

**ILS FONT L'ACTU**

La coelioscopie 3D

**6**

**EN ROUTE  
VERS KOUTIO**

Installation Biomed

**16**

**DANS LES MURS**

Une soirée  
au SICS

**21**

**HORS LES MURS**

Les projets  
de Roger Mourinet

**34**

# L'Ouvrage Boîte

JUILLET - SEPTEMBRE  
2016

➤ **66**

LE JOURNAL INTERNE DU CHT



**MÉDIPÔLE :**  
M-5 avant  
ouverture



## NOUVEAUX MÉDECINS



**CLAIRE  
FOUQUET**  
**25 ANS**  
Assistante service  
Hygiène hospitalière

En poste à partir du 4 juillet 2016

Arrivée à l'âge de 6 ans en Nouvelle-Calédonie, la Dre Fouquet a suivi toute sa scolarité à Nouméa avant d'effectuer ses études de pharmacie à Paris où elle passe son diplôme de docteur en pharmacie en novembre 2015. Avec toujours le même objectif : vivre et travailler sur le Territoire. « *Je suis souvent revenue durant mes années d'études et j'ai toujours souhaité me réinstaller en Nouvelle-Calédonie, une fois diplômée* », se confie-t-elle. Avant son retour, elle suit deux DIU pour se spécialiser en hygiène hospitalière et gestion des risques, et confirme son intérêt pour cette discipline essentielle : « *La lutte contre les infections nosocomiales est un challenge quotidien dans les établissements de santé. C'est une discipline passionnante et transversale à laquelle j'ai été sensibilisée tout au long de mon parcours. Aujourd'hui, je souhaite apporter mes connaissances au CHT où la demande est très forte* ». C'est donc avec beaucoup de joie qu'elle intègre les équipes du CHT avant de participer au déménagement vers le Médipôle, « *une grande avancée pour notre Caillou* », conclut-elle.

### EN SAVOIR PLUS SUR L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Cette discipline a pour objet la prévention des maladies infectieuses dans les établissements de soins. L'hygiène hospitalière fait partie intégrante de l'activité et de la qualité des soins des hôpitaux. Elle est surtout orientée vers la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales (contractées en milieu hospitalier), dont sont chargées les équipes opérationnelles d'hygiène qui sont maintenant présentes dans tous les hôpitaux. Ces équipes comprennent un ou des médecins, des infirmières hygiénistes et des techniciens d'hygiène.

#### L'Ouvre Boîte

Directeur de la publication : Dominique Cheveau  
Création maquette, rédaction & réalisation :  
Agence On En Parle ! 23 23 80  
Impression : IRN, sur papier à base de 30% minimum  
de papier recyclé, 26 26 11  
Crédit photos : On En Parle, CHT



Les équipements  
biomédicaux  
rejoignent peu à peu  
la halle opératoire

## SOMMAIRE

# 06

### ILS FONT L'ACTU

- > La coelioscopie passe en 3D au Bloc
- > Pic d'activité à la Néonate
- > Les Urgences se réorganisent sans attendre Koutio
- > Nutrition parentérale :  
la Pharmacie au rendez-vous
- > Bilan de l'activité 2015

# 19

QUALITÉ

# HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La certification  
passe par les comptes  
Qualité



## Les labos, un pôle clé

Le centre hospitalier renforce en permanence sa position d'établissement de référence. Outre la préparation du Médipôle, les projets structurants qui ont été lancés par ailleurs se poursuivent. À la demande du Gouvernement de Nouvelle-Calédonie, il est préparé l'internalisation de la bactériologie et de la virologie. Je rappelle qu'il avait déjà été prévu que nous devons assurer l'activité d'hématologie à l'ouverture du Médipôle. Cette nouvelle collaboration avec l'Institut Pasteur suppose d'envisager une nouvelle gouvernance pour un pôle de laboratoires plus important. Cette gouvernance devra avant tout respecter la logique hospitalière et la demande des cliniciens, mais aussi notre collaboration sur le versant Recherche et Santé publique avec l'Institut. Ces missions s'inscrivent aussi dans le cadre des contraintes financières et d'une nécessaire efficacité économique. Pour cela, nous souhaitons, dans le respect du service public, envisager une gestion et une gouvernance avec forte autonomie et permettre ainsi un vrai dynamisme du secteur. Cela permettra d'évaluer notre capacité à améliorer notre offre de soins et notre performance.

**Dominique Cheveau**  
Directeur du CHT

16

### EN ROUTE VERS KOUTIO

> Où en sont les équipements Biomed ?

21

### DANS LES MURS

- > Reportage au SICS
- > Le DIM : des rôles cruciaux
- > Zoom service : le DAMSP

29

### HORS LES MURS

- > Le CESU sur le terrain
- > La Journée de l'Alimentation
- > La FHF : bilan du congrès
- > Roger Mourinet : des projets plein la tête

## Sans attendre le Médipôle...

L'actualité essentiellement tournée vers le déménagement tout proche vers le Médipôle de Koutio, nous ferait presque oublier le quotidien avec toutes ses innovations et ses bonnes nouvelles, notamment celle de la certification délivrée récemment par la Haute autorité de santé qui valide la démarche globale et continue d'amélioration de notre qualité, de nos services et prestations.

Entamé en 2003, le processus fait maintenant partie de l'ADN du CHT et les quelques réserves qui demeurent seront absorbées in fine par le déménagement dans nos nouveaux locaux flambant neufs et par l'ajustement des nouvelles organisations qui seront mises en place à cette occasion.

Côté innovation, ce n'est pas mal non plus... Comment ne pas se réjouir de l'arrivée toute récente de la coelioscopie en 3D aux blocs opératoires de Gaston-Bourret?

Utilisée dans les disciplines de la chirurgie viscérale et obstétricale, la vision en trois dimensions ce n'est désormais pas et plus qu'au cinéma. En effet, le CHT vient de se doter d'une caméra de coelioscopie en 3D ultralégère, un équipement sophistiqué qui induit plus de précision et donc davantage de sécurité dans les gestes opératoires. En pratique, les chirurgiens réalisent une petite incision au niveau de l'abdomen afin d'y insérer une caméra de coelioscopie en trois dimensions, dont les images sont relayées sur un écran. Ensuite, même principe qu'au cinéma, l'ensemble de l'équipe du bloc opératoire se munit de lunettes 3D qui permettent de visionner l'intérieur de l'organisme et de percevoir les volumes des organes à opérer.

Grâce à cet outil, les conditions de la vue réelle sur un écran sont recréées, cela permet de gagner en efficacité et

d'obtenir une précision extrême du geste chirurgical. Ce qui ne fait que quelques millimètres dans le corps du malade est décuplé à l'écran avec une restitution parfaite dans l'espace.

Pour le patient, les bénéfices sont significatifs. Le geste technique est optimisé, rendant la qualité chirurgicale supérieure. La 3D permet de voir de façon plus précise les structures anatomiques adjacentes et donc de les épargner au maximum, ce qui constitue le véritable enjeu de la chirurgie de demain.

Allez, n'attendez plus et allez vous plonger dans cette dernière innovation arrivée au CHT que nous sommes heureux et impatients de vous présenter dans ce 66<sup>e</sup> numéro de notre Ouvre boîte.

Bonne lecture.  
Marc-Christian PLA

## ACCIDENTS DU TRAVAIL



AT<sup>(1)</sup> de janvier à mai 2016

Cumul à fin mai

# 123<sup>AT</sup>

Dont : AES<sup>(2)</sup> 28 AT

TMS<sup>(3)</sup> 42 AT (dont 24 lombalgies)

### AT / SERVICE MENSUEL

Réanimation hospit. : 4 AT / Médecine Interne hospit. : 2 AT

Pool brancardiers GB : 2 AT

AT<sup>(1)</sup> de janvier à mai 2015

Cumul à fin mai

# 132<sup>AT</sup>

Dont : AES<sup>(2)</sup> 31 AT

TMS<sup>(3)</sup> 23 AT

(dont 21 lombalgies)

### AT / SERVICE MENSUEL

SAUUHCDSAMUSMUR : 3 AT /

Chirurgie Chirurgie Orthopédique 1 : 2 AT /

Gastrologie : 2 AT /

OrlStomSpecial.Chirurgi/SHUT,

Radio GB, Réa, S.intens. : 2 AT



2016	Nbre de déclarations	Dont EIG	Dont EP
Janvier	103	7	11
Février	87	7	21
Mars	97	5	11
Avril	85	8	18
Mai	76	5	23



## PORTES OUVERTES « GRAND PUBLIC »

Le principe est confirmé... Le Médipôle ouvrira ses portes au grand public les 16, 17 et 18 septembre. Le principe : une visite guidée, par petits groupes d'une dizaine de personnes, de 4 ou 5 points clé du futur établissement : un service de soins, les Urgences...

Une double invitation sera prochainement lancée à tous les agents : pour leur proposer d'abord de réserver prioritairement des places dans ces visites pour eux-mêmes ou leur famille s'ils le souhaitent, mais aussi, toujours sur la base du volontariat, pour guider eux-mêmes des groupes de visiteurs.

> Plus d'informations : **Coordination des opérations - J. Desmottes.**

## DÉMÉNAGEMENT : LES PROS SONT DÉSIGNÉS

Depuis le 17 mai, on connaît enfin le groupement d'entreprises qui aura en charge le déménagement des différents sites du CHT vers le Médipôle de Koutio. Si Déméninge et Médiorg NC demeurent les chefs d'orchestre des opérations et continuent de gérer l'organisation, la mise en œuvre sera confiée à d'autres professionnels. La commission d'appels d'offres du CHT a dû faire un choix entre trois propositions, s'appuyant sur un rapport d'analyse des offres fourni par Déméninge. L'hôpital a finalement choisi un groupement d'entreprises mené par Assystem en tant que mandataire et complété par deux cotraitants : une société locale STTR (Société de transports terrestres et de roulage) et une société métropolitaine AXAL apportant son expertise en matière de déménagement hospitalier, l'un des critères mis en avant par le CHT dans le cahier des charges. Deux sous-traitants calédoniens complètent le groupement, Transworld et Kuye Brou. « Parmi les trois réponses à l'appel d'offres, celle-ci présentait le meilleur rapport entre expertise, compétence et coût », précise Jérôme Desmottes, coordonnateur des opérations pour le Médipôle. En plus de l'apport d'AXAL et du coût en adéquation avec l'enveloppe envisagée par l'hôpital, le dossier retenu apporte une analyse de la situation rigoureuse, des éléments techniques probants et des propositions en adéquation avec les besoins. Désormais, le groupement a un peu plus de quatre mois pour se préparer concrètement au déménagement. En complément, le CHT a passé commande des cartons qui seront alors nécessaires auprès d'entreprises calédoniennes.



## LA GESTION DU MATÉRIEL NEUF

En amont du transfert des activités de Nouméa à Dumbéa, le mobilier et l'équipement biomédical neufs arrivent peu à peu. Et la cadence va aller en s'intensifiant au fil des semaines et des mois à venir. Un aspect non négligeable dans la préparation de l'ouverture du Médipôle. « Des lits, des chevets, des chariots, des fauteuils de repos... Les équipements arrivent et vont arriver par centaines et le CHT doit en gérer la réception, le stockage, l'installation

et le contrôle de cette installation au Médipôle, l'accès au site, la préservation du bon état du site... », énumère Jérôme Desmottes. Un énorme travail à gérer en cohérence avec le reste des opérations et pour lequel l'hôpital s'est également adjoint les compétences de Déméninge et de Médiorg NC. (Lire aussi p. 16 de cet Ouvre boîte)



## PARLONS-EN

Chaque mois, l'Ouvre boîte ou la Newsletter vous permettent de relayer les informations, annonces en bref ou les sujets de fond que vous souhaitez. Sujets médicaux, techniques, administratifs, échos de la vie des équipes..., pour toute publication, adressez vos informations sur le mail de Marc Pla (CSS Radiologie - coordinateur des médias internes - m.pla@cht.nc) ou sur celui de l'agence de communication chargée de la rédaction (onenparle@onenparle.nc).

# COËLIOSCOPIE EN 3D : UNE NOUVELLE DIMENSION POUR

Désormais partie intégrante de l'arsenal thérapeutique disponible dans les blocs opératoires, une colonne de vidéo-chirurgie spécifique en 3D est en fonction depuis début mai au bloc GB. Elle offre une alternative innovante à la cœliochirurgie assistée par robot, grâce à une image en 3D de très haute définition. Une technologie de dernière génération qui donne une nouvelle dimension aux gestes chirurgicaux, en viscérale, obstétrique. Présentation par le Dr Christophe Bourtout, Service de Chirurgie viscérale et thoracique.

**D**u point de vue technique, l'endoscope et la caméra ne font qu'un : c'est un vidéolaparoscope. En interne, c'est l'utilisation de deux capteurs optiques simultanés - et non plus un seul comme auparavant - qui permet grâce aux logiciels intégrés d'obtenir ainsi une vision en trois dimensions, à la manière de la vision binoculaire humaine. La cœlioscopie classique s'enrichit donc d'une image optimisée et valorisée qui facilite le geste chirurgical. Cette technologie est un intermédiaire réaliste entre la cœlioscopie normale en 2D et le véritable robot chirurgical.

## INTÉRÊTS MULTIPLES

Alors que certains malades sont un peu réticents vis-à-vis de la robotique, avec l'opération en 3D c'est le contraire, la confiance est au rendez-vous parce que c'est toujours le chirurgien qui opère directement. C'est aussi clairement une technologie à impact financier bien moindre, pour l'établissement, qu'un équipement robotique (mise en place plus lourde et utilité par ailleurs encore

assez discutée en pratique courante). Jusqu'à ce jour, les images étaient visualisées en 2D et donc sans perspectives. La vision tridimensionnelle elle, améliore significativement la précision du positionnement en profondeur, apporte une visualisation détaillée du relief permettant de percevoir les volumes, à la fois des organes à opérer, mais aussi des structures anatomiques de voisinage à épargner. Elle entraîne enfin une meilleure coordination œil-main.

## PRÉCISION ET GAIN DE TEMPS

Elle est particulièrement adaptée pour les gestes chirurgicaux nécessitant une précision extrême et une très bonne perception de l'espace. La vidéo 3D apporte ainsi au geste chirurgical sous cœlioscopie classique encore plus de réalisme et d'efficacité, et probablement dans certains cas un gain de temps opératoire. Enfin, le vidéolaparoscope est disponible



immédiatement sous housse plastique stérile pour chaque intervention, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours, entre les utilisations, au processus contraignant de la stérilisation centrale, par ailleurs traumatisante pour le matériel.

## S'ADAPTER

Cependant, comme toute technologie nouvelle, elle nécessite une adaptation des équipes chirurgicales tant sur le maniement et l'utilisation du matériel que sur la vision en 3D elle-même qui peut dans un premier temps paraître déstabilisante.

À noter que le passage de la 3D à la 2D est toujours possible, sur simple manipulation de la colonne vidéo, renforçant le caractère sécuritaire de la procédure en cas de difficulté ou

# LA CHIR AU CHT



## PORT DE LUNETTES

C'est une contrainte au bloc opératoire, dans un environnement stérile et avec un habillage chirurgical, l'utilisation de lunettes spécifiques compatibles est incontournable pour les aides opératoires et bien entendu les chirurgiens, pour profiter pleinement de la qualité et de l'intérêt des images fournies.

dysfonctionnement. Destinée à être entièrement mutualisée entre les services de chirurgie au sein du futur bloc opératoire central de KOUTIO, cette colonne 3D fera probablement de plus en plus d'adeptes auprès des équipes soignantes, d'autant plus que le parc de colonnes coelioscopiques classiques vieillissant, sur Gaston-Bourret, demandait à être impérativement renouvelé.

**Docteur Christophe Bourtol**

## COMMENT ÇA MARCHE ?

Cette nouvelle colonne 3D permet de pratiquer des actes de chirurgie miniinvasive de haute technicité avec une précision du geste renforcée. « *Au CHT, nous utilisons cet appareil pour toutes les chirurgies un peu complexes qui utilisent la coelioscopie : chirurgie viscérale, thoracique et gynécologique* » précise Marc Fermat, cadre du bloc opératoire. Le fonctionnement ? Un endoscope constitué de deux caméras est introduit, grâce à une petite incision, dans l'abdomen gonflé avec du gaz.

Par ailleurs, deux trocarts sont positionnés, via deux petits orifices de 5 mm, dans l'abdomen. À l'intérieur sont insérés les instruments, pinces, etc., épais d'un demi-centimètre à un centimètre. À l'écran, les informations retransmises en 3D sont visibles par les chirurgiens grâce à des lunettes spécifiques. Grâce à cet outil, le chirurgien réalise une intervention dans pratiquement les mêmes conditions que lors d'une opération à œil nu, sans coelioscopie.

## CONFORT ET SÉCURITÉ

Plus grande précision du geste médical, gain de temps opératoire avéré, suites d'intervention plus simples et mieux vécues par le patient, économie de fatigue visuelle des intervenants sont autant de points positifs. « *Cette colonne 3D va permettre d'accroître l'efficacité de prise en charge des malades, par une qualité d'image plus importante et une facilitation de la gestuelle médicale et paramédicale* » conclut Marc Fermat. La rapidité et l'exactitude de l'acte pratiqué en 3D favorisent aussi le développement de la prise en charge en ambulatoire : un aspect non négligeable pour le confort des patients.

## UNE RÉFLEXION EN PLUSIEURS ÉTAPES

L'actuelle colonne 2D montrant des signes de faiblesse, c'est à la demande du Dr Guégan - chirurgien vasculaire, thoracique et viscéral - que le CHT étudie d'abord la possibilité d'acquiescer le matériel le plus efficace pour la coelioscopie. Mais le choix est multiple.

Le docteur Fayet - chirurgien viscéral - profite alors d'un colloque en métropole pour tester des colonnes. À l'issue d'essais concluants, l'achat du système vidéo 3D Einstein Vision 2.0 B Braun est alors avancé de plusieurs mois afin de permettre à tous les intervenants de se familiariser avec cette nouvelle technologie. « *Il a semblé impératif d'être formé et de pouvoir travailler et se sentir très à l'aise avec l'appareil avant l'installation au Médipôle* », conclut Marc Fermat.

# PIC D'ACTIVITÉ À LA NÉONAT LES GROSSESSES PATHOLOGIQUES AUGMENTENT...

Depuis le début 2016, le service Maternité enregistre un pic de grossesses pathologiques. Des conséquences difficiles à gérer au quotidien pour le service de Néonatalogie, complètement saturé depuis plusieurs mois. Alors que l'activité devrait être fluctuante au cours de l'année, laissant le temps aux professionnels de retrouver leur souffle, la situation se pérennise de façon préoccupante.

« Si la moyenne du nombre d'accouchements - 910 depuis le début de l'année - reste constante, c'est le nombre de cas de grossesses à risques qui augmente », constate le Dr Erick Camus, chef du service Maternité à Magenta. « Il nous est difficile de déterminer les origines précises de cette tendance, qui concernent environ 20% des patientes », poursuit-il. Diabète, obésité, grossesse peu ou mal suivie, précarité, les causes sont multiples et variées.

## UNE SITUATION DIFFICILE

Conséquence de cette augmentation? Le nombre de bébés prématurés et de ceux nécessitant un suivi spécifique est également en forte hausse. Les nourrissons restent hospitalisés plus longtemps, certains sont intégrés dans le seul service de Réanimation-Néonatalogie du Territoire, pendant plus de trois mois pour les grands prématurés. « Une gestion complexe pour un service qui fonctionne avec vingt-quatre lits et neuf en Réanimation » précise Gina Carpentier, cadre supérieure sage-femme.



## DES SOLUTIONS?

« Je n'ai jamais vu un pic aussi installé depuis que je suis chef de service » précise la Dre Marie-Ève Moulies, chef du service Néonatalogie. Si l'épidémie de bronchiolite du mois de février et l'amélioration de la prise en charge des bébés plus immatures, grâce aux nouvelles techniques et à l'arrivée de médecins de plus en plus expérimentés, sont des causes possibles, cette augmentation nécessite des adaptations permanentes et plus de personnel paramédical compétent.

« Évasaner » sur Sydney? Envisageable pour une patiente encore capable de voyager, mais difficile à gérer au niveau familial et sur une longue période. L'idéal? Opter pour des solutions internes.

« Redéployer les effectifs de service, mettre en place des renforts, créer des CDD ponctuels avec l'aide et le soutien de la DRH sont les trois solutions possibles », explique Gina Carpentier. Encore faut-il que cette situation ne s'aggrave pas davantage...

« Sur 2015, nous avions une moyenne mensuelle de 46 entrées. Depuis début 2016, nous sommes à plus de 59, avec un taux de remplissage atteignant souvent les 115 % »

Dre Marie-Ève Moulies, chef du service Néonatalogie





# LES URGENCES SE RÉORGANISENT



Une partie de l'équipe des Urgences. Drs Lucille Marie et Julien Le Bon, Virginie Rivière, Ludovic Lambert, Élodie Rouziou, Mélanie Kolodziej et Lisa Bellon.



## LES URGENCES EN CHIFFRES

- > 30 médecins
- > 37 ETP infirmiers
- > 2 cadres de santé et 1 cadre supérieur de santé
- > 12 aides-soignantes
- > + des permanenciers du SAMU, des ambulanciers SMUR, des brancardiers, des agents administratifs, des secrétaires, des ASH, etc. Soit l'équivalent d'une centaine d'employés pour plus de 25 000 patients/an.

Depuis un an, l'accueil des Urgences fait l'objet d'une réflexion commune entre les équipes médicales et les infirmiers. L'objectif? Accélérer les délais de prise en charge des patients.

Le changement du chef du service des Urgences du CHT Gaston-Bourret, en 2015, a coïncidé avec la mise en place d'un projet de service qui a (re)mobilisé l'ensemble des équipes médicales et des infirmiers pour se préparer, au mieux, aux changements occasionnés par le transfert de l'établissement vers Koutio. Tout le processus des soins a ainsi été analysé comme aurait pu l'être un outil de production. L'objectif? Définir les flux de patients afin de rendre les Urgences plus fluides et accélérer les délais de prise en charge. «*Tout l'enjeu de cette réflexion était de faire cohabiter les soins prodigués au sein du CHT avec ceux non programmés via les Urgences. L'activité inhérente aux Urgences étant assez prévisible (en moyenne, sur l'année), l'objectif était d'adapter nos moyens aux besoins. Nous avons donc élaboré un nouveau protocole d'accueil des patients.*

*Ils seront désormais réceptionnés par une infirmière d'orientation dont la mission sera d'évaluer la gravité de leur cas, puis de les orienter vers l'une des filières de soins existantes selon une grille de tri précise,*» indique Julien Lebon, praticien hospitalier. Une grille qui compte trois niveaux : les urgences vitales, l'hospitalisation longue, «*grosse consommatrice d'avis de spécialistes*» et la filière courte qui concerne les petites traumatologies pouvant être gérées en moins de dix minutes.

### PLUS VITE ET DANS LE BON ORDRE

Pour accompagner ces nouvelles mesures, décision a été prise de déléguer certains actes infirmiers selon des protocoles de services automatisés, en partie grâce au développement du logiciel DX Care, et ce afin d'accélérer les premiers soins. L'idée

étant de ne plus attendre qu'un médecin se déplace jusqu'au box pour prescrire un antalgique et éviter ainsi un engorgement. Ces protocoles s'accompagnent d'une professionnalisation de l'accueil des urgences vitales avec la création d'une salle de déchocage Box 0 (la procédure de prise en charge des patients polytraumatisés ou en détresse vitale extrême), à Koutio. À cela s'ajoute la démutualisation d'une partie du SMUR qui permet déjà des départs plus rapides pour les urgences extrahospitalières, avec moins de désorganisation pour le service. «*Jusqu'à présent, le processus était mutualisé. Les médecins du SMUR, travaillant aussi au sein des Urgences, devaient procéder à la transmission des soins avant de partir en intervention. La mise en place d'une filière "Urgence vitale" recentre notre cœur de métier sur ces patients les plus graves qui représentent 6 % des cas annuels,*» ajoute Lucille Marie, urgentiste assistante.

# LA NUTRITION PARENTÉRALE À LA CARTE POUR LES NOUVEAUX-NÉS

Après les travaux transversaux d'un groupe institutionnel pluridisciplinaire créé en janvier 2014, la fabrication de poches de nutrition parentérale, pour la Néonatal, est désormais réalisée par le service Pharmacie. L'activité, qui fonctionne à plein régime, permet de subvenir aux besoins propres de chaque nourrisson. Du sur-mesure au jour le jour.

**H**giène, Biomédical, Service technique et bien sûr Pharmacie ont travaillé de concert pour évaluer les moyens matériels et humains à mettre en œuvre pour la réalisation de poches de nutrition parentérale selon les bonnes pratiques, et prendre les décisions adéquates en lien avec le service de Néonatalogie et les différentes directions. Aujourd'hui, ces poches, composées de plus de trente éléments, particulièrement compliquées à préparer puisqu'elles dépendent des besoins de chaque enfant, sont réalisées quotidiennement et à la demande. Grâce à l'installation récente d'un isolateur - enceinte de préparation entièrement stérile - de procédures qualité et sécurité optimales, la préparation des mélanges de nutrition parentérale à la carte devient une activité à part entière.

## CYCLE DE PRÉPARATION

« Cinq heures, c'est le temps moyen nécessaire consacré quotidiennement

à la préparation de ces poches sur mesure », précise Delphine Betton, pharmacienne et responsable du secteur. Au cours de la matinée, le médecin de Néonatalogie transmet sa prescription au service Pharmacie via le nouveau module informatique Accoss. Plus de feuilles Excel et de calculs manuels, les données sont calculées via un logiciel spécifique. Quelques minutes plus tard, la prescription et la faisabilité de la préparation sont validées par le pharmacien. À midi, le procédé de fabrication des poches peut alors débuter. L'isolateur, installé depuis le mois de février 2016, permet de réaliser des manipulations aseptiques, validées et contrôlées, dans un environnement stérile. Poches et seringues sont ensuite contrôlées du point de vue physicochimique et microbiologique. En milieu d'après-midi, le pharmacien possède toutes les informations nécessaires pour pouvoir libérer les poches. Ainsi, c'est à partir de 17 heures que le médecin peut administrer la nutrition à son patient. Un circuit rapide,



centralisé, informatisé qui confère une garantie de qualité, une sécurité microbiologique, une fiabilité des doses et un gain de temps considérable pour les IDE du service de Néonatalogie.

## ANTICIPATION POUR TOUS

Ce circuit transversal, qui n'existait pas, est une belle réalisation humaine et technique. Le maître mot de son succès repose néanmoins sur l'anticipation. En avril, trois-cent-trente-quatre poches et seringues ont été réalisées. À raison de vingt minutes par poche, le service Pharmacie est capable de produire 10 à 12 préparations par jour. Au-delà, le circuit s'échauffe et perd en efficacité. « C'est pourquoi les médecins doivent prescrire au plus tôt dans la matinée et transmettre leurs projections afin de lancer la procédure et anticiper les weekends et les jours fériés »,



## ILS ONT PARTICIPÉ

Au début du projet, les décideurs des services Néonatalogie, Pharmacie, Hygiène, DCS, DBRI, DG, Institut Pasteur, Biochimie et le Service technique se sont réunis régulièrement pour poser les bases de travail et prendre les décisions nécessaires. Depuis que l'activité est lancée, les services Néonatalogie, Pharmacie, Biochimie, soit environ une quinzaine de personnes, ont pris le relais au quotidien pour l'élaboration, la fabrication et la livraison de ces poches. Une chaîne de partenariat entre services intégrée et réussie.

explique Delphine Betton. Une gymnastique qui fait peu à peu son chemin dans les esprits, tant l'enjeu est de taille et surtout, tant il est au cœur des préoccupations de plusieurs services. Pour la docteure Nathalie Sigur du service Néonatalité, «cette activité transversale est une avancée majeure pour nos patients. C'était important de l'initier avant Koutio».

Alice et Sonia, préparatrices en pharmacie, en cours de réalisation, sous isolateur, d'une préparation pour nutrition parentérale.



## ➤ PROCHAINES ÉTAPES

«Tous les services concernés s'accordent sur le fait qu'il était nécessaire que cette expérimentation soit réalisée quelques mois avant le déménagement», confirme Pierre Pomarat, cadre de la Pharmacie. «En mars, nous avons vérifié le système. En avril, le pic de nourrissons nous a permis d'évaluer nos limites. Mai a été consacré au rééquilibrage et à la recherche de solutions potentielles en cas de fortes demandes. Nous serons rodés pour le Médipôle», conclut Delphine Betton. D'ici là, l'ensemble du travail sera présenté au CLAN (Comité de liaison en alimentation et nutrition). Un nouvel échelon pour ancrer durablement ce projet d'envergure et envisager une montée en puissance sur la Pédiatrie, voire sur l'adulte. À suivre de près donc.

# LUTTER CONTRE L'OBÉSITÉ CHEZ LES JEUNES

Accompagné par la direction du CHT, le service Pédiatrie a mis en place depuis fin 2014 un programme d'éducation thérapeutique destiné aux adolescents calédoniens en situation de surpoids ou d'obésité. Un pan ajouté au projet médical du service, qui correspond à une priorité.

Une étude réalisée en 2011-2012 par l'ASS-NC (agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie), auprès d'enfants scolarisés dans les écoles élémentaires et les collèges calédoniens, a montré que, parmi les jeunes préadolescents âgés de 12 ans, 22,5% étaient en surpoids tandis que 20,5% présentaient déjà une situation d'obésité. Cette situation alarmante (qui n'est pas une fatalité) est aujourd'hui une priorité de santé publique.

Le CHT, en collaboration avec l'ASS-NC, s'est totalement engagé dans cette démarche de prévention et de sensibilisation en favorisant, notamment, l'éducation thérapeutique. Le programme Pass'Ado NC, destiné aux adolescents, et dont l'objectif principal est la

stabilisation de leur poids, a été initié par la docteure Isabelle Missotte, chef du service Pédiatrie. Pour le mettre en place, chaque membre de l'équipe référente a obtenu une certification en éducation thérapeutique, formation en *e-learning* sur un an, montée en partenariat avec l'IFAP (Institut de formation à l'administration publique) et dispensée en trois sessions d'une semaine par un formateur venu de Métropole. Cette certification est obligatoire pour monter un tel projet.

## UNE PARTICIPATION ACTIVE

Le souhait de l'équipe, très engagée dans l'éducation thérapeutique à l'image de la cadre de santé Mayalen Burucoa, est d'impliquer à la fois l'adolescent et sa famille : « Le but est de les accompagner pour les aider à agir. La famille est donc



*Avec les adolescents, nous travaillons essentiellement sur la motivation. L'éducation thérapeutique est vraiment une autre approche dans les soins : la relation avec le patient est différente. Il y a des échanges, on essaie de l'amener à réfléchir, à faire des propositions : on est là pour l'aider à comprendre et l'accompagner.»*

Solenn Seité, diététicienne

*au centre de la prise en charge dès le début puis, au fur et à mesure que l'enfant grandit, il est de plus en plus impliqué.»* La vingtaine d'adolescents suivis, âgés de 11 à 16 ans, ont tous un indice de masse corporelle supérieur à 26. Leur particularité ? Ils ont déjà une pathologie associée ou un risque important de développer une pathologie associée à l'obésité. Pour les faire participer de manière optimale, il est essentiel d'apprendre à les connaître et de comprendre leur environnement. Solenn Seite, diététicienne, s'explique :



## PASS'ADO NC, LE PROGRAMME DES ATELIERS

### > Atelier Alimentation & Santé :

animé par la diététicienne, l'adolescent est sensibilisé sur le lien existant entre son alimentation et sa santé. Il apprend à gérer ses repas en fonction des situations. Les parents sont invités à y participer.

### > Atelier Spot du bien bouger :

la kinésithérapeute aide le jeune à changer ses habitudes et à se réapproprier son corps en intégrant les notions de plaisir dans l'activité et la gestion de l'effort, grâce une approche ludique.

### > Atelier Bien dans ma peau, Bien dans ma vie :

le jeune est guidé par la psychologue pour prendre conscience de son corps, en avoir une image positive et renforcer la confiance et l'estime qu'il a de lui-même.

### > Atelier parents :

destiné uniquement aux parents, les infirmières les accompagnent dans les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.

« Nous travaillons à partir d'un questionnaire sur leur milieu de vie, leurs habitudes, leurs moyens de déplacement pour aller au collège, leur emploi du



temps du mercredi, ce qu'ils mangent, qui cuisine, etc. » Cette phase de recueil de données, indispensable, se fait lors de rencontres individuelles avec chacun des membres de l'équipe : le médecin, l'infirmière, la kinésithérapeute, la diététicienne, et la psychologue.

Le bilan initial est donc la première étape du programme et permet d'identifier les leviers sur lesquels l'équipe pourra s'appuyer pour aider au mieux le jeune.

« Pour que l'éducation thérapeutique soit efficace, l'adolescent doit être réellement impliqué. » À ce titre, il est considéré comme un partenaire. Une fois cette phase terminée, l'équipe s'interroge sur la capacité et la volonté ou non de l'adolescent à intégrer le programme, avec l'appui de la psychologue. S'il n'est pas retenu, il pourra néanmoins bénéficier d'un accompagnement individuel.

## UN PROGRAMME ADAPTÉ

Une fois sa présence validée, l'adolescent participe à une formation initiale de deux jours : il suit des ateliers collectifs sur

l'alimentation et la santé, l'activité physique, sa relation au corps. Puis, pendant les vacances scolaires (soit 4 fois par an), il revient pour une journée de

suivi : il est invité à faire le point sur son alimentation, son activité et sa condition physique. Chacun reçoit un livret de suivi dans lequel il peut noter les ateliers qu'il a suivis, ce qu'il en a retenu, ses prochains rendez-vous de suivi, etc.

## LE CSSR, NOUVEAU CENTRE D'ACCUEIL

Jusqu'à présent, les ateliers et divers regroupements avaient lieu au centre Raoul-Follereau. Suite à sa fermeture, le CHT vient de signer une convention avec le centre de soins de suite et de réadaptation pour utiliser ses locaux, notamment la piscine. Il met également à leur disposition un professeur d'activités physiques adaptées. « Nous sommes très contents de ce partenariat, car une fois le déménagement à Koutio terminé, nous serons situés juste à côté. De plus, se retrouver dans un cadre autre que celui de l'hôpital permet aux adolescents d'apprécier ces temps de rencontre entre jeunes ayant les mêmes préoccupations... », conclut Mayalen Burucoa.



« Nous avons choisi d'aborder l'éducation thérapeutique par une approche ludique et aidons l'adolescent à se fixer des objectifs, même petits. L'essentiel est que le jeune puisse les atteindre. Prochainement, nous aimerions étendre le partenariat avec les infirmières des collèges pour offrir la possibilité à d'autres jeunes intéressés, d'y participer. »

Mayalen Burucoa, puéricultrice coordinatrice - cadre de santé

# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2015

## UNE ANNÉE DE TRANSITION

**Les années 2015 et 2016 sont des années de transition (faire vivre une ancienne structure et penser et organiser le Médipôle dans le même temps). Mais, comment avons-nous atteint nos objectifs? En particulier vis-à-vis des patients, de nos valeurs hospitalières basées sur l'humanisme ou encore de l'efficacité médicoéconomique?**

**Le rapport d'activité 2015 a été présenté par la direction générale au CA de l'Établissement. En voici les grandes lignes.**

### UN ENVIRONNEMENT FINANCIER PARADOXAL

En 2015, l'Agence de Santé de Wallis-et-Futuna n'a pas encore soldé sa dette. Celle de la CAFAT s'aggrave de mois en mois, impliquant une trésorerie gravement déficitaire et non régulée. Pour autant, dans le même temps, le cadre budgétaire de l'Établissement sécurise l'ensemble des projets et permet de préparer le Médipôle dans de bonnes conditions.

### LES PREMIÈRES ACTIONS DE RESTRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE

Ouverture du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (mai) : notre établissement s'est intensément investi pour en permettre l'ouverture. Notre collaboration trouve sa légitimité pour agir sur la saturation en lits et offrir à nos patients une réponse en lits d'aval. Pour autant, si l'effet a été rapide sur le taux d'occupation, il a tendance à s'estomper. Le retour des rééducateurs du CHT interroge sur les limites de la collaboration public-privé et va obliger le CHT à une très grande vigilance sur la gestion de cet établissement connexe. Fermeture du CMCP : sa longue préparation en amont, l'investissement de ses professionnels a permis de réussir l'opération.

L'ouverture de l'unité installée au CHS en 2016 a été plus longue que prévue afin de définir le projet médical. En effet, la fermeture du Centre Raoul-Follereau a dû être accélérée. L'Unité de Diabétologie et de Médecine polyvalente a donc dû être repensée et créée. Elle s'installera en 2016 dans les locaux du CHS qui a bien voulu encore nous accueillir.

### LE MÉDIPÔLE

Ces différentes ouvertures et fermetures font partie du projet global du Médipôle (mise en service confirmée en novembre 2016).

Le déménagement fin 2016 est impératif, pour des raisons :

- > Financières : la marche à blanc sans production de soins est coûteuse et n'apporte aucune plus-value pour les patients;
- > Techniques : les installations de Gaston-Bourret et de Magenta sont en fin de vie, elles sont maintenues au mieux pour éviter de devoir procéder à un investissement trop important. Un report du déménagement, toujours possible tant que les phases de qualifications ne sont pas passées, présente un risque important;
- > Humaines : tous les acteurs hospitaliers s'investissent depuis des mois dans le projet, avec un engagement constant, le report entraînerait un découragement nocif pour l'institution;



- > Médicales : la saturation de l'établissement, la modernisation des infrastructures, l'amélioration de la qualité de l'hôtellerie, la sécurité des soins exigent le transfert des patients le plus rapidement possible. Les derniers groupes de travail SOIHM sur le Médipôle ont terminé leurs travaux. La phase préopérationnelle a été lancée en particulier sur les achats d'équipement et le plan de maintenance. Compte tenu de l'autonomie de l'Établissement et de ses responsabilités, il est impératif que la maintenance et le site soient gérés en direct. La convention de transfert de gestion est venue valider cette orientation, en donnant au CHT les prérogatives et responsabilités

du propriétaire. La politique de maintenance a été validée par le conseil d'administration, les marchés ont été attribués pour la marche à blanc et la première année d'exploitation. La stratégie financière en vue du Médipôle pour les années 2016 et 2017 a été validée et confirmée par le Congrès de Nouvelle-Calédonie et le Gouvernement. Le projet du déménagement proprement dit a été lancé avec une assistance à maîtrise d'ouvrage par une société de conseil spécialisée dans ce type de projet.

privée de l'offre hospitalière. Les perspectives financières pour les prochaines années compte tenu de l'effort considérable de la collectivité pour le Médipôle entre 2016 et 2017, l'ouverture en 2017 du CHN et en 2018 de la clinique Île Nou-Magnin, sont plutôt négatives. Les perspectives économiques de la Nouvelle-Calédonie n'autorisent pas un plus grand optimisme. C'est la raison pour laquelle, la stratégie de l'Établissement doit être plus visible et renforcée. Il s'agira de faire mieux avec les mêmes moyens et optimiser.

hospitalisation à distance du plateau technique. Les tensions au sein du Bloc opératoire sont redevenues importantes. Les risques de son fonctionnement et de certains comportements nous ont obligés à centraliser sur une période limitée la direction du Comité de bloc. Des problèmes techniques sur la table d'imagerie interventionnelle, corrélés à une mauvaise évaluation d'une étude sur l'irradiation des patients - le niveau d'irradiation de nos patients était basé sur l'échantillon le plus haut d'une étude métropolitaine, non pas lié à l'installation

uniquement, mais surtout à leur IMC supérieur à l'échantillon métropolitain - nous ont obligés à suspendre l'activité de coronarographie pendant une longue période (évacuation de patients vers l'Australie). Cette crise nous a permis de revoir totalement notre pratique



Enfin, le Médipôle suppose une nouvelle organisation de la direction. Il fut utile de mettre en place un organigramme d'opération qui passe par la création d'une direction des services techniques et une coordination des projets.

## LE PROJET MÉDICAL

La CME a profondément travaillé sur les nouvelles orientations médicales en vue de l'élaboration d'un projet d'établissement qui doit être validé par les instances en 2016. Ce projet médical, concentré exclusivement pour 2016 et 2017 sur le Médipôle doit permettre le positionnement du CHT de 2018 à 2020 compte tenu de l'évolution publique et

## L'ACTIVITÉ MÉDICALE DU CHT TOUJOURS AUSSI DENSE

L'effet positif de l'ouverture des lits d'aval au CSSR a été réel seulement les premiers mois de mise en service. La gestion des lits est toujours complexe et la pression des urgences est importante. La revendication sur ce sujet de l'Intersyndicale n'a pas pu être mise en œuvre à la fois sur la création de lits supplémentaires au CHS gérés par le CHT et sur la partie parcours des patients et alternatives à l'hospitalisation. La définition du projet médical a été difficile à faire en raison des contraintes d'une

de radioprotection et de s'adjoindre les services d'un cabinet de radiophysique nous permettant de renforcer la sécurité des patients et du personnel.

## CERTIFICATION

Nous avons été certifiés avec quelques réserves dont les principales concernent le circuit du médicament et le Bloc opératoire. Pour ce dernier, le Médipôle la lèvera et un travail considérable est fait sur la prescription. Que les deux mille collaborateurs qui concourent à faire du CHT un établissement de soins de haut niveau et ambitieux pour les patients calédoniens soient remerciés du travail accompli.



# EN ROUTE VERS KOUTIO

Au 1<sup>er</sup> juin, 20 % des équipements biomédicaux étaient installés. Une avancée en accord avec le calendrier prévu et dont la cadence va augmenter au fil des semaines et des mois prochains. Zoom sur les dernières installations.

# LE MÉDIPÔLE S'ÉQUIPE

Des câbles sont tirés, des cartons se voient dans les salles en cours d'aménagement, des installations sont toujours entourées de leur emballage... le visiteur s'aperçoit rapidement que le Médipôle est encore en phase de chantier. Mais rien de plus normal à six mois du déménagement.

En revanche, d'autres signes ne trompent pas quant à l'approche de la mise en service. Les équipements biomédicaux neufs ne cessent d'arriver dans les murs de l'hôpital et trouvent peu à peu leur place.



SALLE DE REVEIL



LUMIERE BLOC



SIGNALÉTIQUE EXTERIEURE



BRAS VDI



# BLOC OPÉRATOIRE : LA SALLE 5 AMÉNAGÉE EN BLOC TÉMOIN



Dans la salle 5 - salle de bloc placée en surpression -, quatre bras articulés sortent désormais du plafond, comme d'impressionnantes rallonges électriques et médicalisées.

## > UN BRAS SURGIRIS POUR LES ÉCLAIRAGES OPÉRATOIRES.

Ces dispositifs lumineux ont été choisis pour disposer de lumières qui s'adaptent à la situation, aux besoins et aux habitudes des chirurgiens. La température de couleur est variable, plus blanche et froide ou plus rouge et chaude par exemple. Par ailleurs, les lentilles de Fresnel qui entourent chaque diode permettent de limiter au maximum les ombres, donc d'éviter toute limitation de visibilité pour le chirurgien et son assistant, et de voir jusqu'au fond de la cavité.

## > UN BRAS DE CHIRURGIEN MAQUET.

Y seront installés le bistouri électrique ou de thermofusion, mais aussi un ordinateur et le matériel nécessaire à l'intervention, le tout parfaitement mobile et confié aux soins d'un IBODE.

## > UN BRAS D'ANESTHÉSIE MAQUET.

Situé au niveau de la tête du patient, il est également mobile et dispose de toutes les sorties de fluides médicaux nécessaires. Respirateur et ordinateur seront également disponibles sur ces bras laissés entre les mains d'un IADE.



## > UN BRAS MULTIMÉDIA (OU VDI POUR VOIX DONNÉES IMAGES) MAQUET.

Équipé de deux écrans de 22 pouces, ce bras va permettre de piloter les images depuis un ordinateur dont s'occupera un IBODE. Le premier écran pourra montrer les images déjà existantes et issues du réseau d'imagerie de l'hôpital, le second étant un report des images issues de la colonne de coelioscopie.



## ➤ LA SALLE DE RÉVEIL ET SES COLONNES

18 postes de réveil étaient en cours d'installation dans les premiers jours de juin avec 8 colonnes doubles et 2 colonnes simples. Signées Surgiris, ces colonnes fixées elles aussi au plafond permettront de disposer des arrivées de fluides médicaux, de prises électriques et de tablettes fixées sur des tubes inox permettant de mettre en place les équipements nécessaires selon les besoins des services.



## LA RÉANIMATION : POUR CORRESPONDRE AUX SOIGNANTS

Dans chacune des 25 chambres de Réanimation, seront installées deux colonnes dont l'équipement a été positionné avec précision selon les recommandations d'un groupe de professionnels. Infirmiers, médecins réanimateurs et cadres infirmiers ont en effet déterminé la configuration exacte des équipements de la colonne, supports de perfusion, de respirateur, de moniteur de surveillance et d'ordinateur et blocs de tiroirs.

## LA STÉRILISATION A SES CABINES DE LAVAGE



Deux cabines de lavage de 4,8 m<sup>3</sup> sont désormais installées dans la salle de stérilisation. Elles permettront d'y placer un chariot entier chargé de *containers*, de sabots, d'instrumentation médicale. La technologie choisie avec eau adoucie, eau osmosée, eau de rinçage préchauffée, permettra des cycles de lavage efficaces et courts (une quarantaine de minutes). Ces cabines sont une première sur le Territoire et une exception dans les établissements

français. Elles doivent en effet avoir été prévues puisqu'elles demandent un décaissement et de la place. Les cabines seront complétées par 3 laveurs-désinfecteurs et 5 stérilisateur à vapeur d'eau.



## LES SALLES DE RADIOLOGIE EN COURS DE PRÉPARATION

Si les équipements de la Radiologie ne sont pas encore installés, les salles sont en cours de préparation. Exception faite de la table qui sera fixée au sol, tout le reste - arceau avec capteur plan et tube à rayons X, écrans - trouvera appui sur des rails bien spécifiques installés au plafond, des rails Halphen en forme de H qui permettront de disposer d'outils mobiles et d'un espace au sol parfaitement dégagé. Et l'aménagement préalable est complexe : le faux-plafond a été enlevé, les anciens rails descendus, les caissons de ventilation déplacés avant de poser les fameux rails. Le plafond doit ensuite être replacé et les éclairages repositionnés.

## LA SIGNALÉTIQUE EN PLACE

S'il ne s'agit pas d'équipement biomédical, la signalétique n'en est pas moins indispensable pour se repérer dans les longs et multiples couloirs et entre les différents services du Médipôle. Les panneaux sont désormais largement installés.



## CERTIFICATION

# «COMPTES QUALITÉ» : DE NOUVEAUX OUTILS EFFICACES POUR LA SUITE DU TRAVAIL

Alors que la marche vers Koutio nous mobilise prioritairement, le CHT vient d'être certifié V3 avec suivi. Ce travail avec la HAS (Haute autorité de la santé), impulsée dès 2003, se poursuit activement. Jean-Marc Renais, chef du service Qualité et gestion des risques, revient sur la mise en place des comptes Qualité, les nouveaux outils d'évaluation pour la «V4» et les actions menées.



*Dre Rachel TRONCIN, Dre Émilie BOUISSOU,  
Tanja BULTE, Cathy ABDICHE,  
Gina CARPENTIER et Mélina MICHALITSIS,  
au travail sur le compte  
Qualité « Naissance »*

Dans la certification précédente, le CHT a travaillé sur les pratiques exigibles prioritaires (PEP), pour lesquelles il était demandé, à tous les centres hospitaliers certifiés, de porter une attention particulière. Dans la certification V4, ces PEP deviennent des «comptes Qualité».

Ils répertorient quinze thèmes de dysfonctionnement majeurs, identifiés de manière récurrente dans l'ensemble

des centres hospitaliers investigués par la HAS.

Chaque thème faisant l'objet d'un groupe de travail, ce sont donc quinze groupes de travail qu'il faut mettre en place sur les deux années à venir pour travailler activement sur l'ensemble de ces sujets.

## OBJECTIFS ?

Ces quinze thématiques, analysées dans tous les centres hospitaliers certifiés, ont

pour chaque établissement des niveaux de criticité et des niveaux de maîtrise qui diffèrent.

Les comptes Qualité consistent donc à identifier pour chaque thème une liste de risques associés. Ces risques sont ensuite évalués par le groupe de travail. On mesure ainsi leur gravité potentielle, leur fréquence et le niveau de maîtrise de l'établissement face à ces risques. En combinant ensuite ces diverses données, le niveau de criticité du risque est évalué.

Les risques les plus critiques pour chaque thème pourront donc ainsi être identifiés par chaque groupe de travail. L'idée étant qu'un risque à criticité élevé et niveau de maîtrise faible doit impérativement faire l'objet d'actions correctives par le CHT pour éviter au maximum la survenue d'accidents ou de dysfonctionnements majeurs.

## SCÉNARIO

Dans le contexte du déménagement, les comptes Qualité sont déployés en plusieurs vagues. Amorcée en mars 2015, la première concerne :

- > La gestion du risque infectieux,
- > Le droit des patients,
- > La prise en charge de la douleur,
- > La prise en charge et les droits du patient en fin de vie,
- > La prise en charge médicamenteuse du patient,
- > La prise en charge des activités à risques :
  - l'endoscopie
  - la salle de naissance

Les groupes se composent d'experts du sujet, de professionnels concernés par cette thématique tant médicaux que paramédicaux. Au total, ce sont cinq et sept professionnels qui se rencontrent jusqu'à fin septembre, à une fréquence moyenne d'une réunion mensuelle. L'identification des risques les plus critiques de l'établissement ainsi que leur niveau de maîtrise sera alors réalisée et donnera lieu à la mise en œuvre d'un plan d'action.

À compter d'octobre 2016 et ce jusqu'en avril 2017, ces plans d'action seront mis en sommeil pour permettre à chacun de se familiariser avec ce nouvel environnement et les nouvelles organisations du Médipôle; pour mieux reprendre lors du deuxième trimestre 2017 avec le déploiement de la deuxième vague.



## CERTIFICATION : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

En novembre 2014, date de la dernière visite de la HAS pour la troisième certification « V3 », le CHT a été certifié avec suivi.

Quatre critères ont fait l'objet d'une réserve sur les quatre-vingts critères investigués par les experts visiteurs :

- > La prise en charge médicamenteuse du patient,
- > L'organisation du bloc opératoire,
- > La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé,
- > L'information du patient en cas de dommages liés aux soins.

## DES ACTIONS TRANSPARENTES POUR LA HAS

Pour chaque compte Qualité, l'ensemble des plans d'action mis en place est régulièrement communiqué à la HAS. Grâce à un logiciel dédié, les actions sont répertoriées et expliquées en ligne, en temps réel.

Ainsi, le CHT peut montrer de façon quotidienne, en toute transparence et parfaite lisibilité, l'amélioration de ses pratiques, son implication et son travail sur le sujet primordial qu'est la Qualité.

Pour lever ces réserves, le CHT a adressé à la Haute autorité de santé, le 26 avril 2016, un rapport de suivi faisant état des actions mises en place à la suite des remarques de la HAS ainsi que des futures améliorations prévues dans le cadre du Médipôle.

L'aménagement du nouvel hôpital permettra de lever automatiquement certaines réserves notamment celles liées aux locaux et en premier lieu aux blocs opératoires.

Avec un cycle de certification régulier de quatre ans, il convient dès maintenant de se préparer à la certification « V4 » qui se déroulera en novembre 2018, en incluant le déménagement vers Koutio et ses implications.

## LES QUINZE THÉMATIQUES DES COMPTES QUALITÉ

Management de la qualité et des risques	Prise en charge et droits des patients en fin de vie
Qualité de vie au travail	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
Gestion du risque infectieux	Prise en charge médicamenteuse du patient
Droits du patient	Prise en charge des urgences et des patients non programmés
Parcours du patient	Management de la prise en charge du patient au Bloc opératoire
Prise en charge de la douleur	Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risques : <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Endoscopie,</li> <li>&gt; Salle de naissance,</li> <li>&gt; Imagerie interventionnelle</li> </ul>
Gestion du dossier du patient	Gestion du système d'information

# LE SICS : UN OUTIL INDISPENSABLE POUR GARANTIR LA CONTINUITÉ DE SERVICE


Démarrage de la nuit, dans le bureau de gestion des flux : Lucile Guillot, infirmière, attend son affectation, en compagnie des cadres (Médecine, Chir et Urgences).



Créé il y a une vingtaine d'années, le Service Infirmier de Compensation et de Suppléance (SICS) a pour fonction de pallier les absences inopinées d'agents dans les services de soins. Une brigade polyvalente, prompt à intervenir en quelques minutes, et qui a ouvert ses portes à l'OB, à l'occasion d'un récent service de nuit...

Deux équipes composent le SICS : l'une évolue en journée, l'autre de nuit, de 18 h à 7 h. Dans un cas comme dans l'autre, les membres du SICS n'apprennent leur affectation que quelques minutes avant de prendre leur poste. Lors d'une brève réunion, un cadre de Médecine et un cadre de Chirurgie décident de l'affectation en fonction des aléas du jour. Le protocole de prise

de décision est bien identifié, comme le souligne la cadre de Chirurgie présente ce soir-là : « Par ordre décroissant, on active en premier lieu le personnel du SICS présent (2 infirmières ce soir-là). La priorité va aux Urgences. S'ils ont besoin de quelqu'un, ils sont "servis" en premier. Si le personnel du SICS ne suffit pas pour assurer la continuité de service, on passe à la phase de mutualisation, en utilisant un éventuel sureffectif dans tel ou tel service. Enfin, si nécessaire, on

**LE SICS** 

- > 12 infirmiers
- > 9 aides-soignants

Intervenant dans tous les services de soins, à l'exception de la Réanimation et des Soins intensifs

active le plan B! Nous faisons alors appel à du personnel qui s'est inscrit pour d'éventuelles heures supplémentaires.»

## UNE GAGEURE PARFOIS

Un objectif : être en mesure de garantir la continuité de service auprès des patients. Et c'est loin d'être une gageure comme le souligne cette même cadre : « En particulier du vendredi au dimanche ! » Le SICS constitue donc une nécessité

Lucile Guillot a été affectée au service de Chirurgie orthopédique. L'infirmière de jour dispose d'une demi-heure pour lui transmettre les informations sur ses nouveaux patients.



absolue afin de disposer de personnel, de jour comme de nuit. L'exigence de la mission impose de recruter uniquement du personnel doté d'une expérience minimum de deux ans. À cette expérience initiale s'ajoute une période de formation de deux semaines : l'une en Médecine et Chirurgie à Gaston-Bourret, l'autre à Magenta en Néonatal et en Pédiatrie.

## POLYVALENCE

«J'ai déjà travaillé dans huit services différents, mais c'est aux Urgences que j'ai passé le plus de temps» commente Lucile Guillot, au SICS depuis environ quatre mois. Comme le souligne Mauricette L'Hôtellier, cadre de santé du SICS, «Ce n'est pas une expérience facile; cela demande une très grande capacité d'adaptation. On peut très bien être amené à travailler dans un service et ne plus y revenir avant deux mois.»

Vient l'heure de la relève. La collègue de Lucile, qu'elle ne connaît donc pas ou peu, va prendre une bonne demi-heure pour évoquer les 14 patients présents ce soir-là. Une relève qu'Anne-Sophie Morillon veut particulièrement "soigner" : «Ça prend forcément un peu plus de temps. Je me pose plus de questions et veille à donner plus d'informations que je ne le ferais naturellement avec une collègue habituelle. Mais j'ai fait du "pool" en Métropole (l'équivalent du SICS...); je sais donc bien ce que c'est!»

## RÉACTIVITÉ

Lucile n'est cependant pas inquiète; elle a «pris le pli», ajoutant : «c'est sûr que la relève, ça mobilise le cerveau. Il faut enregistrer très vite beaucoup d'informations, être concentré. Cela dit, nous avons des notes précises à notre disposition.» Par ailleurs, Lucile sait pouvoir compter «sur un collègue qui connaît le service. Et, la nuit, on a plus de temps devant soi pour appréhender les dossiers. En journée, entre les va-et-vient, les pansements, les entrées, c'est plus technique, plus dense. C'est vraiment plus chaud !»

Il faut rapidement prendre connaissance des dossiers des patients.



Lucile fait connaissance avec l'équipe du service qui sera de garde cette nuit-là.



Lucile doit rapidement trouver ses marques. Elle peut compter sur l'expérience de Juliette Koroma, l'aide-soignante du service.



## ➤ LE REGARD D'UN ANCIEN DU SICS...

Lionel Arrué, infirmier au service de Chirurgie orthopédique, a travaillé plusieurs années pour le SICS, à son lancement. Il est donc bien placé pour évoquer son fonctionnement : *« C'est une façon de travailler qui est forcément différente quand nous devons travailler avec quelqu'un du SICS, mais nous avons l'habitude et c'est à nous d'être à leur disposition. À nous de faciliter la prise de marques pour nous assurer que les patients ne souffrent pas de cette situation. »*

*« En Ortho, nous avons du matériel bien spécifique pour assurer la position de certains patients et dont l'usage nécessite un savoir-faire particulier. Il est normal qu'une personne du SICS affectée sporadiquement n'ait pas les mêmes réflexes que le personnel permanent. »*

Cela étant, Lionel rappelle ce qui, selon lui, constitue le socle identitaire du personnel du SICS : *« La plus grande difficulté n'est pas technique, c'est de s'adapter humainement, notamment vis-à-vis des différentes pathologies auxquelles les patients sont confrontés ; lesquelles diffèrent considérablement d'un service à l'autre. »*



## ➤ RETRAITE EN VUE POUR MAURICETTE !



Mauricette L'Hôtellier est l'une des cadres de santé affectée au SICS. Durant son service, elle assure également l'encadrement de nuit de l'établissement. *« La nuit, je suis un peu le délégué du directeur. Je dois prendre en compte l'éventuel absentéisme et surtout effectuer la gestion des lits en liaison avec le service des Urgences »*. Un poste placé au carrefour de tous les services composant la structure hospitalière et qui lui plaît.

Le 1<sup>er</sup> novembre prochain, Mauricette pourra dignement fêter son départ à la retraite qu'elle a bien méritée. Fin 2010, en effet, Mauricette était convaincue que l'heure de la retraite avait sonné : *« Théoriquement, je devais partir à la retraite à 60 ans, mais on m'a alors informée qu'il me manquait des trimestres pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Le souci était que j'avais déjà effectué la passation avec mes collègues au sein de l'établissement hospitalier où j'exerçais, à Saint-Nazaire ! C'est ainsi que je me suis retrouvée à Nouméa début 2011 »*.

Des regrets ? *« Non, même si j'aurais aimé étrenner les nouveaux locaux du Médipôle. Ce sera forcément une belle aventure pour ceux qui auront cette chance. Et puis, j'ai choisi de rester ici ; ma fille et deux de mes petits-enfants m'ayant rejointe dans l'intervalle. »*

# DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE : UN SERVICE AU CŒUR DES SERVICES

Mis en place voilà 20 ans, le département d'Information médicale (DIM) est au cœur d'enjeux majeurs pour le CHT. Chargé de différentes missions, il évolue en permanence dans un difficile équilibre.

Recueillir les données d'activité des différents services, contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients, garantir le secret médical dans un environnement de plus en plus connecté, préserver la déontologie de l'activité... Les objectifs sont complexes, mais cruciaux.

1re partie de la présentation des missions du DIM.

## LE PMSI, PROGRAMME DE MÉDICALISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION

Outil le plus ancien géré par le DIM, le PMSI se veut un outil recueillant les données de l'activité médicale réalisée, des diagnostics posés lors d'une hospitalisation aux actes techniques effectués. « Les bases de données ainsi constituées permettent de décrire et de savoir ce que l'on fait sur le long terme. Nous ne faisons que constater une activité réalisée pour la rapprocher des moyens mis en œuvre. L'outil n'a pas pour vocation d'évaluer directement les besoins de la population ou la qualité des soins dispensés », précise Shirley Gervolino. Fort de vingt ans de fonctionnement, le PMSI est aujourd'hui une base de données particulièrement riche que le DIM cherche à toujours optimiser. L'outil ne va certes pas jusqu'au

financement de l'établissement – ce qui était l'objectif métropolitain –, mais permet néanmoins de visualiser l'évolution des pratiques, l'impact et l'utilité des nouvelles techniques mises en œuvre et, si besoin, d'aider les instances dans des prises de décisions stratégiques pour l'Établissement. Il peut être utile à plusieurs niveaux :

> **Territorial** : plusieurs années de données offrent un panorama intéressant des activités et de leur impact sur la population. Des réflexions ont ainsi pu être menées par la DASS-NC afin de déterminer les activités qui pourraient être réalisées sur les hôpitaux du Nord et celles qui seraient en compétences partagées avec le Médipôle.

> **Interétablissement** : le PMSI a pu fournir quelques données aux médecins du CHT travaillant au CSSR. Les médecins rééducateurs ont ainsi bénéficié des tableaux de bord issus du PMSI afin de déterminer le profil des patients qui seraient accueillis au sein de la structure.

De gauche à droite : Diana Belouma, Shirley Gervolino, Isabelle Suta, Valérie Quenneville.



> **Intraétablissement** : en se basant sur des données synthétiques révélant plusieurs années d'activité, le CHT a ainsi la possibilité de faire des choix politiques, stratégiques, financiers. « Le projet médical est revu tous les 5 ans. Le PMSI permet d'appuyer des orientations, d'aider à une meilleure organisation des soins, de justifier des choix, d'argumenter en faveur du développement de filières spécifiques... »

> **Individuel** : les données, rendues anonymes avant toute exploitation, peuvent enfin être d'une aide précieuse lors de travaux de recherche, de travaux universitaires, de thèses.

## LES ARCHIVES

Le premier axe en matière d'archives consiste en une gestion quotidienne des dossiers papier accumulés au fil des décennies. Le stockage demande une importante organisation avec deux zones principales, l'une à Gaston-Bourret de





## ➤ L'ÉQUIPE DU DIM

Pour gérer l'ensemble de ces missions, le DIM est composé de :  
> **2 médecins** (1,5 équivalent temps plein pour le CHT, et 0,5 ETP mis à la disposition de la clinique pour la mise en place de son PMSI)

> **1 cadre de santé**

> **3 techniciennes** (pour 4 postes) pour le PMSI

> **1 technicien** exclusivement dédié à l'identitovigilance

> **3 secrétaires** et **2 manutentionnaires** pour les archives

> **3 référents infirmiers** et **2 référents secrétaires** pour le DPI

350 m<sup>2</sup>, l'autre à Magenta de 550 m<sup>2</sup>. S'ajoutent des sous-sols de Magenta, les secrétariats... Finalement, en empilant les dossiers, ce ne sont pas moins de 6 km de papiers qui sont ainsi à gérer ! À l'aube de l'entrée au Médipôle qui ne disposera pas de local sur place dédié aux archives, la numérisation de ces documents est un enjeu majeur pour avoir un maximum de dossiers à portée de main, sur ordinateur. «*La numérisation se fait de manière orientée en agissant d'abord sur les dossiers actifs, les patients chroniques*», décrit la chef du service du DIM. À l'heure actuelle, nous en sommes à quelque 8000 dossiers numérisés». Un choix pertinent puisque, après un an de numérisation, 40% des dossiers papier demandés ont déjà migré vers la base informatique.

Retrouver l'ensemble de la présentation des missions du DIM sur Intranet. Ou lire la 2<sup>e</sup> partie de cette présentation dans OB de fin septembre.

## ➤ L'HISTOIRE

Deux décennies en arrière, en Métropole, le législateur crée le DIM pour accompagner et cadrer l'informatisation des établissements hospitaliers. Ce service médical, prévu dans le Code de la Santé publique, bénéficie d'un statut particulier : les médecins qui y sont attachés disposent du droit de consulter des dossiers médicaux de patients qui ne relèvent pas de leurs soins. «*Il s'agit d'une dérogation légale assortie d'un état d'esprit particulier*», résume Shirley Gervolino, chef de service du DIM au CHT. *L'activité du département a besoin d'être cadrée afin d'assurer ses différentes missions dans le respect du secret médical et de la déontologie inhérente au secteur de la santé*». Un enjeu majeur alors que les technologies ne cessent d'évoluer, que les établissements hospitaliers sont de plus en plus connectés, les parcours de soins tracés et que l'on cherche constamment à améliorer les pratiques.

Pour donner au DIM sa ligne de conduite et son cadre d'action, un collège d'information médical existe au sein de l'hôpital calédonien. Constitué de médecins et de représentants des différentes directions, il est l'instance garante d'un fonctionnement efficace et sain, pour les patients autant que pour les soignants. «*Il décide par exemple des règles de transmission des informations recueillies par les outils et disponibles dans différentes bases de données*». Un rôle majeur alors que, peu à peu, chaque décision prise et chaque acte réalisé trouvent leur place dans un fonctionnement numérique et dématérialisé.

# ZOOM SERVICE

## LE DAMSP (MAGENTA)

Le dispositif d'actions médicosociales précoces (DAMSP) s'adresse aux enfants de 0 à 6 ans, en situation de handicap ou présentant un retard de développement.

Ses missions : dépistage, soutien et accompagnement des enfants et de leur famille.

Le DAMSP a pour projet d'évoluer vers un centre de soins qui permettra de dispenser des prises en charge thérapeutiques, sociales et de rééducation.

Une entité que l'OB vous propose de découvrir ou redécouvrir.



Avec ses quatre pavillons disposés autour d'un jardin d'enfants, le DAMSP semble être un havre de sérénité dans l'enceinte de l'hôpital de Magenta. Créé en 2008 sous la pression des associations de parents d'enfants handicapés confrontés à des problématiques de suivi et à la complexité des démarches à faire, le DAMSP est aujourd'hui identifié comme l'un des organes essentiels pour dépister les difficultés de l'enfant, venir en aide aux familles et les soutenir dans leur quotidien. Inscrit dans la continuité de prise en charge des enfants suivis au CHT Magenta, le service sera prochainement transféré à Koutio. Le dispositif s'inscrit également au sein

d'un réseau extrahospitalier qui regroupe les partenaires médicaux, paramédicaux, socioéducatifs, scolaires et associatifs du Territoire.

### SES MISSIONS

« Nous suivons des enfants présentant tout type de handicap, en collaboration étroite et déjà bien établie avec les services du CHT (Néonatalogie, Pédiatrie, Rééducation fonctionnelle, ORL et OPH), mais également du CHS avec les services de Pédopsychiatrie (centre médicopsychologique de la vallée du Tir et de Koutio) qui prennent en charge le handicap psychologique », explique Mayalen Burucoa, cadre de santé et coordonnatrice du service.

Lorsqu'une famille contacte le DAMSP (orientée soit par un médecin, un professionnel de santé, une crèche ou une école), elle est tout d'abord accueillie pour faire le point sur ses inquiétudes, ses questions et ses attentes.

Le bilan initial est ensuite réalisé en fonction des difficultés de l'enfant, par un ou plusieurs professionnels de l'équipe pluridisciplinaire composée de douze spécialistes : médecins, psychologue, personnel social, paramédical et de rééducation.

En fonction des besoins identifiés, une aide appropriée aux besoins de l'enfant est proposée et discutée avec les familles qui sont au centre de la prise en charge de leur enfant.

Le projet d'accompagnement



## EN CHIFFRES

**En 2015, parmi les 687 enfants ayant bénéficié de bilans de dépistage, 117 ont été suivis régulièrement.**

*et de soulager les familles»,* commente Mayalen Burucoa.

## UN TRAVAIL DE TERRAIN

Le DAMSP est une structure souple et mobile qui permet aux intervenants de travailler sur le lieu de vie de l'enfant. Les spécialistes se déplacent à domicile, en crèche ou bien à l'école, pour observer et rencontrer l'enfant et sa famille, mais aussi pour soutenir les équipes de proximité qui travaillent au quotidien avec eux.

Aller à la rencontre de l'enfant sur son lieu de vie est primordial pour comprendre le cadre dans lequel évoluent l'enfant et sa famille afin d'apporter des réponses adaptées. «*Les parents s'engagent dans un combat pour l'enfant. Souvent l'équilibre de la cellule familiale repose sur ce combat et seul le quotidien fait avancer*», analyse la coordinatrice. Ainsi, la communication avec les familles demeure essentielle. Venir à eux fait partie de la thérapie. Dans la même idée, chaque mois, le DAMSP propose des groupes de parole aux familles, ce qui leur permet d'échanger et de partager leurs expériences; une façon de se sentir moins isolées face aux difficultés quotidiennes.

personnalisé qui en découle est ensuite coordonné et évalué régulièrement par toute l'équipe. Un important travail est mené en parallèle avec les structures partenaires de la petite enfance pour permettre la socialisation, la scolarisation si possible ou l'accueil en établissements spécialisés gérés par les associations (Association Calédonienne des Handicapés, Maison Gabriel-Poëdi, Institut Médicoéducatif...). «*Nous travaillons par exemple en étroite collaboration avec certaines crèches de Nouméa et du Grand Nouméa pour accueillir les jeunes enfants (de moins de 6 ans) ayant des besoins spécifiques et nécessitant une attention plus importante. Ceci leur permet de bénéficier d'un environnement stimulant*

# EN VUE D'UN CAMSP (CENTRE D'ACTIONS MÉDICOSOCIALES PRÉCOCES)

**A** ce jour, le dispositif n'est pas habilité à prodiguer des soins. « Si l'enfant montre des besoins en rééducation : kinésithérapie, orthophonie... nous orientons la famille vers nos partenaires libéraux qui ne sont parfois pas assez nombreux ou qui ne sont pas habitués à la prise en charge du jeune enfant. Nous souhaiterions pouvoir offrir, aux enfants suivis dans la file active, une prise en charge globale faite par une équipe pluridisciplinaire et spécialisée » explique la coordinatrice. C'est pourquoi toute l'équipe s'est mobilisée sur demande de la Direction du CHT, pour travailler sur un dossier qui sera déposé au COSS (comité d'organisation sanitaire et sociale) de la DASS-NC afin d'obtenir l'accréditation CAMSP. La prise en charge deviendrait globale et serait organisée autour d'un projet individualisé, comprenant les soins, la rééducation, un accompagnement

socioéducatif et un soutien psychologique.

## APRÈS 6 ANS...

Le relais de prise en charge pour les enfants âgés de plus de 6 ans n'est pas structuré actuellement. Le projet de création d'une équipe mobile de rééducation a été présenté à l'équipe de direction du CHT. Sa mission principale serait de faciliter la sortie de Pédiatrie en anticipant les démarches pendant l'hospitalisation, de rechercher et de s'appuyer sur les partenaires libéraux proches du lieu de vie de la famille pour la mise en place de la rééducation. La coordination du projet serait faite par cette même équipe. Cette évolution est une étape importante pour ce service, suite logique pour l'organisation de la filière pédiatrique, en vue du déménagement vers le Médipôle. Là, le dispositif sera situé dans un

bâtiment indépendant, non loin des services de Néonatalogie et de Pédiatrie, ce qui permettra la continuité de l'organisation actuelle du dépistage des enfants « à risques » initiée par le docteur Moulies, chef du service de Néonatalogie. Ce suivi rapproché des enfants s'articule autour du suivi médical, mais également de la surveillance de leur développement grâce aux différents bilans réalisés (psychomoteur, orthophonique, orthoptique) tout au long de leurs 2 premières années.

## LA SITUATION ÉVOLUE

Si la loi sur le handicap de 2009 a permis de faire évoluer la réglementation, les axes prioritaires d'intervention restent à définir pour chaque région et territoire. « C'est dans ce contexte que nous travaillons actuellement avec le Gouvernement et les partenaires pour élaborer un schéma directeur du handicap et de la dépendance », commente Mayalen Burucoa. Le but ? Faire un diagnostic complet des besoins et de la localisation des personnes en situation de handicap vivant sur le Territoire. Cet état des lieux devrait permettre de déterminer les priorités et de mettre en place une politique globale, claire et adaptable aux réalités du terrain. « Actuellement, certains enfants handicapés sont isolés, sans possibilité de prise en charge à proximité de leur lieu de vie ; certains n'ont pas de place dans les institutions spécialisées », conclut-elle. Une situation vécue comme intolérable par les familles, qui attendent de ce schéma directeur, dont les conclusions sont attendues pour fin janvier 2017, une amélioration de leur quotidien et du projet de vie de leur enfant.



## L'ÉQUIPE

Rachel Sowikromo	Secrétaire médicale
Dr Gérard Gonzalez	Médecin Rééducation fonctionnelle
Dre Isabelle Missotte	Médecin pédiatre
Dre Marie-Ève Moulies	Médecin pédiatre Chef du service Néonatalogie Magenta
Dre Véronique Grézard	Médecin ORL - Audiophonologue
Priscilla Robson	Assistante sociale
Évelyne Wiako	Éducatrice spécialisée
Claire Boucherie	Éducatrice spécialisée
Anne Missotte	Ergothérapeute
Francine Dubois-Beauchêne	Orthophoniste
Rachel O'Connor	Orthoptiste
Sophie Portal	Psychologue
Hélène Dehesdin	Psychomotricienne
Mayalen Burucoa	Puéricultrice - Coordinatrice

# LES INFOS DU CESU

Retrouvez chaque trimestre dans l'OB les informations du Centre d'enseignement des soins d'urgence et le planning des formations à venir.



**La semaine du 23 au 27 mai 2015, a eu lieu la 7<sup>e</sup> formation GUMI : gestion des urgences en milieu isolé. Une formation cruciale, pour la bonne prise en charge des victimes en situation d'urgence.**

Cette formation d'une durée d'une semaine consiste en une revue théorique, mais surtout pratique de l'ensemble des situations d'urgence auxquelles peuvent être exposés les professionnels des centres médicosociaux des 3 provinces. Les urgences vitales, mais aussi les urgences potentielles, dans toutes les spécialités, sont explorées. Cette formation, très axée sur la pratique, suit la montée en puissance de la simulation médicale dans le monde entier, comme elle existe depuis longtemps dans certaines spécialités comme l'aéronautique.

## REVOIR L'ENSEMBLE DES GESTES ET PRATIQUES

Même si l'objectif de la simulation est de ne pas pratiquer les gestes sur le patient la première fois, elle permet aussi, comme ici, de maintenir des acquis, d'en approfondir certains, de conserver la maîtrise de ces gestes malgré le peu de pratique et de mettre à jour ses connaissances afin d'améliorer la qualité des soins, mais aussi la sécurité des patients.

Le clou de cette semaine de formation est toujours l'exercice commun effectué avec les sapeurs-pompiers des localités où se déroule la formation, à savoir la désincarcération de deux victimes d'un véhicule. Cet exercice améliore les relations entre professionnels, mais aussi la gestuelle des manœuvres et la connaissance des mesures de sécurité.

## DYNAMISER LES ÉQUIPES ISOLÉES

Cette formation créée par le CESU988, à la demande des Provinces, génère le plus souvent une dynamique dans chaque centre, aux dires des stagiaires eux-mêmes. Des exercices sont ensuite organisés dans les équipes, mais aussi avec les sapeurs-pompiers dans certains dispensaires. C'est ce mouvement qui a permis aux pratiques de notablement évoluer.

## ➤ À RETROUVER ONLINE

L'exercice de ces 23 au 27 mai a été filmé par une équipe de NCTV et est disponible sur le site de NCTV, comme sur la page FACEBOOK de NCTV

# VERS UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Cuisiniers, personnel paramédical, médecins, soignants et diététiciennes... tous sont concernés par la prise en charge nutritionnelle des patients, un soin à part entière qui fait l'objet d'une Journée Nationale de l'Alimentation à l'Hôpital, relayée sur le Territoire.



Une partie des membres du CLAN.

Le 30 juin, les hôpitaux, les cliniques et les structures médicosociales ont servi le même menu pour le déjeuner des patients. Organisée dans le cadre de la Journée Calédonienne de l'Alimentation à l'Hôpital, cette opération fait écho à la Journée Nationale de l'Alimentation à l'Hôpital déclinée sur le Territoire depuis 2013. Elle a pour but de sensibiliser les professionnels à l'importance de l'alimentation en tant que soin et de modifier le regard des patients. Cette journée est organisée par l'Association Nutrition et Alimentation

NC qui regroupe tous les établissements de soins (CHT, CHS, CSSR, CHN, cliniques et RESIR) et a pour ambition de travailler en réseau nutrition interhospitalier. Ses objectifs? Homogénéiser les pratiques, proposer des formations sur les textures aux agents de restauration et lever des fonds afin de mener à bien ses projets.

## STOP À LA DÉNUTRITION !

En marge de cette opération, une conférence articulée autour de la nutrition a été proposée aux soignants. «L'alimentation en milieu hospitalier

est une vraie problématique, souligne la Dre Angélique Ayon, car l'hospitalisation est une période où l'appétit diminue pour de multiples raisons : pathologie aigüe, stress postopératoire, syndrome confusionnel, difficultés à la prise alimentaire comme les troubles masticatoires... Cette perte d'appétit peut entraîner un amaigrissement ou majorer une dénutrition préexistante. 30 % des patients qui entrent en hospitalisation sont déjà dénutris, une situation qui s'aggrave lors de leur séjour. La problématique de la dénutrition, lorsqu'elle n'est pas prise

## LE « DATA MEAL » EN PHASE DE TEST

Depuis sa création, le CLAN mène de multiples actions. Ses membres travaillent à la mise en place du logiciel «Data meal» via DX care qui permettra la prise de commandes informatisées des repas au chevet des malades assortie de la production d'une carte repas sécurisée et individualisée limitant les risques d'erreur. Utilisé au CHS, et actuellement en phase de test au CHT, ce processus s'appliquera au Médipôle.

*en charge, peut entraîner des complications infectieuses, un retard de cicatrisation d'une plaie chirurgicale, la constitution d'escarres, retarder ou contraindre une chimiothérapie, prolonger la durée du séjour du patient, entraîner une dégradation de sa qualité de vie et multiplier par 3 le risque de décès dans l'année qui suit l'hospitalisation.»*



Jérémy Halhoute, infirmier et Delphine Routhe, diététicienne au chevet d'une patiente.

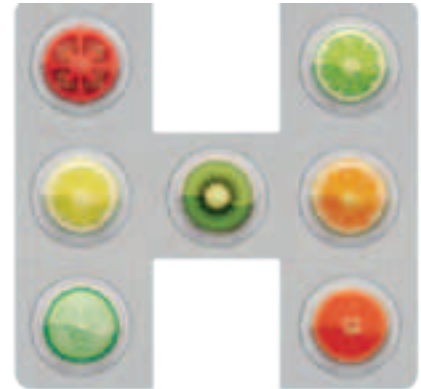
### L'IMC, L'UN DES PREMIERS INDICATEURS

Conscients que la prise en charge nutritionnelle est aujourd'hui insuffisante, les membres du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) en ont fait leur cheval de bataille. Depuis sa création en mai 2014, cette sous-commission de la CME, mène des travaux portant sur l'alimentation et la nutrition, deux éléments clés dans la prise en charge des patients. « Depuis deux ans, nous travaillons sur des procédures et la prise en charge de toute personne adulte et âgée entrant à l'hôpital, » ajoute la Dre Angélique Ayon, présidente du CLAN. En 2014, une autoévaluation a été effectuée au sein de tous les services du CHT, sur la qualité de la nutrition et l'alimentation, laquelle a fait ressortir une carence en matériel anthropométrique (toises et balances) adapté aux handicaps des patients dans certains services. « Un problème de taille quand on sait que le calcul de l'IMC

*est l'un des premiers indicateurs qui va permettre le déclenchement d'une prise en charge adéquate avec des menus adaptés aux besoins nutritionnels et aux pathologies, » relèvent d'une même voix Delphine Routhe et Alice Glémarec, diététiciennes au CHT.*

### DIAGNOSTICS ET PRISE EN CHARGE

Afin de sensibiliser le personnel soignant, les internes et les médecins, les membres du CLAN ont mis en place, depuis six mois, des outils disponibles via le logiciel interne YES<sup>(1)</sup>. Parmi eux, la feuille de surveillance alimentaire à remplir par l'aide-soignant à la fin du repas où figure ce que mange le patient. Celle-ci est transmise à une diététicienne qui évalue le ratio entre les apports consommés et ceux qui s'avèrent nécessaires pour prodiguer des conseils au patient, aux familles et travailler avec les médecins afin d'orienter la prise en charge nutritionnelle et



modifier le repas hospitalier avec la cuisine. Réalisés sous la forme de triptyques, ces outils sont utiles pour détecter cet état pathologique et aider à la prescription d'un régime alimentaire adapté et/ou une nutrition artificielle. Des guides sur la nutrition orale, entérale et parentérale ont été mis en place. Les professions chirurgicales disposent également de guides concernant la prise en charge périopératoire. Et d'autres

sont en cours de réalisation. Tous ces documents sont déjà protocolisés sur DX care et seront accessibles à l'ensemble des services, dès le transfert de l'établissement à Koutio.

## SE FORMER AUX TEXTURES

Alain Marchal, chef du service Restauration/Hôtellerie et Guy Vulcan, chef de production ont effectué une mission de trois semaines en Métropole aux côtés d'Anne-Christine Delwiche, diététicienne, axée sur l'utilisation du «Data meal», le travail des textures et ses caractéristiques organoleptiques. La nouvelle cuisine prévue au Médipôle devrait permettre aux cuisiniers de répondre à ces objectifs.

(1) Le mot clé pour les obtenir est CLAN.

# FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS, UNE VOIE POUR L'AVENIR ?

Et si l'on harmonisait les pratiques entre les établissements hospitaliers publics ? Une perspective évoquée récemment lors de l'anniversaire de la Fédération hospitalière régionale (FHR) du Pacifique Sud, membre de la Fédération hospitalière de France (FHF). L'occasion, en particulier, de dresser le bilan d'une décennie d'existence et de mettre en lumière les projets d'avenir.



Soyons honnêtes : il ne sera pas aisé de mettre en place une politique de santé coordonnée et harmonieuse entre des établissements hospitaliers aux histoires, aux gouvernances différentes, séparés pour certains de centaines de kilomètres et régis par des entités administratives autonomes. Pour autant, les problématiques n'empêchent pas un travail de coopération et d'organisation.

« À l'occasion des 10 ans de la FHR, en avril, nous avons tenu notre convention régionale en présence de David Gruson, le nouveau délégué général de la FHF, relate Philippe Palombo, directeur du CHS Albert-Bousquet et délégué régional de la FHF pour le Pacifique Sud. Il est venu découvrir le contexte local, mais aussi nous parler du groupement hospitalier de territoire (GHT). Cet outil métropolitain présente, dans sa philosophie, un réel intérêt pour nos territoires de santé ;

*véritable levier pour l'hôpital public s'il lui permet de répondre mieux aux besoins de santé dans un contexte démographique médical et financier contraint ».*

Nulle ambition de copier ce dispositif, mais bien de s'en inspirer en faveur d'une coopération accrue et organisée entre établissements de nos territoires du Pacifique Sud. Un sujet qui tient à cœur au directeur du CHS, auteur en 2013 d'un rapport relatif aux coopérations interhospitalières préfigurant une stratégie de groupe en Nouvelle-Calédonie.

## VOUS AVEZ DIT COOPÉRATION ?

Si la philosophie des GHT intéresse la Nouvelle-Calédonie, c'est bien parce que certaines contraintes sont identiques à celles de la Métropole. Recrutement, formation, financement... Les enjeux sont de taille pour nos établissements. Pour y

faire face, les GHT proposent de miser sur la mutualisation de certaines activités et sur l'émergence d'un projet médical partagé. En outre, s'ajoute l'amélioration de l'offre de soins publics au profit des parcours des patients.

« D'ici deux ans, nous disposerons de deux pôles sanitaires MCO [médecine, chirurgie, obstétrique] de référence avec le Médipôle dès la fin de l'année et l'hôpital de Koné en 2018, auprès desquels le CHS sera présent, comme il l'est au CHT et au CHN aujourd'hui. La réponse, au moins partielle, aux différentes contraintes se situe dans le fait de passer d'une logique d'établissement à une stratégie de groupe ». Pour y parvenir, estime Philippe Palombo, il est nécessaire de considérer la Nouvelle-Calédonie comme un territoire unique de santé avec des acteurs certes multiples (établissements publics et privés, mais aussi secteur libéral et centres médicaux provinciaux),



## ➤ LA COOPÉRATION A COMMENCÉ

Les établissements publics calédoniens ont commencé à initier la démarche d'un exercice territorial, soutenu par leur gouvernance. La convergence des systèmes d'information hospitaliers est déjà actée depuis fin 2015; le *data center* des trois hôpitaux sera commun dès 2017; le dossier médical partagé est en cours de déploiement, certaines filières médicales partagées existent comme la gynécologie-obstétrique, sans oublier les mutualisations logistiques. Dès l'ouverture du Logipôle cofinancé par le CHS, les cuisines en liaison chaude de Koutio lui fourniront ses repas. Dans tous les cas, la volonté des acteurs reste la pierre angulaire pour relever ce défi.

mais complémentaires. Néanmoins, plusieurs autres objectifs, porteurs de plus-value, doivent être poursuivis : une harmonisation des protocoles de soins, une politique « Qualité » commune et un dossier médical unique. Le tout en cohérence et avec l'implication forte de l'ensemble des acteurs, les praticiens devant y trouver du sens, de l'intérêt professionnel et une plus-value dans la prise en charge de leurs patients et le pilotage opérationnel.

### UN MODÈLE À INVENTER

Dans un environnement législatif qui lui est propre, la Nouvelle-Calédonie dispose d'un avantage non négligeable : celui de pouvoir donner à la coopération interhospitalière la forme et le cadre les plus adaptés à ses besoins. Afin de parvenir à un modèle endogène de coopération interhospitalière, les trois hôpitaux de Nouvelle-Calédonie ont souhaité bénéficier de l'expérience de la FHF afin de nourrir une réflexion en cours avec la Tutelle. « *L'objectif est de mettre de la cohérence et de l'efficacité au profit de l'utilisateur dans une dynamique de changement*, ajoute Philippe Palombo. *Un diagnostic déjà en partie réalisé permettrait d'identifier les bassins de vie, d'évaluer l'état de santé de la population, mais aussi d'identifier les filières existantes, celles à construire, les redondances, les carences...* » L'utilisateur est au centre de ces efforts. À terme, l'objectif est de lui permettre, quelle que soit sa porte d'entrée, d'être pris en charge de manière cohérente avec des soins de qualité, gradués dans une organisation et des pratiques harmonisées.



## ➤ UN PEU D'HISTOIRE

La FHF affiche plus de 90 printemps ! Née en 1924, elle regroupe aujourd'hui plus de 1 000 hôpitaux publics et autant de maisons de retraite et de maisons d'accueil spécialisées autonomes. Concrètement, la quasi-totalité du secteur public de Métropole et d'outre-mer y est ainsi représentée ! Les membres sont regroupés par fédérations régionales. La plus récente est celle du Pacifique Sud, association loi 1901 née officiellement en août 2006, une création notamment saluée par Claude Évin, alors président de la FHF. Cinq adhérents la composent à ce jour : les trois hôpitaux publics de Nouvelle-Calédonie (CHT, CHN et CHS), l'agence de Santé de Wallis-et-Futuna et le centre hospitalier de Polynésie française. Le conseil d'administration de la FHF se compose de trois collèges, celui des présidents de conseil d'administration, celui des présidents de CME et celui enfin, des chefs d'établissement. Le président actuel est Patrick Howell, ministre de la Santé de Polynésie française.



# ROGER MOURINET

## QUITTE « LE PATRIMOINE »

**Roger Mourinet a découvert la Nouvelle-Calédonie en 1981. Depuis 1984, le comptable de formation a mis son savoir-faire et son expérience au service du CHT, principalement de la gestion de son patrimoine. Flash-back sur 32 ans de carrière... et d'engagements.**

**A**rrivé sur le Caillou par le biais de l'armée, Roger Mourinet, originaire de Guadeloupe, est alors jeune sous-officier. Conquis par le Territoire, il quitte la défense pour commencer une nouvelle vie sous le soleil calédonien. Sans toutefois intégrer l'hôpital immédiatement puisqu'il s'offre un détour en tant que réceptionniste dans un hôtel de Nouméa. Nullement séduit par ce début de carrière, il trouve une nouvelle opportunité en 1984 et intègre alors le CHT avec une mission : informatiser la gestion de la lingerie et du magasin général en créant des codes articles pour chaque fourniture. « Cette première expérience a duré jusqu'en 1987, se souvient-il. On m'a ensuite proposé de devenir responsable de la gestion du patrimoine, mais j'ai commencé, là aussi, par informatiser tous les biens de l'hôpital ». Une belle avancée pour un service qui gérait tout avec du papier et des stylos. Une première étape qui le mène ensuite à la gestion de l'actif

de l'établissement jusqu'à prendre la succession du responsable du patrimoine en 2004.

### DE STATUT EN STATUT

Si Roger Mourinet a bien une particularité, c'est qu'au fil des années, il a testé l'ensemble des statuts possibles au CHT. D'abord allocataire, il est ensuite passé dans le giron de la convention collective avant qu'il ne lui soit proposé d'intégrer le groupe des contractuels en 1988. Six ans plus tard, il s'inscrit au concours de la fonction publique pour devenir enfin fonctionnaire territorial. « J'ai dû alors faire un véritable choix dans la mesure où, avec le statut de fonctionnaire, il m'a fallu recommencer à zéro en tant que stagiaire et sans indemnité compensatoire ». Une décision motivée par une vision à long terme et la volonté de pouvoir ensuite évoluer dans un secteur pour lequel il éprouve du respect. « Au moment de partir, je souhaite réellement saluer les soignants

et le travail qu'ils réalisent ici chaque jour, un travail engagé, de qualité et qui n'est pas toujours suffisamment reconnu ! »

### VASTE PATRIMOINE

Pendant plusieurs décennies, le patrimoine a ainsi été au cœur de son quotidien. Et lorsque l'on parle de patrimoine, le champ est vaste. « Il s'agit de tout ce qui appartient au CHT, résume Roger Mourinet, toutes les immobilisations de l'hôpital ». À lui de suivre les investissements, de calculer les investissements, de suivre financièrement les travaux... des enjeux importants pour l'établissement hospitalier. Parmi les chantiers qui ont animé ces dernières années, certains reviennent à la mémoire du responsable du patrimoine. Le Pôle logistique installé à Magenta en 2004, la sortie de terre du bâtiment N, l'UMA, la Pneumologie, l'équipement de la Néonatalogie... Le tout avec les contraintes multiples



## L'ASSOCIATION DU CHT : SON AUTRE ENGAGEMENT

Si ce n'est en 1991, Roger Mourinet a toujours présidé l'association du CHT de 1989 à 2016. Une responsabilité qu'il prenait très à cœur et appréciait particulièrement, notamment lorsqu'il s'agissait d'organiser les centres de vacances. Les enfants des agents ont ainsi pu bénéficier, jusqu'en 2007, de sorties, de camps, de voyages, des projets excitants en matière d'organisation et qui enregistraient toujours de gros succès, mais aussi extrêmement stressants en termes de responsabilités. Déplacements, tournois de foot, trophée entreprise, Gigawatt, Transcal, Père Noël... Là encore, les projets ne manquaient pas !

## ➤ LA PASSION DU BALLON ROND

À n'en pas douter, Roger Mourinet profite de son statut de jeune retraité pour suivre de près les matchs de l'Euro 2016! Il faut dire que le football a toujours été pour lui une passion, d'abord au sein du club de la SLN, puis dans les rangs de l'AS Magenta et enfin avec l'équipe du Mont-Dore qu'il a présidée jusqu'à l'an passé. Sans oublier l'expérience de la sélection de Nouvelle-Calédonie qui l'a mené aux Jeux du Pacifique de Nouméa en 1987, participation couronnée d'une médaille d'or, puis en Papouasie en 1991 où les Cagous décrochent le bronze. « *Le foot a toujours fait partie de ma vie et s'il fallait recommencer, je referais exactement la même chose! Le foot m'a permis de voyager, de découvrir le pays et le Pacifique et de bénéficier de cette belle école de la vie qu'est le sport* ».



## ➤ NOUVELLE AVENTURE

Roger Mourinet met certes fin à sa première carrière professionnelle, mais il n'envisage pas pour autant de rester inactif. Bien au contraire! Il prend aujourd'hui un virage à 180° pour se lancer dans l'agriculture. Il prend déjà soin d'un champ d'ignames et de patates, cultive du café, des merisiers, des goyaviers, des arbres à pain et se lance désormais dans la culture de la canne à sucre.



et variées d'une architecture hospitalière complexe. « *Dans de telles conditions, équiper un service n'est pas simple et l'on se demande toujours si on a fait le bon choix de matériel. Finalement, le Médipôle présentait moins de contraintes avec des locaux identiques partout!* » Son plus grand défi? Le fauteuil de repos idéal qu'il n'est jamais parvenu à trouver! Sans oublier la gestion des vingt logements de médecins destinés aux internes et aux nouveaux arrivants. « *Des missions prenantes et passionnantes,* » résume finalement Roger Mourinet. Il a laissé son fauteuil le 6 mai dernier pour se lancer dans d'autres aventures, désormais dans le monde agricole.



## RAPPEL

### La composition du bureau 2016-2018

Présidente :	GIRAUD Sylvana
1 <sup>er</sup> Vice-Président :	BONNENFANT Reynolds
2 <sup>e</sup> Vice-Présidente :	SIDOEN Paméla
Trésorier :	LAFITTE Mathieu
Trésorière adjointe :	VAITANAKI Marie-Assomption
Secrétaire :	DOMO Claude-May
Secrétaire adjointe :	AJAPUHNIA Isabelle
Membres :	KECINE Fanny CONSTANT Laetitia WACALIE Jean-Jacques WAHAGA Alice GARNIER Glenda ATHALÉ Cyprien PALASSO Michel DARKAM Priska GROCHAIN Nicole L'HOTELLIER Mauricette
Président d'honneur :	MOURINET Roger



## TOURNOI DE PÉTANQUE

Merci à tous ceux qui ont participé ce 18 juin, à la vallée du Tir. RV dans la prochaine newsletter pour l'ensemble des résultats.



## À VOS AGENDAS !

Notre prochain tournoi de football se déroulera le 2 août au stade Maurice-Sotirio à la vallée du Tir avec la nouveauté : un tournoi interservices de pétanque le même jour.

➤ **Remise des trophées le 12 août**



## À VENIR



- Surveillez votre boîte mail.
- Des infos sur notre future programmation d'activités sont à venir :
- **Des séances de cinéma**
- **Des petits-déjeuners à l'Hôtel le Lagon**
- **un « Samedi à La Foa »**



POT DE DÉPART  
À LA RETRAITE  
DE ROGER



PÈRE NOËL 2015

## COUP DE CHAPEAU

Coup de chapeau à Roger Mourinet, Président de l'Association du CHT depuis de nombreuses années. Actif, investi, passionné. Merci Roger !  
Lire aussi pages 34 et 35 de ce numéro de l'OB !