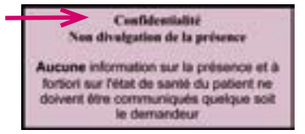
Voici les grandes lignes de ce protocole :

Sur sa demande, le patient à la possibilité d'être hospitalisé avec la mention « non divulgation de présence ». Pour cela, il doit le signaler lors des formalités d'admission (au bureau des entrées, aux urgences ou à la maternité) ou au cours de son séjour au personnel du service.

L'établissement informe le patient de ce droit par affichage aux admissions, aux urgences et à la maternité, dans le livret d'accueil et sur le site Internet du CHR.



Ainsi, lors de l'enregistrement de ce patient dans le logiciel d'admission, la mention « **confidentiel** » sera cochée, et une vignette spécifique sera ajoutée par les secrétaires médicales sur la couverture du dossier de soins.



Cette information doit donc être transmise à tout le personnel du service prenant en charge le patient et entre services lors de transfert.

Pour en savoir plus

La **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé organise et proclame les droits individuel et collectif du patient et ses relations avec les établissements de soins.

La charte du patient hospitalisé, article 9 : la respect de la vie privé est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

Pour plus de renseignement sur le sujet, vous pouvez contacter :

au CHFG
› M^me De Gerus (90 51 06)
au bureau des entrées ou
› le Dr Chirpaz, DIM (90 51 23)

Communication
bientôt un nouvel Intranet/Extranet pour le CHR

Après la mise en ligne du site www.chr-reunion.fr à destination du grand public, notre institution réclame la mise en place d'un outil de communication interne performant. Il s'agit de répondre à l'attente, chaque jour plus forte des professionnels, désireux de disposer d'un outil de pilotage et d'analyse souple et accessible.

Aujourd'hui des milliers d'information sont disponibles au sein des directions du CHR ou dans des services. Matériellement il est impossible de les porter à la connaissance du plus grand nombre.
Or, si l'on veut développer le travail en commun, l'accès à une information pertinente et utile pour éclairer les décisions à prendre, est indispensable.

A l'heure de la nouvelle gouvernance, l'association étroite de tous les acteurs hospitaliers au fonctionnement des pôles impose le partage des données de gestion pour :

- Favoriser les comparaisons dans le temps
- Situer chacun dans son environnement,
- Donner les clés d'une décision stratégique,
- Renseigner sur les évolutions.

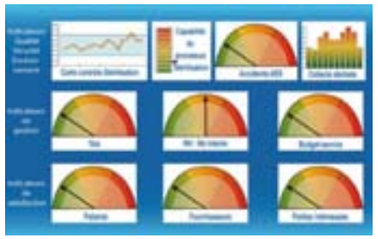
Copyright © Photo-libre.fr

Force est de constater que dans ce domaine tous attendent des progrès pour obtenir que la bonne information chasse la mauvaise. Malgré nos efforts *(on ne compte plus, le nombre de réunions qui rassemblent les hospitaliers)*, le déficit de communication au sens du partage de l'information, n'est pas entièrement comblé et est ressenti comme un handicap pour surmonter les difficultés et pour conduire ensemble les nombreux projets du CHR.

→ Pour une communication interne réussie : L'INTRANET/EXTRANET

C'est pour y remédier que la décision a été prise de doter notre institution d'un outil de communication informatique reliant les professionnels de notre institution du Nord au Sud. Concrètement, il s'agit d'installer un ensemble de services INTRANET/EXTRANET, interne à notre réseau local CHR , accessible uniquement à partir des postes du réseau local .
Son utilité est de mettre à dispositions des acteurs de l'hôpital des documents variés : des tableaux de bords, divers indicateurs d'activité, de gestion, le suivi des projets, la traçabilité du cycle de vie des documents, la gestion des alertes, textes et études nationales, etc..
Ainsi sera tracée la voie communicable à tous les hôpitaux du CHR.

On imagine aisément ce que les trios de pôle, les chefs de service, le personnel d'encadrement pourront obtenir comme informations pertinentes et utiles pour améliorer leur connaissance de l'institution et la justesse des décisions qu'ils seront amener à prendre.



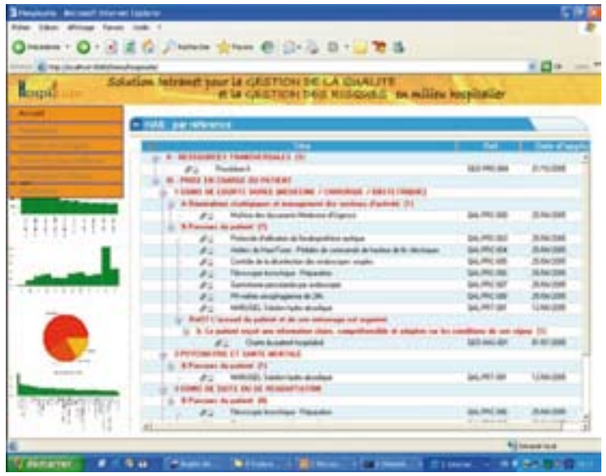
→ Exemple de page intranet

La réponse au bout du CLIC

Pour :

- Connaître si ma demande de formation est acceptée
- Retrouver une procédure que je croyais disponible dans mon service
- Connaître l'évolution de l'activité des services de l'hôpital
- Suivre un indicateur au niveau CHR et comparer son évolution avec celle enregistrée au niveau de l'établissement.
- Prendre connaissance d'un compte rendu de réunion
- Accéder à des outils de gestion (fiche suivi des actions...)
- Comparer des tableaux de bords sur le CHR
- Enregistrer les fiches d'évènements indésirables
- Participer à une formation e-learning sur l'incendie ou l'hygiène
- Répondre à une enquête de satisfaction
- Suivre l'avancée des projets institutionnels

Un CLIC et je suis informé !



→ Exemple de page intranet

De Saint-Denis à Saint-Pierre en passant par le Tampon, Saint-Joseph et Saint-Louis, ce sera un portail de présentation identique que le professionnel aura sous ses yeux en ouvrant son ordinateur.

Sur ce portail unique aux établissements du CHR, il aura accès à un ensemble d'informations dont les droits lui auront été ouverts (un mot de passe sera attribué à chacun). La diffusion sera maîtrisée par la Direction Générale, les directions de site et les directions fonctionnelles, mais aussi les pôles et les principales instances (CTE, CHSCT, CME, CONEX, CLIN, CLUD, CLAN...) pour les documents spécifiques les concernant. De cette façon l'actualisation de l'intranet/extranet sera permanente et la fiabilité du contenu de l'information sera vérifiée au fil de l'eau.

Chaque site sera représenté pour faciliter la recherche des informations. Nous veillerons à ce que l'ergonomie liée à l'utilisation de l'intranet soit la mieux adaptée possible aux besoins des utilisateurs.

La facilité d'accès aux données est indissociable de leur qualité. Il appartiendra à chaque centre de production de l'information de penser la collecte, le contrôle et la diffusion des informations via l'outil Intranet/Extranet.

Nous aspirons tous à plus de reconnaissance dans nos métiers, à moins de cloisonnement des activités, à plus de transparence dans la communication, à une meilleur connaissance de l'environnement de notre travail. L'Intranet/extranet permet d'évoluer dans ce sens.

→ Calendrier prévisionnel de mise en œuvre

Ce calendrier est susceptible de modifications en fonction des conclusions de l'audit portant sur la charte d'utilisation des domaines de notre système d'information. Mais il constitue une programmation de principe acceptable.

Dans l'hypothèse d'une publication de l'avis d'appel d'offre pour le choix du logiciel avant le fin de l'année 2008 la conduite de ce projet suivra les étapes suivantes :

- **Février 2009 :** choix du prestataire INTRANET/EXTRANET et constitution d'une équipe projet pour suivre l'implantation de l'outil sur le CHR.
- **Mars 2009 :** choix de la charte graphique et définition de la présentation du site par l'équipe projet
- **Avril 2009 :** formation des administrateurs du système et des professionnels, référents INTRANET, chargés de la diffusion des documents dans le système, sous le contrôle de la direction responsable de la rubrique mise en ligne.
- **Avril /mai / juin 2009 :** les documents sont progressivement mis en ligne
- **Juillet 2009 :** le portail Intranet/Extranet du CHR est accessible aux professionnels Un guide de l'Intranet/extranet sera édité pour faciliter l'accès aux documents.

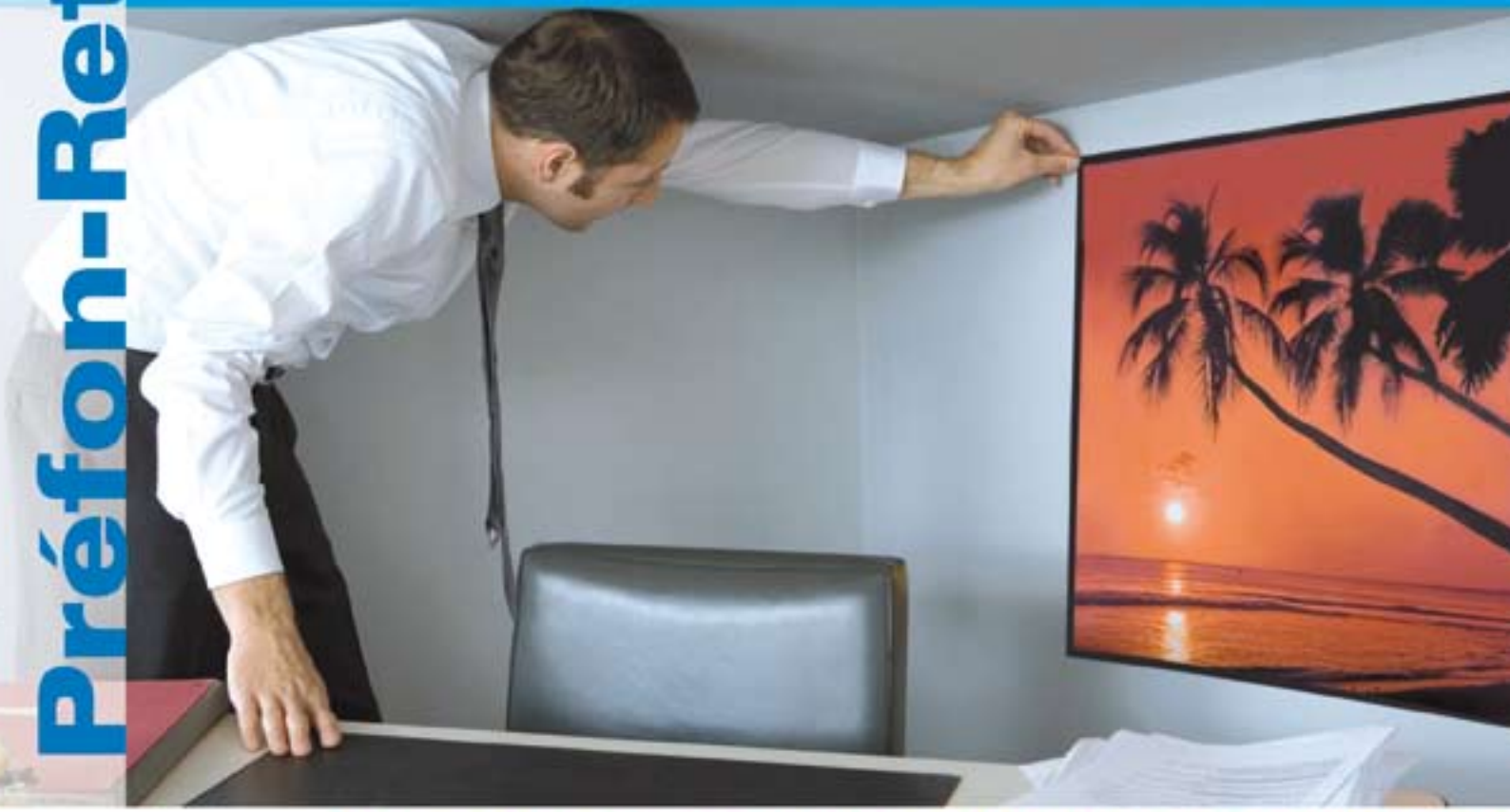
Nous sollicitons dès maintenant les directions du CHR pour repérer les agents référents susceptibles d'être retenus pour assurer la maintenance textuel du système (mis à jour des documents, publication des nouveaux documents, archivage des documents...).

Contact :
luis.santos@chr-reunion.fr ou
martine.rajzman@chr-reunion.fr

Préfon-Retraite

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 1er 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-DÉPENDANCE). Ecrivez lisiblement ci-contre vos coordonnées.

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

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

12 bis, rue de Courcelles - 75008 PARIS - Tél : 01 44 13 64 13 - www.prefon.fr