

Convergence

Ensem' nou serv la vi!

Qualité P4

Sécuriser le circuit du médicament

P3 | Le CHR en détail

Coopération avec les
Seychelles



P8 | Recherche

Présentation des PHRC en
cours



P15 | Actualités

Deux journées de
réflexion sur le don





Éditorial

L'amélioration du circuit du médicament constitue une des priorités pour le CHR de La Réunion. Au moment où l'affaire du MEDIATOR attire l'attention sur les effets indésirables de certaines molécules, il est essentiel de garantir aux patients pris en charge, à l'hôpital, une qualité et une sécurité optimales à toutes les étapes du processus :

- La prescription doit être la mieux adaptée possible :
Les discussions en staffs qui caractérisent l'exercice hospitalier public, le rôle joué par le pharmacien dans l'analyse de l'ordonnance, tendent à l'objectif d'une meilleure pertinence des actes et des médicaments prescrits. Il est indispensable que ces prescriptions soient « écrites, datées et signées ».
- La préparation des médicaments obéit à des règles strictes, telles que la reconstitution centralisée des cytostatiques, qui sécurisent leur délivrance.
- La dispensation et l'administration doivent respecter des procédures rigoureuses, pour éviter tout événement indésirable. Là encore, la formalisation des protocoles ne doit pas

être considérée comme une contrainte inutile, mais comme une garantie pour les patients et les professionnels de santé.

- La gestion des stocks et des approvisionnements revêt une importance particulière à La Réunion, en raison de l'éloignement géographique vis-à-vis des distributeurs. Le développement du système « plein-vide » au CHR devrait permettre à la fois d'éviter les ruptures de stocks et les médicaments périmés.

L'amélioration du circuit du médicament, qui constituera un des axes majeurs de la visite de certification par la HAS, en 2012, n'est donc pas que l'affaire des pharmaciens et des personnels de la pharmacie, en première ligne dans la mise en œuvre de cet objectif. Elle implique l'ensemble des médecins prescripteurs et des personnels paramédicaux, qui doivent être unis dans une vigilance commune.

Le Directeur Général du CHR,
Michel CALMON

Convergence

- Directeur de la Publication :

Michel Calmon

- Réalisation :

Luis Santos, Frédérique Boyer

- Crédit photos :

©Aporos, ©Luis Santos, ©Frédérique Boyer,
©Fotolia.com

- **Convergence CHR de La Réunion** est un magazine trimestriel édité à 3 500 exemplaires.

Impression Color Print - Le Port

- Rédaction :

Frédérique Boyer, Tamara Kuhbler,
Joaquin Martinez, Luis Santos.

- Infographie : Leclerc communication

- Contact : Frédérique Boyer,

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

Au Sommaire

- 3 **Le CHR en détail**
Coopération avec les Seychelles
- 4 **Qualité**
Sécuriser le circuit du médicament
- 8 **Recherche**
Présentation des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique en cours
- 14 **Formation**
Comment développer ses pratiques managériales ?
- 15 **Actualités**

Coopération avec les Seychelles



La coopération inter hospitalière entre La Réunion et les Seychelles est ancienne: pas moins de quatre conventions-cadre de partenariat ont déjà été signées depuis 1992. Pour autant, elle devait trouver un nouveau souffle compte-tenu de l'évolution des besoins de nos voisins seychellois.

Une délégation CHR, composée de Michel Calmon, Directeur Général du CHR, Gérard Payet, Directeur-adjoint chargé de la Stratégie et de la Coopération et Tamara Kuhbier, Attachée d'administration hospitalière chargée des actions de coopération internationale, s'est donc rendue sur place du 20 au 22 juin 2011, accueillie par le Ministère de la Santé des Seychelles à l'hôpital national de Victoria, situé sur l'île de Mahé.

La mission a poursuivi trois objectifs :

- Procéder à l'évaluation de la convention-cadre en cours
- Recenser et évaluer les actions réalisées dans les 24 derniers mois
- Élaborer de manière conjointe un plan d'actions de coopération 2011-2012 entre le CHR de La Réunion et l'Hôpital des Seychelles.

Ces travaux ont été menés avec les membres du Ministère de la Santé des Seychelles :

- > le Dr. Bernard Valentin, Secrétaire Général du Ministère de la Santé
- > le Dr. Jude Gédéon, Commissaire de Santé publique
- > le Dr. Anne Gabriel, Chef des Services Hospitaliers
- > Madame Bella Henderson, Chef des services infirmiers
- > Monsieur Michael Charlette, Directeur de la coopération internationale

Le groupe de travail a identifié des besoins prioritaires en matière de coopération inter hospitalière :

- 1) Poursuite des missions médico-chirurgicales dans les spécialités peu ou pas développées aux Seychelles (ex : chirurgie infantile)
- 2) Formation des professionnels de santé à l'hygiène hospitalière et à la maîtrise du risque infectieux
- 3) Accompagnement dans la gestion des urgences et de la régulation pré hospitalière
- 4) Formation des techniciens biomédicaux
- 5) Soutien au management : formation des cadres de santé et échanges d'outils de gestion

Ainsi, le plan d'action suivant a été conjointement établi :

Ce document a ensuite été présenté à la Ministre de la Santé aux Seychelles, le Dr. Erna ATHANASIOS en présence de l'Ambassadeur de France aux Seychelles, M. Philippe DELACROIX et son premier conseiller, M. Bernard MAIZERET. Madame la Ministre a rappelé la volonté du gouvernement seychellois de soutenir le partenariat francophone avec La Réunion et s'est dit prête à élargir le périmètre des collaborations dans la perspective de la transformation du CHR en CHU à La Réunion.



De retour à La Réunion, l'heure est à la recherche de financements. La valorisation de ces actions de coopération s'élève à 46 900 €.

Disciplines	Nature de l'action	Fréquence	Calendrier
AXE 1 : APPUI MÉDICAL ET BIOMÉDICAL			
Chirurgie orthopédique infantile	Missions médico-chirurgicales	1 à 2 /an	2012
Chirurgie viscérale infantile	Mission médico-chirurgicale	1/an	1 ^{er} trimestre 2012
Chirurgie orthopédique adulte - rachis (neurochirurgie)	Mission médico-chirurgicale	1/an	1 ^{er} trimestre 2012
AXE 2 : FORMATION DES PERSONNELS DE SANTÉ			
Étudiants IADE	Accueil en stage au CHR - 4 semaines	2 sessions soit 8 étudiants	Juillet-Août Déc.-Janvier
Hygiène hospitalière et maîtrise du risque infectieux	Mission de formation	1	1 ^{er} trimestre 2012
	Accueil en stage d'infirmiers	2	2 ^e et 4 ^e trimestres 2012
AXE 3 : DÉVELOPPEMENT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE TRANSMISSION DES DONNÉES MÉDICALES			
Médecine-Chirurgie	Organisation de visioconférences	à définir selon les besoins	dès 2012
AXE 4 : COOPÉRATION DANS LE DOMAINE DES URGENCES			
Médecine d'urgence - Médecine de catastrophe	Mission médicale pour priorisation des axes de travail		2 ^e trimestre 2012
	Organisation de 2 stages		3 ^e et 4 ^e trimestres 2012
AXE 5 : GESTION HOSPITALIÈRE			
Accompagnement à l'élaboration du plan stratégique	Mission Direction CHR	mission ponctuelle	d'ici fin 2011
Formation des personnels administratifs et/ou des majors	Formations sur place	à définir	2012
Formation à l'assurance Qualité	Accueil en stage	1 stage	janv-2012
AXE 6 : APPUI AUX SERVICES TECHNIQUES ET AU SERVICE BIOMÉDICAL			
Service biomédical	Accueil en stage de techniciens biomédicaux	2 stages	1 ^{er} et 4 ^e trimestres 2012

Deux dossiers de demande de subvention ont d'ores et déjà été déposés :

- auprès de la Préfecture de La Réunion dans le cadre du Fonds de Coopération Régional (FCR)
- auprès du Conseil Régional dans le cadre du Fonds Européen de Développement régional (FEDER)

Les crédits alloués par l'ARS pour la coopération internationale seront également employés pour les actions de formation du personnel d'encadrement ainsi que pour le soutien méthodologique à l'élaboration d'un projet d'établissement.

Sécuriser le circuit du médicament



A énoncer, la démarche qui vise à sécuriser le circuit du médicament peut se résumer simplement à la règle des 5 B ; prescrire le Bon médicament, au Bon patient, à la Bonne dose et la Bonne voie d'administration au Bon moment. A mettre en pratique, le nombre élevé d'erreurs médicamenteuses enregistrées chaque année dans les hôpitaux, montre à l'évidence que le processus de prise en charge médicamenteuse du patient est complexe et risqué. Une étude récente (2005 USA) montre que 19% des EIG (Effet Indésirable Grave) sont des accidents médicamenteux, c'est plus que les accidents liés aux infections nosocomiales (14%) ou aux actes chirurgicaux (13%).

Ce dossier présente les principales phases du circuit du médicament (nous avons volontairement écarté l'étape concernant l'approvisionnement qui du fait de l'insularité entraîne une organisation spécifique de nos commandes et de notre gestion des stocks). Notre objectif est de sensibiliser les professionnels de santé impliqués directement dans la mise en œuvre du processus, à la nécessité de maîtriser chaque étape du circuit.

● Étape 1 : LA PRESCRIPTION

Après l'examen clinique, le médecin prescrit un médicament et éventuellement des examens complémentaires. Cette décision thérapeutique prise, il rédige l'ordonnance. Au CHR aujourd'hui seules les prescriptions de traitements de chimiothérapies sont saisies dans le logiciel « PHARMA ».

A ce stade les erreurs de prescriptions peuvent être classées en plusieurs catégories :

Les données manquantes ou erronées.

Sur le patient : erreur d'identité, de poids,

de taille, la physiopathologie (diabète, neuropathie, insuffisance rénale, hépatique respiratoire ou cardiaque...),

Sur la prescription : erreur de retranscription, erreur de dose, erreur de voie d'administration, écriture illisible, absence du nom du prescripteur et de sa signature au regard de la prescription.

Les erreurs de protocoles.

Protocole incorrect ou incomplet. Intervalle inter-cure non respecté. Discordance.

Les erreurs de programmation.

Deux démarches actuellement en

cours au sein de notre institution sont de nature à diminuer les erreurs de prescription. La généralisation progressive de l'informatisation de la prescription, qui favorise l'analyse par le pharmacien de celles-ci, d'une part et le renouvellement annuel du recueil des indicateurs IPAQSS (*indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins*) qui s'assurent que pour chaque prescription, la date, le nom du médicament, la posologie, la voie d'administration, la durée du traitement, le nom et la signature du prescripteur, sont lisiblement renseignés, d'autre part.

● Étape 2 : LA DISPENSATION

C'est au tour du pharmacien d'intervenir. Il procède à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance quand elle existe. L'informatisation de la prescription présente dans quatre services au CHFG et absente au GHSR facilitera la mise en œuvre de l'analyse de la prescription par le pharmacien.

Après prise en compte des commandes passées par les services (Listes de remise à niveau des dotations des unités de soins et ordonnances pour les délivrances nominatives), le pharmacien demande à ses plus proches collaborateurs, les préparateurs en pharmacie de préparer les médicaments et les

doses à administrer. Si besoin il mettra à la disposition des prescripteurs les informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments.

Dans notre établissement la dispensation est déclinée en deux modes : dispensation globalisée pour la majorité des services et délivrance nominative pour quelques uns d'entre eux, environ 10% des unités de soins. Cette organisation est présente sur les deux sites.

La maîtrise de la dispensation repose sur le respect des règles suivantes :

- Une organisation de travail rigoureuse pour respecter scrupuleusement la

commande effectuée par l'unité de soins et les dates de livraison des produits.

- Un stockage minutieux et organisé au sein d'un local sécurisé avec le contrôle de la température et de l'hygrométrie.
- Une maîtrise des stocks basée sur une logistique précise de part notre insularité. Le réapprovisionnement des PUI (Pharmacie à Usage Intérieur), doit tenir compte des délais d'approche.
- Enfin des conditions d'acheminement maîtrisées vers les services, des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

● Étape 3 : LE TRANSPORT

Le transport des médicaments doit respecter des conditions d'hygiène et de sécurité ainsi que la chaîne du froid pour les médicaments qui le nécessitent.

Sur les deux sites ce sont les soignants qui en prennent livraison à la pharmacie, un jour donné par service. Au GHSR, le service des liaisons les achemine vers les pavillons

et les sites extérieurs. Une amélioration consistera pour ces transports à distance, de vérifier en présence d'un soignant le contenu de la livraison.

● Étape 4 : L'ADMINISTRATION

Il est bon de rappeler que l'administration n'est effectuée que par du personnel réglementairement autorisé à administrer des médicaments. En cas de problème, cette condition sera vérifiée dans le dossier du patient qui trace l'administration. Le soignant vérifie avant toute administration, l'identité du patient, l'aspect, la date de péremption du produit et son mode d'administration. Lorsqu'un médicament n'est pas administré, l'information est tracée et le prescripteur ainsi que le pharmacien sont informés.

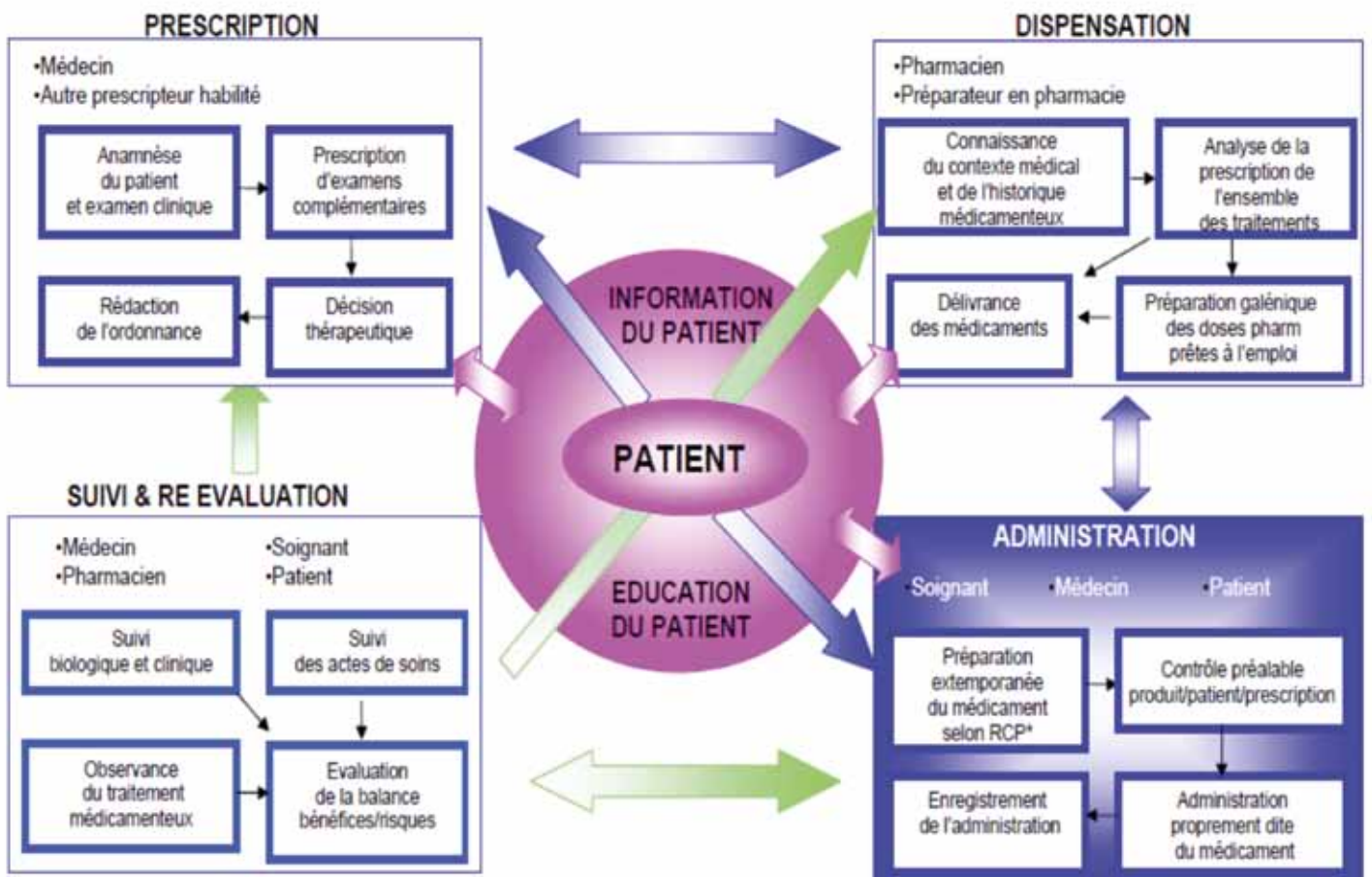
Il ne faudra pas hésiter à signaler (FSEI) l'erreur/ l'incident/accident/presque accident lorsqu'il se produira. Son analyse sera utile pour comprendre sa survenue et ainsi éviter pour d'autres malades son renouvellement.

Signaler les effets indésirables médicamenteux survenant chez un patient hospitalisé au moyen de la fiche de pharmacovigilance CERFA disponible sur intranet. Cette fiche doit être faxée ou envoyée à la pharmacie. Si besoin demander au pharmacien une aide pour remplir la fiche.



Le Macro Processus du Circuit du médicament

Confusion d'ampoule en anesthésie : L'incident ou l'accident n'est pas uniquement du facteur humain mais sa survenue peut être liée à une similitude de forme, de volume, d'étiquette



*RCP = Résumé des Caractéristiques du Produit

D'après E. Dufay - F. Locher - E. Schmitt / Janvier 2008

● Ce que l'on doit déclarer pour améliorer la sécurité

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments demande aux établissements de santé de s'organiser pour traiter en interne les événements indésirables, les erreurs médicamenteuses ou les dysfonctionnements liés à cette prise en charge. Cette déclaration interne sera analysée par une équipe de professionnels impliqués directement ou indirectement dans les différentes étapes du circuit du médicament.

L'erreur médicamenteuse concerne une ou plusieurs étapes du circuit, telles que la prescription, l'analyse de l'ordonnance, la préparation magistrale, la dispensation, l'administration, le suivi thérapeutique mais aussi les interfaces, telles que les transmissions. Une omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge.

Un effet indésirable est une réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'Homme



pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'un malade ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique.

Un effet indésirable grave. On entend par là, un effet indésirable létal, susceptible de mettre la vie en danger ou entraînant une invalidité/ une incapacité importante/ durable ou provoquant/ prolongeant une hospitalisation ou se manifestant par

une anomalie ou une malformation congénitale

Le mésusage est une utilisation non-conforme aux recommandations du résumé des caractéristiques du produit mentionné. Ou encore, un usage inapproprié par rapport aux données de référence survenant au cours de la chaîne de soins et exposant un patient donné à un risque avéré ou potentiellement sans bénéfice corrélatif.

● Le « PLEIN/VIDE » ou comment optimiser la gestion des médicaments dans les unités de soins

Devant vous une armoire à pharmacie d'une dimension inférieure à l'armoire traditionnelle où vous rangiez habituellement votre stock de médicaments. Dans cette armoire, qui ferme à clef, la dotation prédéfinie est répartie, pour chaque médicament dans un casier divisé en deux parties, contenant chacune une demie-dotation. Le principe est simple, quand la demie dotation active est épuisée, la demie dotation en réserve prend le relais. L'IDE qui est témoin de ce basculement, doit, s'il ne veut pas connaître une rupture de stocks, scanner le code barre du produit avec une douchette qui transmettra, via un



logiciel, la commande à la pharmacie. **La réactivité de celle-ci conditionne l'efficacité du système « plein/vide ».**

D'ores et déjà, dans les services qui l'ont testé, le « plein/vide » s'est traduit par une diminution du nombre de références et une réduction notable de la valeur des stocks dans le service (suppression des surstocks et des périmés). En rationalisant le rangement des médicaments, le « plein/vide » sécurise le circuit en limitant les risques de confusion entre médicaments. Cette gestion dynamique des stocks est appelée à se généraliser dans l'ensemble des services du CHR à horizon 2014.

Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC)

● Mise en place fin août 2011 du PHRC ERMIES

Essai Randomisé Multicentrique d'Intervention Educative Structurée dans le diabète de type 2 à la Réunion.

Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie chronique en pleine expansion liée à l'évolution des modes de vie associant sédentarité et apports énergétiques alimentaires inadaptés.

A La Réunion le diabète touche 18% de la population adulte de plus de 30 ans. Pour les sujets atteints d'un diabète de type 2, quatre impératifs sont à maintenir au long cours :

- la mise en œuvre d'habitudes alimentaires adaptées ;
- la pratique régulière d'une activité physique modérée ;
- la prise de traitements démontrés efficaces ;
- la réalisation régulière d'exams de surveillance.

Les programmes éducatifs visant à la réduction du risque de complications et à l'amélioration globale du niveau des facteurs de risque majeurs (glycémie, mais aussi pression artérielle, lipides, tabac, poids et adiposité corporelle) chez des patients diabétiques, permettent

de réduire la survenue ultérieure des complications micro et macro-angiopathiques et de la mortalité.

La recherche ERMIES vise à comparer 2 programmes d'intervention éducative structurée ambulatoire de groupe réalisée en proximité, l'un sur le court terme (3 mois), l'autre sur le long terme (2 ans). L'action éducative, offerte aux personnes avec un diabète mal contrôlé (HbA1c > 7,5%) suivies en consultation de diabétologie des 4 hôpitaux (St Benoit, St Denis, St Paul, St Pierre), sera assurée en proximité dans les 4 régions Nord, Est, Sud, Ouest, grâce au partenariat du réseau RéuCARE.

L'objectif est de comparer l'efficacité sur le contrôle du diabète et les paramètres diététiques, d'activité physique, de traitement, et de risque cardiovasculaire, d'un suivi éducatif long à une éducation initiale bien menée, mais sans suivi au

long cours. Cette recherche apportera des éléments de réponse à la difficile mais nécessaire structuration de l'éducation thérapeutique dans le diabète de type 2 : efficacité et intérêt potentiel de l'organisation (couteuse en temps et en ressources) de groupes d'éducation en proximité sur le long terme.



Dr Xavier Debussche

Quelques repères :

Promoteur : Le CHR site CHFG / **Investigateur coordinateur :**

Docteur Xavier Debussche (*photo ci-dessus*)

Investigateurs principaux des 5 centres :

Docteurs Stéphane Schneebeli, Yoga Thirapathi, Jean Hugues Gatina, Jean Luc Yvin, Xavier Debussche.

Soutien méthodologique : CIC-EC du CHR de La Réunion

Financement du PHRC 2010 : DGOS en Appel d'Offre Interrégional pour un budget de 300 000 €

● PHRC EPICE

Étude Pluridisciplinaire Inter-hospitalière pour la Compréhension des Enfants de la lune » sur le Xeroderma Pigmentosum sur peau noire à Mayotte

Définition : Le Xeroderma Pigmentosum (XP) est une maladie génétique de la réparation de l'ADN entraînant une hypersensibilité aux rayons UV. Elle prédispose aux cancers cutanés, précoces et graves. Ces « enfants de la lune » qui ne peuvent

vivre à la lumière du jour présentent tous une atteinte oculaire qui aboutira, très rapidement, à une perte de la vue.

L'objectif de ce PHRC était de caractériser les atteintes cliniques, oculaires et cancéreuses d'une vingtaine d'enfants et d'identifier le gène et la mutation responsables de la maladie. Une équipe multidisciplinaire constituée de pédiatre, généticien, ophtalmologiste et dermatologue a examiné chaque enfant



Dr François Cartault

deux fois par an pendant la durée du projet malgré les difficultés rencontrées : familles en situation illégale, absence de moyen de transport, habitat inadapté.

Valorisation de l'étude clinique :

Le gène et la mutation ont été identifiés dans le service de Génétique du CHR-site CHFG affilié à l'Unité INSERM 781. Ce travail a fait l'objet d'une première publication dans la revue DNA repair avec la collaboration du Pr Alain SARASIN de l'Institut Gustave Roussy Directeur du Laboratoire Génomes et Cancers au CNRS. Un diagnostic moléculaire pré ou postnatal est dès lors possible.

Le bénéfice de ce projet s'est concrétisé par la mise en place d'une consultation

multidisciplinaire avec la participation des médecins de La Réunion et de Mayotte. Une protocolisation de la prise en charge de ces malades est en cours avec l'appui de l'ARS de Mayotte avec extension d'une consultation médicale à Anjouan, foyer primaire des XP.

Quelques repères :

Le promoteur : Le CHR site CHFG / Cellule promotion de l'étude : La DRCI

L'investigateur principal : Dr. François CARTAULT

Financement du PHRC : DGOS en Appel d'Offre Interrégional DIRC SOOM pour un budget de 30 000 €

Publication : A new XPC gene splicing mutation has lead to the highest worldwide prevalence of xeroderma pigmentosum in black Mahori patients.



● PHRC MABECO

En 2009, le CHR a obtenu le financement d'un PHRC intitulé "MABECO" dont l'investigateur principal est le Docteur Françoise DARCEL médecin neurologue au GHSR. Ce projet de recherche avait pour but de déterminer à Mayotte l'origine du Béribéri "sec", conséquence d'une carence en vitamine B1, responsable de troubles neurologiques allant de simples difficultés à la marche à une quadriplégie (paralysie des 4 membres) et survenant, uniquement, chez des patients adultes, d'origine Comorienne, des 2 sexes.

Le Docteur Françoise DARCEL explique :

« Nous avons été alarmés par de nombreux cas colligés au cours des 10 années précédentes chez des adultes et, en 2004, par une "épidémie" chez des nourrissons qui avait entraîné 21 décès en 2 mois. »

Le Docteur Françoise DARCEL poursuit en précisant que :

« L'alimentation carencée en vitamine B1 ne paraissait pas résumer l'origine de cette pathologie. L'ingestion de plantes anti-vitamine B1 était suspectée. Des cas familiaux, des patients dont la carence alimentaire était corrigée sans que leur taux de vitamine B1 se normalise, nous ont

amené à soupçonner une susceptibilité génétique. »

Pour cerner ce problème, il a paru pertinent d'effectuer auprès de 50 patients, identifiés cliniquement et biologiquement courant 2008 et 3 membres de leur famille bénéficiant de la même alimentation, une étude en recherche clinique comportant :

- un interrogatoire à la recherche d'antécédents de Béribéri,
- un examen neurologique,
- une enquête alimentaire précise,
- un dosage de la vitamine B1,
- un prélèvement sanguin pour étude génétique.

Durant 1 mois et demi, le Docteur DARCEL aidé du Dr DOUSSIET, recruté spécifiquement pour cette étude, ont effectué cette enquête sur le terrain à Mayotte. L'équipe se composait également d'une infirmière et d'une traductrice. En effet, la présence d'une traductrice s'avérait incontournable puisque la population concernée parle le plus souvent le Shimaoré ou le Shibushi.

Aucun des patients contacté n'a opposé de refus, l'accueil a été excellent, chaleureux, le sujet les motivait. LE Docteur DARCEL indique : « L'expérience

a été pour nous très enrichissante, tant sur le plan scientifique qu'humain. »

Aujourd'hui, l'exploitation des résultats touche à sa fin et devrait nous permettre de déterminer l'importance de la carence d'apport et l'existence ou non d'une prédisposition génétique. Les mesures préventives sur le plan alimentaire seront d'abord transmises aux sujets qui ont participé à l'étude mais devront également être portées à la connaissance de la population comorienne, en particulier dans les écoles et aux autorités sanitaires afin que des corrections puissent être apportées évitant la pérennisation de cette pathologie parfois mortelle que nous rencontrons toujours avec la même fréquence lors des "missions" bisannuelles à Mayotte.

Quelques repères :

Le promoteur : Le CHR site GHSR / L'investigateur principal : Le Docteur Françoise Darcel

Soutien méthodologique : le CIC-EC du CHR de La Réunion

Financement du PHRC : DGOS dans le cadre de l'API (Appel d'Offre Interrégional DIRC SOOM)

Budget : 113 000 €

● **PHRC OBEGEST** : une grande étude sur le lien entre diabète gestationnel et obésité de l'enfant entre 5 et 7 ans à La Réunion.



Problème de santé publique : Le diabète gestationnel est l'une des complications les plus fréquentes de la grossesse : il touche plus de 8% des femmes enceintes chaque année à La Réunion.

L'hyperglycémie gestationnelle est, on le sait, associée à un risque important de problèmes, aussi bien chez la mère que chez l'enfant, pendant la grossesse mais également bien au-delà.

On observe également une augmentation du taux de surpoids et d'obésité chez les enfants à La Réunion ces dernières décennies : ainsi 21,2% des élèves de CM2 étaient en surpoids ou obèses en 2004-2005 (enquête DRESS).

Objectif : Le but de notre étude était de voir s'il existait un lien entre le diabète maternel pendant la grossesse et la survenue d'une obésité chez l'enfant entre 5 et 7 ans c'est-à-dire au moment du « rebond d'adiposité », période critique particulièrement prédictive d'une obésité ultérieure chez l'adulte.

Méthodologie : Pour cela, 1251 paires mère-enfant ont été étudiées : 634 mères

ayant présenté un diabète gestationnel et 617 mères indemnes et leur enfant âgé au moment de l'enquête entre 5 et 7 ans. Une diététicienne enquêtrice s'est rendue au domicile de ces familles pour peser et mesurer l'enfant et ses parents, réaliser une enquête alimentaire chez l'enfant et conduire un questionnaire portant sur la croissance pondérale de l'enfant et son mode de vie (activité physique, sommeil, histoire alimentaire...).

Le CIC-EC (responsable Dr François Favier), a fourni un soutien matériel et logistique important pour la constitution et l'organisation de la base de données dont l'analyse est actuellement en cours sous la responsabilité d'Adrian Fianu, statisticien.

Valorisation : Les résultats devraient être publiés d'ici la fin de l'année mais d'ores et déjà il semble bien que l'hypothèse d'un lien entre diabète gestationnel maternel et obésité de l'enfant se confirme en particulier chez les petits garçons.

Perspective : Si ces premiers résultats étaient confirmés, ils renforceraient la

nécessité d'un dépistage précoce du diabète au cours de la grossesse, et de son traitement efficace ainsi que l'intérêt d'une prévention particulièrement active du surpoids chez les enfants nés de mère ayant présenté un diabète au cours de la grossesse et ce dès le plus jeune âge.

Quelques repères :

Promoteur : Le CHR site GHSR / Cellule promotion de l'étude : La DRCI

Investigateur coordinateur : Docteur Nathalie Le Moullec

Soutien méthodologique : CIC-EC du CHR de La Réunion

Financement du PHRC 2008 « Diabète gestationnel et risque d'obésité chez l'enfant de 5 - 7 ans à La Réunion » : la DGOS en Appel d'Offre Interrégional

Budget : 186 000 € auquel s'ajoute un soutien spécifique de la DRCI du CHR à hauteur de 84 000 €

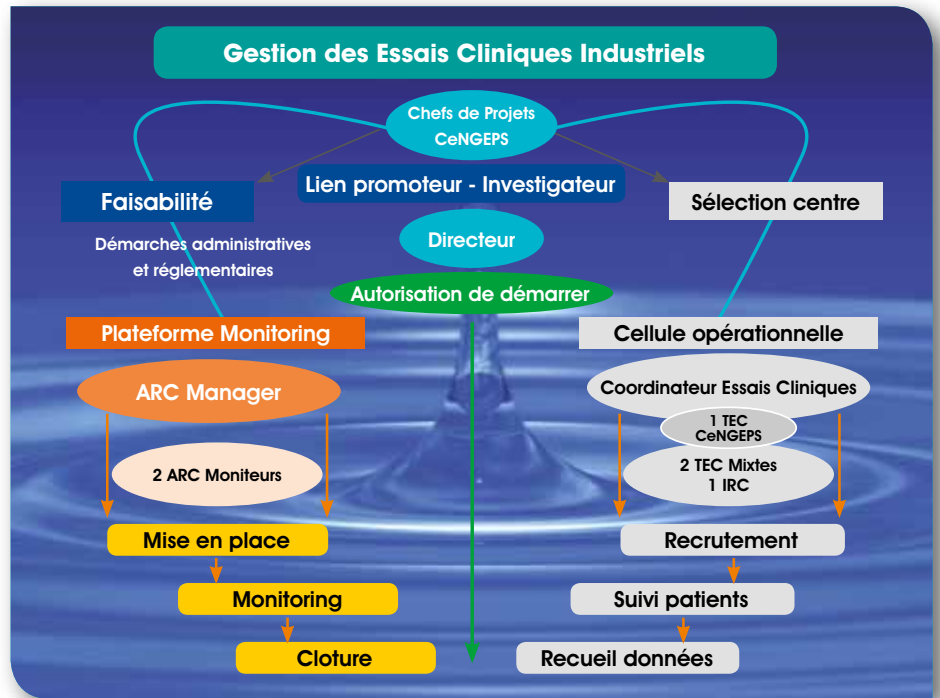
La plateforme monitoring (ICRO) du CHR de La Réunion

La plateforme monitoring est une organisation initialement amorcée en 2005, puis structurée sous l'impulsion de la DRCI en 2008 dans le but de répondre aux besoins en monitoring Contrôle Qualité des promoteurs industriels désirant conduire des essais cliniques à La Réunion. L'objectif initial était de proposer aux industriels une ressource locale leur assurant le Contrôle Qualité de l'essai en évitant les contraintes et les frais liés aux déplacements de leurs propres Attaché de Recherche Clinique (ARC) moniteurs.

Dès 2008, en accord avec notre Interrégion la DIRC SOOM et grâce au soutien financier du CeNGEPS, cet objectif initial a évolué au sein de la DRCI permettant de proposer une prestation de qualité via des professionnels de recherche expérimentés et formés aux exigences et procédures internes des promoteurs industriels.

A ce jour, la plateforme monitoring est pilotée par un ARC Manager et constituée de deux ARC Moniteurs intervenant pour le compte d'un promoteur, que celui-ci soit industriel ou institutionnel. Ce personnel intervient sur sollicitation, dès l'enquête de faisabilité et jusqu'à la clôture puis archivage de l'essai.

Dès lors que le promoteur a sollicité la plateforme et transmis son cahier des charges au Manager Chef de Projet de la DRCI, une convention de prestations de monitoring est établie et le dossier de l'essai transmis à l'ARC Manager. Ce dernier va conduire l'enquête de faisabilité et réaliser la sélection du ou des



centres, le cas échéant, puis coordonner la préparation et la mise en place de l'essai pour le compte du promoteur.

(1) Institutional Clinical Research Organization

Préalablement à l'initiation de leurs missions, **les ARC Moniteur suivent une formation aux procédures internes dispensée par le promoteur** qui leur permet et les autorise à conduire le Contrôle Qualité conformément à ses exigences. L'ARC Moniteur affecté à l'essai pourra dès lors :

- réaliser la mise en place de l'essai, généralement en lien ou en présence du Chef de Projet ou Responsable d'Essai Clinique du promoteur ;
- s'assurer de l'activation des circuits logistiques ;
- former les investigateurs aux Bonnes Pratiques Cliniques et à la gestion des Événements Indésirables Graves ;
- veiller sur site au bon déroulement du protocole.

Il convient de préciser que les prestations qui sont proposées aux promoteurs industriels le sont à l'identique pour les promoteurs institutionnels, qu'il s'agisse alors d'une promotion interne ou d'une promotion externe.

Concernant les **projets dont le CHR est promoteur**, l'ARC Moniteur intervient :

- dans l'élaboration des cahiers d'observation et la rédaction de documents critiques ou réglementaires,
- dans la validation du plan de monitoring ou du circuit de déclaration et de vigilance de l'essai,
- dans l'identification des circuits logistiques
- dans la formation ou la sensibilisation des personnels des centres aux Bonnes Pratiques Cliniques.

Cette organisation, outre l'ouverture de nombreux centres sur des essais multicentriques et internationaux de phases II à IV, a permis de s'appuyer sur les opportunités offertes par les industriels pour développer la formation en interne des personnels du CHR aux Bonnes Pratiques Cliniques et à une conduite de qualité des essais cliniques.

Personnel de recherche affecté à la plateforme :

- > Vanessa BASQUE : ARC Manager
- > Eléonore BERTSCH : ARC Moniteur
- > Emilie TECHER : ARC Moniteur

Activité 2010 de la Plateforme :

10 essais cliniques industriels et 11 études institutionnelles

Production Recherche du CHR

● Données d'activité 2009 - MERRI 2011 - Part modulable

SIGAPS Publications scientifiques de 2006-2009					SIGREC Éssais et Inclusions 2009								Valeur totale en €
					Éssais		Inclusion Promoteur		Inclusion Investigateur		Total		
Pôles du CHR - Site du GHSR	Nbr total d'articles	dont ceux de cat A et B	Score	Valeur en €	Score	Valeur en €	Score	Valeur en €	Score	Valeur en €	Score	Valeur en €	
Disciplines médicales	31	6	248	127 350	9	19 695	458	174 939	458	150 878	926	345 512	472 862
Autres (DRCI/ Études CIC-EC)	9	1	30	15 405	10	21 883	378	144 409	378	124 547	767	290 839	306 244
Sciences neurologiques et chirurgie cervico-faciale	12	2	134	68 810	10	21 883	210	79 990	210	68 988	429	170 861	239 671
Femme-Mère-Enfant	52	5	363	186 404	2	4 377	-	0	12	3 950	14	8 326	194 730
Biologie	29	7	210	107 837	5	10 942	42	16 028	42	13 824	89	40 794	148 631
Disciplines de l'urgence	17	5	159	81 648	1	2 188		0	2	625		2 814	84 462
Imagerie	8	1	89	45 702									45 702
Disciplines chirurgicales et anesthésiologie	7	2	57	29 270									29 270
Néphrologie	2	0	23	11 811	1	2 188		0		0	1	2 188	13 999
Santé mentale	1	0	15	7 703									7 703
Thérapeutique	1	0	8	4 108									4 108
Total	139	29	1 336	686 049	38	83 156	1 088	415 366	1 102	362 811	2 229	861 333	1 547 383

SIGAPS Publications scientifiques de 2006-2009					SIGREC								Valeur totale en €
					Éssais		Inclusion Promoteur		Inclusion Investigateur		Total		
Pôles du CHR - Site du GHSR	Nbr total d'articles	dont ceux de cat A et B	Score	Valeur en €	Score	Valeur en €	Score	Valeur en €	Score	Valeur en €	Score	Valeur en €	
Femme Mère Nouveau Né Génétique	22	7	264	135 567	20	43 766	109	41 598	16	5 266	145	90 630	226 197
Enfant	34	5	312	160 215	1	2 188			2	658	3	2 847	163 062
Cardio-vasculaire Thoraciques - Anesthésie cardiaque	21	5	192	98 594									98 594
Plateau Technique	12	2	57	29 270	20	43 766	48	18 318	19	6 254	87	68 338	97 608
Pathologies chroniques et maladies métaboliques	22	7	169	86 783	3	6 565					3	6 565	93 348
Pathologies tumorales	16	4	132	67 783	1	2 188			2	658	3	2 847	70 630
Maladies infectieuses et pathologies médico- sociales	10	0	89	45 702									45 702
Anesthésies Réanimation Médecine d'Urgence- Grands	9	4	80	41 081									41 081
Chirurgie non carcinologique adulte	6	0	32	16 432									16 432
Autre (DRCI)	3	1	11	5 649									5 649
Total	155	35	1 338	687 076	45	98 474	157	59 916	39	12 836	241	171 227	858 303

Valeur score 513,51

Valeur score essai
Valeur score Inclusion Promoteur
Valeur score Inclusion Investigateur2 188,32
381,63
329,14

Comment développer ses pratiques managériales ?

L'ANFH océan Indien propose au CHR un dispositif de formation destiné au **développement des compétences managériales des cadres hospitaliers (DFPEH)**.

Ce dispositif repose sur un contexte en forte évolution. Il a été construit par un groupe projet composé de cadres hospitaliers et piloté par l'ANFH Océan Indien. Les formations auront un caractère très opérationnel.

Quatre objectifs principaux :

- **Une harmonisation des connaissances :** disposer d'un référentiel commun permettant la mise en œuvre de pratiques efficaces acceptées de tous
- **Une mutualisation des expériences au niveau régional** par la rencontre de professionnels de différents établissements et la création de réseaux (impact)
- **Une meilleure valorisation de la fonction d'encadrement** due à la connaissance globale des problématiques actuelles et à la mise en exergue des responsabilités associées.
- **Un parcours individualisé** en fonction de l'expérience et des pratiques des participants.

Bâti autour d'une logique **Métiers / Compétences**, les thématiques seront centrées autour de :

- Cinq grandes activités (les ressources humaines, la gestion financière, la qualité / risques, l'organisation des activités et les relations internes/externes)
- Cinq grandes capacités à mettre en œuvre dans le cadre de l'exercice des métiers (Piloter, Décider, Donner du sens, Accompagner, Communiquer)

A qui s'adresse t'il ?

Sont concernés par le dispositif tout le PERSONNEL D'ENCADREMENT HOSPITALIER ENCADRANT DES EQUIPES TOUTES FILIERES confondues à l'exception des cadres de direction.

Comment entrer dans le dispositif et pour quelle durée ?

Avec l'accord du responsable hiérarchique, l'accès au dispositif se fera en trois phases :

- Une phase d'auto positionnement du stagiaire évaluée en fonction de la situation professionnelle du stagiaire et de ses pratiques d'encadrement.
- Une phase de définition du parcours individualisé de formation (entretien du stagiaire avec un consultant).
- Une phase de validation du parcours avec le responsable hiérarchique.

Contact :

- ANFH OCEAN INDIEN
02 62 90 10 25 - p.babet@anf.fr

● Description des modules de formation



LA FONCTION D'ENCADREMENT :

- Le cadre hospitalier d'aujourd'hui et de demain

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

GESTION DES EFFECTIFS :

- Recruter ses collaborateurs
- Gérer ses effectifs au quotidien

GPMC

- Comprendre et agir
- L'ingénierie des compétences
- Mener l'entretien professionnel de ses collaborateurs

FORMATION

- Accompagner les parcours professionnels de ses collaborateurs
- Construire et suivre le plan de formation de son unité

TRANSMISSION DES SAVOIRS

- Etre tuteur référent
- Animer une formation dans son domaine de compétences

ANIMATION D'ÉQUIPE

- Connaître son environnement professionnel
- Accompagner le changement au sein de son équipe
- Gérer les conflits
- Gérer les risques psychosociaux
- Manager son équipe
- Manager la cohabitation au sein de son équipe
- Animer une réunion

GESTION FINANCIÈRE

ÉLABORATION BUDGÉTAIRE :

- Le fonctionnement budgétaire et financier d'un établissement public de santé

PILOTAGE BUDGÉTAIRE :

- Concevoir, analyser et exploiter des tableaux de bord

QUALITÉ / RISQUES

DÉMARCHE QUALITÉ / CERTIFICATION :

- La démarche qualité

GESTION DES RISQUES :

- Gérer les risques au sein de son centre de responsabilité

ÉVALUATION / AUDIT :

- Conduire un audit

ORGANISATION DES ACTIVITÉS

ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ DE SON UNITÉ :

- Organiser l'activité de son service
- Gérer la logistique de son service
- Organiser une veille réglementaire

RELATIONS INTERNES / EXTERNES

RESEAUX :

- Gérer des projets
- Travailler en équipe ou en réseau
- Travailler en mode collaboratif

USAGERS :

- Prendre en charge les usagers

PRESTATAIRES :

- Savoir négocier

● 22 juin, 17 octobre, deux journées de réflexion et d'actions sur le don d'organes



19 dons d'organes à La Réunion.

Grâce à la solidarité réunionnaise et métropolitaine, 25 Réunionnais dialysés ont eu la chance d'être greffés. Cependant 1242 réunionnais sont en dialyse trois fois par semaine et 160 d'entre eux sont inscrits sur la liste d'attente nationale pour pouvoir bénéficier d'une greffe. Ce nombre ne cesse de croître et le temps d'attente des personnes pour bénéficier d'une greffe augmente tous les ans.

De nombreuses personnes et professionnels travaillent conjointement pour permettre aux patients en attente de greffe de pouvoir revivre normalement. La mobilisation et la collaboration de tous restent fondamentales dans cette chaîne de vie.

« Don d'organes, pour sauver des vies, il faut l'avoir dit ». Ce slogan présent sur le site de l'Agence de Biomédecine et relayé dans les médias pendant tout le mois de juin, a marqué le début des manifestations

organisées dans le cadre de la journée nationale du don d'organes.

Au GHSR, l'équipe de coordination s'est mobilisée le 22 juin 2011. A cette occasion, des actions d'information sur cette journée thématique ont été organisées dans le hall de l'hôpital. De nombreuses personnes greffées ou en attente de greffe ont participé à ce moment d'échange et de partage d'expériences. Le public et les professionnels ont pu recueillir des informations sur le don et la greffe d'organes et de tissus.

Le 17 octobre 2011, la coordination du CHFG organisera une action à l'occasion de la journée mondiale du Don.

Une manifestation est prévue dans l'Atrium de 9h à 15h, les équipes se tiendront à la disposition du public et du personnel pour parler du don, distribuer des documents d'information et des cartes de donneurs. Des petits films tournés à La Réunion seront également diffusés à cette occasion.



La néphrologie, et l'association du Don de moelle osseuse seront les partenaires de la manifestation.

Chacun de nous, professionnels, citoyens, malades, patients en attente de greffe devons participer à cette chaîne de solidarité et nous positionner... puis le dire à nos proches.

> L'équipe de la coordination hospitalière reste à votre disposition pour de plus de renseignements:

Coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus:

GHSR : 0262 35 62 46 - 0692 85 44 53

CHFG : 0262 90 54 04 - 0692 26 76 67

● Les Français et le système de santé

L'enquête réalisée par Ipsos et Logica Business Consulting pour Confluence et la Fédération de l'Hospitalisation Privée montre que les Français ont une très bonne opinion de la qualité des soins prodigués dans leur pays. Ils n'en demeurent pas moins conscients du coût du système, tant au niveau individuel - de nombreuses personnes ont du renoncer à des soins cette année - que collectif - ils estiment que son financement est menacé. Dès lors, l'opinion semble prête à débattre des mesures à prendre pour assurer la pérennité.

L'étude montre que le système français offre des soins de qualité (89% le pensent

contre 11% qui ne sont pas d'accord avec cette affirmation). Pour trois personnes interrogées sur quatre (75%), le système de santé français permet à chacun d'accéder facilement à un médecin ou à un hôpital à proximité de chez soi (contre 25% en désaccord avec cette affirmation). En plus de ses qualités intrinsèques reconnues, le système de santé bénéficie d'un capital de confiance exceptionnel auprès de la population. 82% lui font confiance pour faire face au cancer, 80% pour prendre en charge la douleur et 87% pour faire face aux maladies chroniques (diabète, maladies cardiaques, etc.).

Satisfaits du système, les Français n'en

demeurent pas moins conscients de son coût tant au niveau individuel que collectif.

Un coût qui donne parfois le sentiment qu'il existe en France une médecine à deux vitesses. 50% des Français s'opposent à l'idée selon laquelle le système de santé français offre des soins financièrement accessibles à tous. D'ailleurs, une part importante des sondés déclare avoir déjà renoncé à des soins cette année en raison de leur coût (39%).

Fiche technique

Enquête réalisée par Ipsos et Logica Business Consulting pour Confluence et la Fédération de l'Hospitalisation Privée auprès d'un échantillon de 996 personnes représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus. Les interviews ont été réalisées on line via l'Access Panel d'Ipsos du 11 au 15 avril 2011.

● Dernière minute du CNG (Centre National de Gestion)

Objet : Organisation des élections des représentants Praticiens Hospitaliers appelés à siéger au sein de la commission statutaire nationale (CSN) et du conseil de discipline (CD)

Calendrier : se dérouleront du 28 novembre au 19 décembre. Un arrêté commun aux deux instances, publié au Journal officiel, précisera le calendrier définitif (notamment les dates et heures

d'ouverture et de clôture pour l'ensemble des scrutins).

Modalités : par vote électronique

Électeurs concernés : Praticiens Hospitaliers (PH) en activité

Procédure demandée par le CNG aux Établissements : deux types de courrier seront adressés pour notification aux praticiens électeurs

- un premier courrier comportant des

dispositions générales

- un second courrier à titre nominatif sachant que les PH seront destinataires, par l'intermédiaire de la DAM, du matériel électoral (codes d'accès individuel au système de vote) selon les modalités prévues par le Centre national de gestion

Inutile de prendre des risques pour découvrir la mutuelle santé des professionnels de la santé et du social !



Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social. La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au Registre National des mutuelles sous les numéros 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.

La complémentaire santé conçue par et pour des professionnels de santé à tarifs accessibles, c'est la MNH !

À la MNH, les jeunes actifs peuvent ainsi se protéger à partir de 11,77€ par mois avec la garantie MNH Bonsai Primo. Et avec la garantie MNH Evolya vous offrez à votre famille une protection renforcée pour toutes ses dépenses de santé.

*Cotisation 2011 pour une personne seule âgée de 18 à 24 ans.

À partir de
11 €
,77
par mois*



www.mnh.fr

Renseignements au  **N°Cristal 09 69 32 45 00**
APPEL NON SURTAXE



PERFORMANTE CÔTÉ **SANTÉ** + SOLIDAIRE CÔTÉ **SOCIAL**.

Vos correspondantes MNH :

Josie Guérin, centre hospitalier départemental Félix Guyon, Saint-Denis, tél. 02 62 90 50 69, mnh.fguyon@chr-reunion.fr,
Camille Heekeng, groupe hospitalier sud Réunion, Saint-Pierre, tél. 02 62 35 90 37, camille.heekeng@chr-reunion.fr