

ILS FONT L'ACTU

La filière
Patient debout

14

QUALITÉ

Comptes Qualité :
revue de détail

17

DANS LES MURS

Le rôle
du Comité d'éthique

22

HORS LES MURS

La médecine
hyperbare

28

JANVIER - MARS
2018

L'Ouvre Boîte

➤ 70

LE JOURNAL INTERNE DU CHT



**PLAN DE
PRÉVENTION
DES RPS,
OÙ EN EST-ON ?**



MOUVEMENTS DU PERSONNEL

FONCTIONNAIRES

ENTRÉES

Intégration

ABDOUH-VAN DOESBURG

Camélia (puéricultrice)

BALQUET Ludivine (aux.

puéricultrice)

BARNY Bélanda (IDE)

BIRET Élodie (ISG)

BOUILLY Nolwenn (ISG)

BRUNEL Sophie

(sage-femme)

CAMPA Julie (IDE)

CORROYER Catherine (AS)

DE FOURMESTRAUX Julie

(IDE)

GAUTIER Quentin (IDE)

GOURRET José (IDE)

GROSSIORD Alice

(sage-femme)

HAIU Céline Houtein (AS)

JEANNE Théo (ISG)

JUGANT Morgane (ISG)

KILAMA Aurore (AS)

LEMONNIER Sophie

(sage-femme)

LEOSTIC Laureen

(préparatrice en pharmacie)

MARION Laura (puéricultrice)

MASINI Anthony (ISG)

MEDARD Ingrid (ISG)

MIRANDA Elsa (ISG)

PAITIA Claudine (AS)

PERACAULA Francis (IDE)

QUEMENER Marianne

(puéricultrice)

ROKUAD Nathalie (AS)

SADIMOEN Christophe

(technicien)

SAHRAOUI Laëtitia (aux.

puéricultrice)

SAMAKE Gabrielle (aux.

puéricultrice)

SOEGIMAN Jean-Baptiste

(ISG)

SONG Helep (AS)

TEOURI Anaïs

(préparatrice en pharmacie)

TIXIER Charlène (sage-femme)

TOFIL Sala (AS)

TUI Siilia (AS)

TYAKETOU Emmanuella (AS)

WEMA Celygia (AS)

Détachement

FANTINO Virginie

(technicienne de labo)

Retour de disponibilité

BONNEAU Stéphane (IDE)

HNAWEONGO Estelle (IDE)

MAISON Christophe (IDE)

MAISON Ingrid (IDE)

Mutation

DJOEPRJ Johnny (attaché)

WANANJJE Marie-Hélène (AS)

SORTIES

Retraite

BORDAS Titaina (rédacteur)

CERVENKA Dominique

(technicien de labo)

DELASSE Yolande (ISG)

REIX Chantal (ISG)

Fin de détachement

CHARDIN Géraldine (cadre

de santé)

GOEK Dominique (cadre de

santé)

LORANT Frédérique

(préparatrice en pharmacie)

Départ en disponibilité

TESSIER Ludivine (IDE)

Détachement

BOUAZIZ-QUEMENER

Stéphanie (cadre de santé)

GAHETAU Eliuti (cadre

supérieur de santé)

Mutation

RUDELLE Pascale (cadre de

santé)

BARTHELEMY Tania

(rédacteur)

CHOL-SCHIED Mathilda (ISG)

FALIGOT Christelle (rédacteur)

LEROUX Margot (attachée)

TOEBIN Jean-Paul (AS)

Départ

GARCIA Julien (AS)

AGENTS EN CDI

ENTRÉES

ALIKIE Marie-Noëlle (ASH)

CACOT Edwige (ASH)

DANARADJOU Jordy

(brancardier)

DIJOUX Myriam (ASH)

ELIA Léon (brancardier)

HAFUNI Maria (ASH)

HMUINE Meri (ASH)

ISSAMATRO Adolphe

(brancardier)

KAI Bikane (ASH)

LEVAN N'GON Amanda (ASH)

NGANYANE Alice (ASH)

PEBOU-HAMENE, Euphrasie

(ASH)

SIO Christiane Wahna (ASH)

UEDRE Dyanna (ASH)

WAMAI Henriette (ASH)

WAMO Jeanine (ASH)

SORTIES

Retraite

LOUIS Dahina

(rédacteur)



Le CSM, pour fluidifier les demandes d'interventions techniques

SOMMAIRE

08

ILS FONT L'ACTU

- > Mission de génétique pédiatrique
- > Mission de chirurgie pédiatrique viscérale
- > Zoom sur le nouveau dispositif CULM
- > Les AMA en formation
- > Le Patient debout, une prise en charge repensée

17
QUALITÉ

- > Présentation de trois comptes Qualité

L'Ouvre Boîte

Directeur de la publication : Dominique Cheveau

Création maquette, rédaction & réalisation :

Agence On En Parle | 23 23 80

Impression : Artypa, sur papier à base de 30%

minimum de papier recyclé, 26 26 11

Crédit photos : On En Parle, CHT, Théo Rouby,

Gouv NC - DASS NC, Camille Burck, Archives West Point





20 DANS LES MURS

- > Allô le CSM ?
- > Dragon médical : de la voix à l'écrit
- > Les missions du Comité d'éthique
- > Les *Never Events*, pour sécuriser les soins médicamenteux
- > RPS : où en est-on ?
- > La formation au CHT
- > Les nouveaux médecins

28 HORS LES MURS

- > La médecine hyperbare
- > La recherche calédonienne en plein essor
- > Histoire et coquillages

Quel cap pour 2018 ?



Au fil des visites du Médipôle par des praticiens et professionnels, métropolitains ou étrangers, leurs regards sur sa modernité et sa qualité ne peuvent que nous encourager. En particulier, nous encourageons à y développer une gouvernance et des organisations conformes aux attendus du XXI^e siècle. Nous avons les investissements, nous y développons les compétences... concentrons-nous sur ce dont nous disposons et non pas sur ce que nous pourrions ou devrions avoir. Les événements de ces derniers mois confirment la nécessité d'une nouvelle gouvernance médicale, qui s'appuie sur l'analyse médico-économique de l'activité. La présidente de la CME et la direction y travaillent depuis plusieurs mois. Mais une nouvelle gouvernance ne change pas les statuts d'un hôpital ; elle doit respecter la démocratie sociale (CTP-CME), les titulaires règlementaires de l'autorité (directeur et conseil d'administration) et le rôle du Gouvernement qui régule, décide et nomme par l'intermédiaire de son administration, la DASS. La place du chef de service médical fut, en particulier, au cœur des nombreuses discussions de ces dernières semaines... Un chef de service qui a l'autorité hiérarchique et l'autorité fonctionnelle sur l'équipe médicale, mais qui partage cette seconde avec son binôme managérial : le cadre de santé. Ce binôme est l'axe central du fonctionnement d'un service de soins.

Et comme chaque service interagit avec les autres, il appartiendra, à défaut de pôles de services, à la Gouvernance de veiller à la cohésion de l'hôpital et à l'efficacité du parcours des patients.

Ce dernier sujet est fondamental pour l'organisation des soins et, plus encore, face aux contraintes financières. L'année 2018 sera notre première année à budget strictement constant. Cela supposera une rigueur redoublée et la recherche de gisements d'économie afin de maintenir voire d'augmenter la qualité et la sécurité des soins.

Sur ces bases, nos objectifs pour les prochains mois seront :

- La validation de la création d'un Hospitel, par la signature d'une convention d'occupation temporaire avec le prestataire ;
- La présentation pour validation, malgré les coûts d'investissement que cela représente, d'une distribution nominative des tenues du personnel ;
- La réorganisation du service de brancardage et la présentation au budget des travaux de réfection des sols des circulations principales ;
- La clôture du dossier du site de Magenta ;
- La présentation du budget 2018 de l'établissement à taux 0 ;
- La validation par l'autorité de tutelle du projet d'établissement 2018/2020 puis d'un contrat d'objectifs et de moyens pour sa mise en œuvre.

L'année 2017 fut celle de la mise en service du Médipôle avec toutes les difficultés et les engagements collectifs et individuels que cela a demandé. L'année 2018 sera celle de la rigueur organisationnelle et décisionnelle.

Permettez-moi, sans attendre, de vous adresser pour vous et vos familles, mes meilleurs vœux pour 2018.

Dominique Cheveau
Directeur du CHT

ÉDITO

Les artères ont un rôle fondamental dans notre organisme, elles transportent du sang riche en oxygène et en nutriments vers nos organes vitaux. Des artères saines sont le reflet de la vitalité de notre organisme. Il existe un lien entre facteurs de risque vasculaire (tabac, sédentarité, excès de cholestérol, diabète, hypertension, surpoids, stress, âge et hérédité) et maladies cardiovasculaires qui sont aujourd'hui la première cause de mortalité dans les pays occidentaux.

L'angiologie ou médecine vasculaire étudie les problèmes vasculaires dans leur globalité, c'est la spécialité médicale qui analyse le fonctionnement des vaisseaux sanguins ainsi que des capillaires et vaisseaux lymphatiques. Parmi les différents types de pathologies veineuses et lymphatiques, on trouve notamment les varices, l'insuffisance veineuse chronique et les phlébites. Plusieurs symptômes peuvent évoquer un problème vasculaire, comme des

jambes lourdes et des crampes dans les mollets.

Pour prendre en charge ces pathologies, la consultation d'un spécialiste des vaisseaux, l'angiologue, est tout indiquée.

Depuis 2006 et la mise en place, au CHT de Nouméa, de la première salle d'imagerie cardiaque et vasculaire, la prise en charge des maladies dites cardiovasculaires n'a cessé de s'améliorer, de se moderniser et de progresser au sein de la principale institution hospitalière de Nouvelle-Calédonie. Fort de trois salles d'imagerie médicale dédiées aux actes interventionnels cardiaques et vasculaires, à visées à la fois diagnostique et thérapeutique, avec des équipes médicales et paramédicales vasculaires expertes, le CHT de Nouméa déploie aujourd'hui une offre de soins de très haut niveau dans la prise en charge de cette discipline de la médecine.

Ne manquait plus, afin que l'offre médicale vasculaire soit complète, que la présence d'un médecin angiologue au sein de notre hôpital.

C'est chose faite depuis début novembre avec l'arrivée du docteur Haytem Guiga qui va travailler en étroite collaboration avec l'équipe des chirurgiens vasculaires et des radiologues interventionnels. L'occasion pour *l'Ouvre Boîte* de saluer son arrivée ! (p. 27)

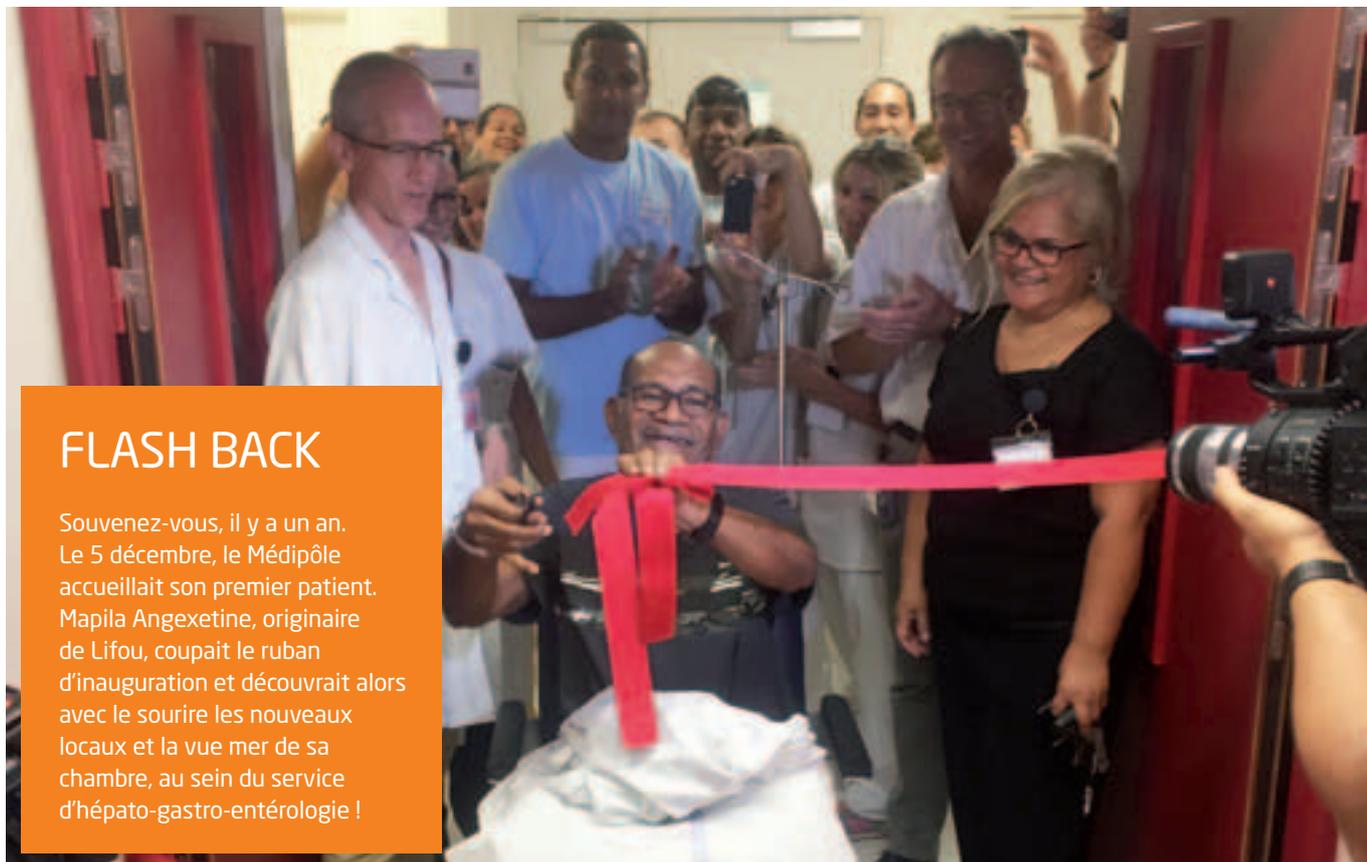
C'est sur cette bonne nouvelle pour la prise en charge de la santé vasculaire des Calédoniens que l'ensemble des personnes qui a contribué à vous informer, tout au long de l'année, à travers *l'Ouvre Boîte* et la Newsletter de l'OB, adresse à chacun d'entre vous, ainsi qu'à vos familles, ses vœux les plus vifs et sincères pour 2018.

En attendant le plaisir de vous retrouver à la rentrée... Bel été, belles fêtes de fin d'année et bonne lecture !

Marc-Christian PLA

FLASH BACK

Souvenez-vous, il y a un an. Le 5 décembre, le Médipôle accueillait son premier patient. Mapila Angexetine, originaire de Lifou, coupait le ruban d'inauguration et découvrait alors avec le sourire les nouveaux locaux et la vue mer de sa chambre, au sein du service d'hépatogastro-entérologie !



PROCHAINES MISSIONS AU CHT

- > **Médecine interne :**
Professeur Joy Ho,
hématologue à Sydney, en février
- > **Réanimation :**
Professeur Jean-Louis Vincent,
soins intensifs à Bruxelles, en avril-mai

COUP DE CŒUR !

Francis Gazeau est un greffé du cœur, qui a passé un an tout seul sur l'îlot désert de Tahanea : un message fort pour cet aventurier, qui veut sensibiliser au don d'organes. C'est ce qu'il est venu partager avec son audience, lors d'une conférence au CHT le 30 novembre dernier.



LES BONNES PRATIQUES INFORMATIQUES

LA CHARTE D'UTILISATION DES MOYENS INFORMATIQUES

Chaque utilisateur de moyens informatiques du CHT doit avoir pris connaissance de cette charte, qui a été éditée en juillet et dont la version intégrale est disponible sur Intranet.

Elle détaille les règles à respecter, pour le CHT comme pour les utilisateurs (qu'ils soient salariés ou extérieurs), afin d'offrir sécurité, confidentialité et performance des données et des outils.

Elle rappelle ainsi le bon usage des moyens informatiques, de la messagerie, de l'accès Internet et des autres appareils (équipements nomades, téléphone, fax). Un rappel est également fait sur les obligations légales et de maintenance.

La confidentialité, un enjeu clé

Le CHT s'engage à préserver la confidentialité des données et courriers informatiques des dossiers médicaux ou des utilisateurs mais rappelle dans la charte les sept règles suivantes :

- > le dossier patient est accessible uniquement au personnel habilité en charge du patient ;
- > la communication de données médicales à des personnes habilitées extérieures doit se faire via des moyens sécurisés et validés par le CHT ;
- > il est interdit de divulguer, par quelque moyen que ce soit (téléphone, fax, Internet...), toute information à caractère médical ou confidentiel ;
- > le droit d'accès au système informatique du CHT est personnel et inaccessible ;
- > il est interdit d'accéder à des espaces (applications, données, compte informatique...) dont l'accès n'est pas autorisé par son compte informatique personnel ;
- > la consultation Internet doit être utilisée à des fins exclusivement professionnelles ;
- > l'utilisation de plateformes collaboratives sur Internet au nom du CHT est soumise à accord préalable.

CDS : FÉLICITATIONS AUX DONNEURS !

Le 7 décembre dernier, les donateurs les plus assidus de l'année se sont vu délivrer un diplôme. Cette remise était organisée conjointement par le Centre de don du sang et l'Association des donateurs de sang bénévoles de Nouvelle-Calédonie, un geste fort pour souligner l'importance du don du sang.



LE GESTE ÉCO-RESPONSABLE DU MOIS : EN ÉTÉ, J'UTILISE LES STORES !

C'est la saison chaude et le soleil se fait lourd... La climatisation tourne en permanence. Comment puis-je économiser l'énergie ? Pour être éco-responsable, j'évite au soleil de réchauffer directement la pièce !

- > Je règle la climatisation à une température de confort (25-27 °C) et je ferme la fenêtre.
- > Je baisse les stores, pour les utiliser comme brise-soleil, avant même de sentir la chaleur dans la pièce.
- > J'oriente les lamelles du store pour ne pas être totalement dans le noir.
- > J'explique ces bons gestes aux autres usagers des locaux.

Bon à savoir : un rayonnement direct du soleil sur une vitre crée un effet de serre dans la pièce.

D.U. D'ULTRASON

Olivier Axler, chef de service Cardiologie, a mis en place, à l'attention des médecins du CHT, qu'ils soient spécialisés ou non, une formation aux échographies. Ce type d'examen présente l'avantage d'être peu invasif car il utilise les ultrasons. Pour rappel, le principe de cette technologie consiste à envoyer, sur une zone localisée du corps du patient, un faisceau d'ondes sonores haute fréquence (inaudibles pour l'oreille humaine) qui va être renvoyé par les organes contre lesquels il va se heurter, permettant ainsi à l'appareil de calculer la distance du point d'impact et donc de délimiter l'emplacement et les dimensions de l'organe, des vaisseaux, du fœtus etc. et de définir la vitesse des flux sanguins. La formation s'adresse en particulier aux médecins praticiens d'urgences médicales pour la prise en charge de patients urgents sur des diagnostics simples.

Le Diplôme Universitaire proposé est validé par l'Université de la Nouvelle-Calédonie. La session a commencé par trois semaines de formations, assurées par les docteurs Samia Menacer et Olivier Axler et quatre professeurs venus de Paris, tous les soirs de 17 h à 20 h au CHT. Au programme également : un cours en vidéo-transmission avec le CHU d'Amiens et un focus sur l'hygiène lors de la manipulation des sondes transœsophagiennes présenté par le Dr Blandine Placet. La partie théorique s'est terminée par un examen le 16 décembre, laissant place désormais à la partie pratique d'un an pour les vingt-trois participants.

ACCIDENTS DU TRAVAIL



AT⁽¹⁾ de janvier à novembre 2017
Cumul à fin novembre

313^{AT}

Dont : AES⁽²⁾ 92 AT
TMS⁽³⁾ 86 AT (dont 56 lombalgies)

AT / SERVICE MENSUEL

Médecine Interne / Infectiologie : 2 AT / Bloc Opératoire CHT Médipôle : 1 AT / Chirurgie orthopédique A1 : 1 AT / Néphrologie/Hémodialyse : 1 AT / Neurologie/Diabétologie : 1 AT / Pédiatrie : 1 AT / Pneumologie/HDS de Pneumologie : 1 AT / Réanimation polyvalente : 1 AT / Urg.Adult.&Pédiatriq./UHCD/SMUR/Camp Est : 1 AT

AT⁽¹⁾ de janvier à novembre 2016
Cumul à fin novembre

295^{AT}

Dont : AES⁽²⁾ 72 AT
TMS⁽³⁾ 102 AT
(dont 61 lombalgies)

AT / SERVICE MENSUEL

SAUUHCD SAMUR GB : 4 AT / Bloc Opératoire GB : 3 AT / Bloc Opératoire MG : 3 AT / Unité Médic.Médecine-Chir.septiq./Unité Cohorting : 3 AT / Pédiatrie hospit : 2 AT / Radiologie MG 2 AT

TABLEAUX DE BORD

NOVEMBRE 2017

EIG-EP :
ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE
ÉVÈNEMENT PRÉCURSEUR
(OU PRESQUE ACCIDENT)

2017	Nbre de déclarations	Dont EIG	Dont EP
Janvier	350	4	36
Février	209	5	19
Mars	215	11	16
Avril	124	1	12
Mai	135	6	16
Juin	152	3	12
Juillet	194	9	20
Août	176	8	16
Septembre	165	8	18
Octobre	156	7	20
Novembre	217	12	16

ART ET DÉCORATION DE LA MATERNITÉ

Depuis novembre dernier, une fresque, réalisée par Charlotte et Géraldine Fonck, habille les murs de la salle de naissance. Les deux jeunes artistes, spécialisées en décoration d'intérieur, connaissent bien le pôle Mère-Enfant car ce sont déjà elles qui ont été sélectionnées pour réaliser la fresque de la salle de recueil de l'Aide à la procréation médicale. Cette fois, les sages-femmes du service ont participé directement au projet et ont pu choisir parmi les trois propositions des deux sœurs. Le projet retenu, à l'unanimité, a été adapté à la Nouvelle-Calédonie, en particulier pour sa végétation (bougainvilliers, jacaranda) et ses oiseaux (cardinal, perruches). Les teintes, douces et apaisantes, respectent l'environnement et le bien-être des futures mamans. Pour compléter, trois photographies d'Isabelle Rousselle ont aussi été accrochées en salle d'attente.



PARCOURS PATIENT

ORDONNANCEMENT : QU'EST-CE QU'UN THÉSAURUS ?

Entre autres outils, le Bloc opératoire envisage de mettre en place un thésaurus pour faciliter sa programmation. Comment cela fonctionne-t-il ?

Un thésaurus, lorsqu'il est question d'ordonnement, est un outil qui s'inscrit dans une démarche globale de gestion du flux d'un service ou d'un ensemble de services hospitaliers. L'objectif consiste à fluidifier le parcours patient pour assurer une meilleure prise en charge des malades et optimiser le fonctionnement de la structure. Le thésaurus est un document validé mais évolutif, qui sert de référentiel pour prévoir le parcours d'un patient, en fonction de sa pathologie, de la gestion de sa programmation au bloc, de son passage au bloc à son hébergement. Ce thésaurus va ainsi faciliter les prises de décisions et l'organisation générale.

Ce document prend la forme d'un tableau. Il est classé par spécialité médicale, puis par pathologie, ou ici, plus spécifiquement pour le Bloc, par intitulé simplifié des opérations chirurgicales. Pour chacun, on va ensuite définir,

parfois par ordre de préférence, les données et besoins afférents tels que la durée moyenne d'intervention, la durée moyenne d'occupation du bloc (incluant la préparation, l'anesthésie, le nettoyage, etc.), le type d'hospitalisation, le matériel nécessaire, l'unité préférentielle d'hébergement, son contact, les protocoles de soins, etc.

La mise en place d'un tel référentiel demande un gros travail de compilation d'informations mais permet ensuite d'organiser le flux de patients (ou d'opérations, quand il s'agit du Bloc) sur une vraie base commune, clairement établie.

Dans le cas du Bloc opératoire du Médipôle, le thésaurus pourrait être intégré à l'outil de programmation actuel, pour optimiser, dès la consultation de chirurgie, l'utilisation des plages d'opération, voire même mieux préparer l'aspect matériel des interventions.

GÉNÉTIQUE MÉDICALE :

DE LA CONSULTATION AU CONSEIL...

Le professeur de génétique médicale Didier Lacombe, du CHU de Bordeaux, était au Médipôle début décembre. Ce pédiatre, reconnu internationalement, collabore de longue date avec le CHT. Voilà en effet douze ans que son équipe consulte annuellement en Nouvelle-Calédonie...



En 2005, d'anciens élèves du professeur Lacombe, installés en Nouvelle-Calédonie, convainquent celui-ci de mettre en place une convention entre le CHT et le CHU de Bordeaux, dont il dirige le service de Génétique médicale. Cette sommité de la discipline, dont il est un des précurseurs, avoue volontiers qu'il « accepte alors un peu à reculons, pas forcément enthousiaste à l'idée d'entreprendre un aussi long voyage pour quelques jours de consultation ». Depuis, « la qualité constante des équipes, la chaleur sincère et renouvelée de l'accueil » ont eu largement raison de ces quelques réticences initiales. Ce dont se félicite amplement Isabelle Missotte, chef du service Pédiatrie du CHT, qui mesure le chemin parcouru en douze ans : « Notre territoire est trop peu peuplé

pour disposer d'un médecin généticien permanent. La collaboration avec le CHU de Bordeaux et les visites annuelles de Didier Lacombe sont donc essentielles. Au-delà de l'éclairage qu'il apporte sur certains cas spécifiques, ses visites sont une occasion unique de nous former, dans une discipline complexe et en perpétuelle évolution. »

UNE EXPERTISE CLINIQUE DE HAUT VOL

Les visites de Didier Lacombe font l'objet d'un travail de préparation soigné et concerté entre son équipe et celle dirigée par Isabelle Missotte. Une anticipation bien compréhensible dès lors qu'il s'agit d'organiser près de quatre-vingts consultations en quelques jours. Sans surprise, la majorité des patients sont

des enfants. Rien de plus normal pour ce pédiatre qui est coordinateur du Centre de références « maladies rares » sur les anomalies du développement et les syndromes malformatifs. Et même si les nombreux tests et analyses prescrits en amont des consultations sont désormais indissociables de tout diagnostic en la matière, l'expertise clinique du professeur, sa capacité à repérer « des caractéristiques mineures permettant d'orienter le diagnostic vers certaines hypothèses » restent un atout maître pour les praticiens et les patients calédoniens. Lesquels se réjouissent donc de savoir qu'ils pourront encore compter sur sa présence fin 2018. Et qui sait ? Celui-ci pourra peut-être enfin s'octroyer la semaine « off » dont il rêve, pour profiter de tous les atours de l'archipel !



LE MÉTIER DE CONSEILLER GÉNÉTIQUE

Non content d'avoir fondé la discipline de génétique médicale, le professeur Lacombe peut s'enorgueillir d'avoir participé à la création d'un métier, celui de conseiller en génétique ! Ce métier est celui de Cécile Zordan, qui accompagne le professeur en Calédonie pour la deuxième fois. Son rôle ? Informer les familles sur les conséquences médicales, conseiller celles-ci en termes de prise en charge, les accompagner en termes de réflexion anténatale, favoriser les dépistages à l'échelle familiale...

CHIRURGIE PÉDIATRIQUE : UN EXPERT EN MISSION

Pour sa 4^e mission au CHT de Nouvelle-Calédonie, le professeur Jean Bréaud, chirurgien pédiatre aux Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval, a posé ses valises du 20 au 27 novembre au Médipôle, dans le service de pédiatrie du CHT. Entre consultations et bloc opératoire, il a pris le temps de répondre à quelques-unes de nos questions. Rencontre.

> **Pr Bréaud, vous êtes chirurgien pédiatrique viscéral, en quoi cela consiste-t-il ?**

La chirurgie pédiatrique englobe la chirurgie orthopédique et la chirurgie viscérale. Elle s'adresse aux enfants de 0 à 18 ans. 75 % de l'activité de chirurgie viscérale concerne l'urologie pédiatrique.

DR LAURENT BESSON-LÉAUD PRATICIEN HOSPITALIER EN PÉDIATRIE

« Cette mission s'organise depuis environ dix ans dans le cadre du CHT, à notre demande et en collaboration avec le professeur Éric Dobremez de l'Hôpital de Bordeaux et le professeur Jean Bréaud de l'Hôpital de Nice. Nous communiquons en amont à l'ensemble des équipes médicales du territoire pour organiser des consultations spécialisées ou des interventions programmées de leurs patients. C'est un véritable bénéfice pour les familles qui évitent une longue hospitalisation, à l'étranger ».



Intervention de chirurgie viscérale avec une splénectomie, débutée sous cœlioscopie.

30 à 40 enfants par an évitent l'ÉVASAN depuis la mise en place de ces missions.

> **Les techniques de chirurgie pédiatrique sont-elles spécifiques ?**

Les techniques chirurgicales sont propres à l'enfant puisque l'histoire naturelle tend majoritairement vers une amélioration au fur et à mesure de la croissance. C'est un suivi conjoint avec les pédiatres pour installer une relation de confiance sur le long terme avec les enfants et les parents. Il faut être pédagogue, psychologue. Si l'enfant fait confiance au médecin, les parents lui feront également confiance. Et encore plus aujourd'hui où Internet offre de nombreuses informations médicales. La communication que nous apportons est primordiale.

> **C'est la quatrième fois que vous venez, constatez-vous une augmentation des demandes ?**

Oui, l'activité augmente régulièrement puisque c'est la première fois que je reste plus d'une semaine. Quinze à vingt opérations et environ soixante consultations sont prévues pour cette mission. Cinq interventions sont déjà programmées pour la prochaine mission.

> **Votre venue implique de facto un volet transfert de compétences. Comment cela se déroule-t-il ?**

Le transfert de compétences se fait de manière intuitive par la participation des pédiatres, des chirurgiens viscéraux et des anesthésistes du CHT aux consultations ou au bloc. Nous organisons également une soirée d'enseignement et de discussions autour de dossiers chirurgicaux. Par ailleurs, entre chaque mission nous échangeons beaucoup sur des protocoles. Les équipes médicales ici ont un très bon niveau avec une capacité à gérer des situations atypiques extraordinaires, comme on en trouve peu ailleurs.

“ Nous ne sommes pas que des réparateurs. ”

HÉMOVIGILANCE

ZOOM SUR LA NOUVELLE CARTE PRÉ-TRANSFUSIONNELLE DÉTERMINANT LE SYSTÈME ABO

Un nouveau dispositif plus facile d'utilisation a été mis en place pour le contrôle ultime au lit du malade (CULM), qui permet de s'assurer de la compatibilité patient - poche de sang avant une transfusion. Partons à la découverte de la nouvelle présentation de la carte, qui simplifie la lecture des résultats.

Depuis quelques mois, l'ancienne carte pré-transfusionnelle n'est plus commandée et la nouvelle version la remplace petit à petit. Le CHT a dispensé une formation aux utilisateurs de ce nouveau dispositif car son utilisation et l'interprétation de son résultat ont changé.

UN RÉSULTAT PAR COLORIMÉTRIE

La précédente carte proposait une réaction en milieu liquide, révélée par une agglutination.

La nouvelle carte utilise un milieu solide qui va absorber l'échantillon et l'interprétation du résultat se fait par une lecture de couleur.

Plus précisément, des anticorps A sur la ligne du haut (bleu) et B sur la ligne du bas (jaune) sont présents dans la membrane de la carte. Le sang déposé contient – ou pas – des antigènes correspondants, qui sont alors captés dans la membrane. La réaction s'affiche : rouge s'il y a une agglutination et donc une réaction positive, vert translucide s'il n'y a pas d'agglutination donc une réaction négative. Pour que le résultat s'affiche clairement, les phases hydratation, dépôt de la goutte de sang, lavage (développées plus loin) sont à respecter pour chaque puits.

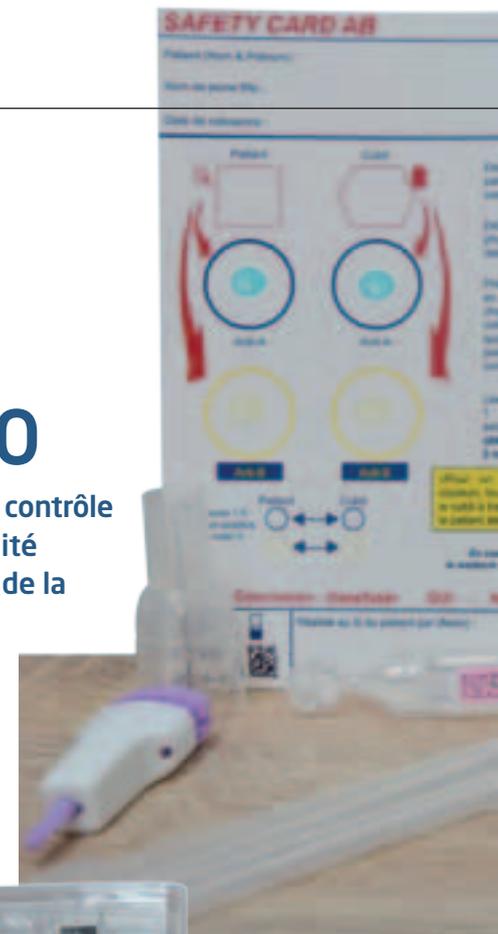
Le nouveau dispositif est ainsi plus lisible et plus facile à conserver pendant les 24 heures réglementaires.

RÈGLES ET PRÉCAUTIONS D'UTILISATION

L'utilisation de la carte pré-transfusionnelle est obligatoire avant toute transfusion et réalisée au lit du patient. Le soignant exécutant le CULM est celui qui posera la transfusion.

Pour un contrôle réussi, voici le protocole à suivre :

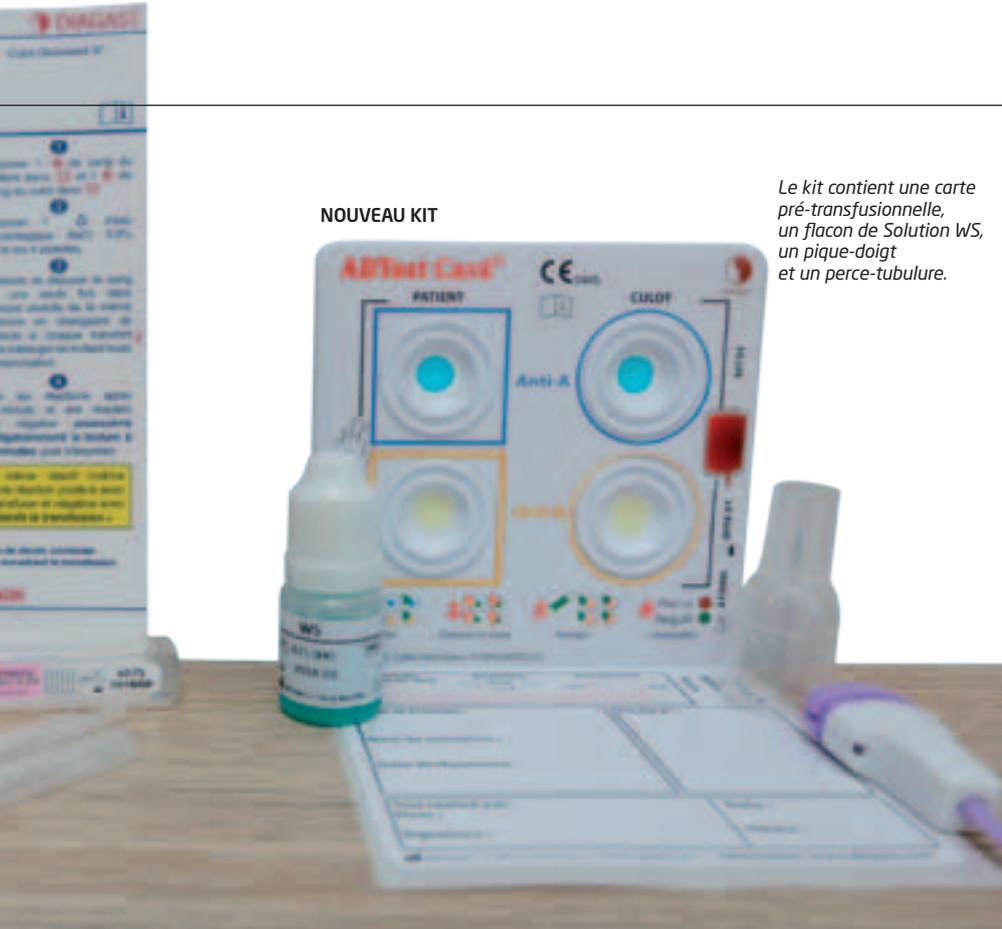
- > s'assurer de l'intégrité du sachet et vérifier la date de péremption ;
- > ouvrir le sachet et vérifier que tous les éléments nécessaires au test sont présents dans le sachet ;
- > relire le protocole simplifié ;
- > contrôler l'identité du patient et les références de la poche ;
- > indiquer l'identité du receveur et le numéro du culot sur la carte dans les emplacements prévus à cet effet ;
- > déposer six gouttes de solution de lavage dans chaque puits. Le bleu et le jaune doivent virer au vert ;
- > à l'aide du pique-doigt, prélever une goutte de sang du doigt du patient. Mettre en contact le doigt du patient dans les zones anti-A et anti-B destinées au receveur (gauche).
- > homogénéiser la tubulure. Puis, à l'aide du perce-tubulure, déposer une goutte de sang du boudin dans les zones anti-A et anti-B destinées au sang du culot (droite) et attendre que le sang soit entièrement absorbé par la membrane ;
- > vérifier que le sang du patient et le sang de la tubulure ont été déposés



À gauche l'ancienne carte, à droite le nouveau dispositif de contrôle ultime au lit du malade.



- dans chacune des zones anti-A et anti-B. Cocher la case « oui » sous la mention « contrôle de dépôt du sang » ;
- > remplir entièrement les puits avec la solution WS et attendre l'absorption complète dans la membrane. En cas de doute ou de traces sur le résultat négatif, un second lavage est recommandé. Si le doute persiste, il faut utiliser une nouvelle carte de contrôle. Pour cette étape, pas besoin de spatule, ni mélange, ni chaloupage ;
 - > interpréter le résultat : rouge = positif / vert ou translucide = négatif.



NOUVEAU KIT

Le kit contient une carte pré-transfusionnelle, un flacon de Solution WS, un pique-doigt et un perce-tubulure.

EN SAVOIR PLUS

La formation sur la nouvelle carte est disponible sur Intranet :

- > Accès rapides / Laboratoires / Bonnes pratiques transfusionnelles

COMMANDER

- > Les cartes peuvent être commandées sur le logiciel Pharma
- > Les ordonnances peuvent être commandées sur Cpage

LES AVANTAGES DE LA NOUVELLE CARTE

- > Lecture des résultats par colorimétrie et instantanée
- > Pas de temps de séchage : absorption immédiate
- > Carte plus hygiénique : pas de risque d'écoulement

Bien entendu, la transfusion pourra être administrée seulement si le soignant est sûr du résultat. En cas de doute, de difficulté d'interprétation ou d'incompatibilité détectée (patient-poche de sang), le soignant ne doit pas transfuser et doit contacter au plus vite le STS. Si la transfusion peut être faite, les constantes du receveur seront prises avant et pendant la transfusion (plus particulièrement les quinze premières minutes du soin), pour s'assurer qu'il n'y a ni incident ni accident transfusionnel. Enfin, l'étiquette de conclusion est

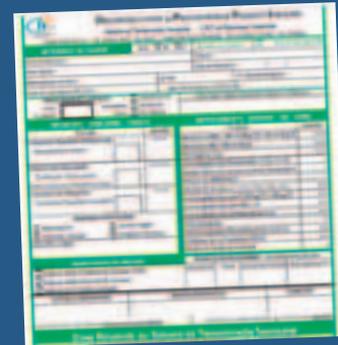
détachable et autocollante afin d'assurer une traçabilité maximale. La carte pré-transfusionnelle et un boudin du CGR* doivent être conservés 24 heures après la fin de la transfusion (la poche du culot globulaire est gardée 2 heures après la fin de la transfusion). Sophie David, coordinatrice Sécurité transfusionnelle et hémovigilance au STS, est disponible pour toute question complémentaire ou toute sollicitation des services de soins, notamment pour la formation de nouveaux arrivants, au poste 8050 ou par mail : sophie.david@cht.nc.

*CGR : Concentré de globules rouges

➤ Demande et réception de produits sanguins : rappel des bonnes pratiques

Depuis l'arrivée au Médipôle, le recours aux pneumatiques a entraîné une modification des habitudes de demande auprès du STS. Voici donc quelques rappels :

- > pour la transfusion, il faut **utiliser la cartouche rouge** de votre service ;
- > l'ordonnance de demande de produit au STS concerne à la fois les produits sanguins labiles et les médicaments dérivés du sang ;
- > il est nécessaire de remplir tous les items de l'ordonnance et notamment **le numéro de gare de réception voulue**. En effet, il existe plus de cinquante gares au Médipôle et le service de transfusion ne peut pas envoyer votre commande de produit sans cette précision. À noter : la livraison peut se faire dans une gare différente de celle depuis laquelle la demande est émise. Par exemple, une poche pour un patient du service de Chirurgie peut arriver au Bloc ;
- > **autre élément important à préciser : le numéro de MYCO de l'IDE en charge de la transfusion**, puisque la livraison se fait « à la demande » afin d'administrer le produit sans tarder (aucun produit ne doit être stocké dans les services) ;
- > les demandes sont honorées dans les 45 minutes en routine (bilan pré-transfusionnel fait si besoin), dans les 30 minutes en urgence (prévenir alors le STS par téléphone) ;
- > tout produit sanguin est distribué avec un bordereau de traçabilité et une fiche de délivrance, tous deux à remplir et retourner au STS via le pneumatique. **Le bordereau de traçabilité doit être rempli dès la réception de la commande, la fiche de délivrance à la fin de l'administration du produit.**
- > **un produit non utilisé doit être impérativement retourné au STS.**



LES AMA, TOUJOURS PLUS PROFESSIONNELLES !

En novembre, une soixantaine d'AMA ont bénéficié d'une formation sur les règles d'exercice de leur métier. La chef de service, Déborah Miramond, nous explique tout l'intérêt de la formation.

Comme le rappelle Déborah Miramond, « Il n'existe pas de formation spécifique en Nouvelle-Calédonie pour les assistantes médico-administratives. Lorsque nous les recrutons, elles peuvent parfois manquer de connaissances, en particulier sur leurs droits et leurs devoirs. » C'est pourquoi la chef de service a fait venir Françoise Lavignolle-Laluque, une ancienne responsable de la coordination des secrétariats médicaux du CHU de Bordeaux, experte en organisation. Cette formation de deux jours, dont une partie des AMA a déjà bénéficié en août 2016, a donc été dispensée à six groupes composés d'une dizaine d'AMA de différents services.

AU SERVICE DES PATIENTS

Françoise Lavignolle-Laluque explique que « Les AMA sont des agents de catégorie B et, à ce titre, ont forcément des responsabilités. Vu leur rôle, elles sont en quelque sorte le point d'ancrage entre le patient, le médecin et le personnel administratif. » De plus, leur métier a beaucoup évolué ces dernières années, notamment depuis l'application de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients liés à l'information, au secret et au respect de la vie privée, et la mise en place généralisée des DPI (Dossier Patient Informatisé) au Médipôle. Il est donc

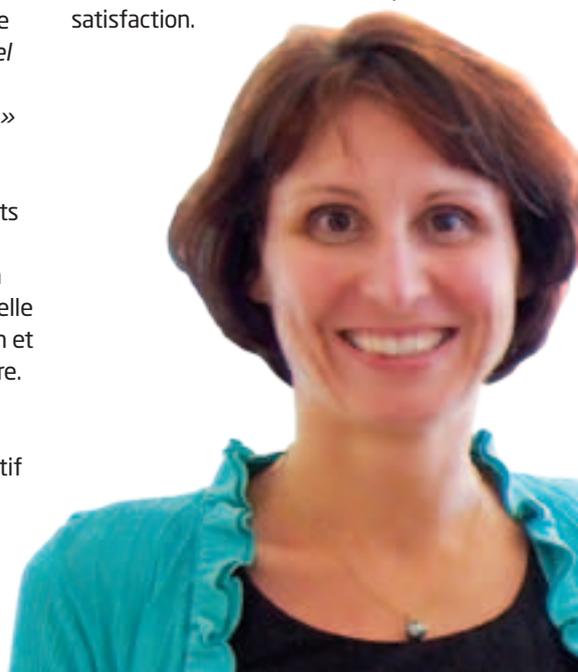
essentiel que les AMA soient informées sur ce qu'elles peuvent répondre aux malades, quelles limites elles doivent respecter, quel est leur positionnement dans la structure hiérarchique du CHT... Si l'expérience demeure bien sûr indispensable dans la relation avec le patient, la formation est aussi destinée à les aider à conserver une posture professionnelle en toutes circonstances et définit clairement le champ de leurs responsabilités.

UN CONTENU ADAPTÉ

La formation est découpée en trois temps forts. Pour commencer, la formatrice et chaque AMA se présentent individuellement. C'est l'occasion de revenir sur leurs expériences, leur ressenti, leurs interrogations... Françoise souligne que « Ce moment est essentiel pour bien débiter : les AMA partagent beaucoup. Un vrai espace d'échanges ! » Ensuite, l'approche est plus théorique avec la redéfinition du cadre de la fonction d'AMA et un travail sur les droits des patients, le secret médical, le DPI, l'archivage, la personne de confiance, la confidentialité... La formatrice leur rappelle également l'importance de leur fonction et de leur rôle dans la structure hospitalière. Enfin, elle revient sur la problématique de leur métier pour lequel on a pu constater un glissement de l'administratif vers le médical. Il peut arriver que des



AMA soient amenées à assumer des responsabilités qui ne sont pas de leurs compétences : d'où la nécessité d'insister sur la posture professionnelle et leur rôle. « Les retours des AMA sont excellents. Il était important qu'elles puissent échanger avec une professionnelle extérieure au CHT sur les problématiques qu'elles rencontrent. J'espère que cette formation aura répondu à leurs attentes, leur aura donné confiance en leur profession, extrêmement importante pour l'établissement, et qu'elles poursuivront dans cette dynamique pour évoluer et s'épanouir dans leurs missions », conclut la chef de service avec beaucoup de satisfaction.





PRINCIPALES MISSIONS DES AMA

Dans le cadre d'un lien étroit avec les médecins et le personnel soignant et sous la hiérarchie d'une coordinatrice, l'AMA assure :

- > l'accueil et la prise en charge médico-administrative des patients en hospitalisation et en consultation ;
- > l'identification et le recensement des besoins des patients et des familles ;
- > la constitution et la mise à jour des dossiers d'hospitalisation et de soins externes : recueil des informations médico-administratives, vérification des couvertures sociales, conseil sur les démarches administratives...
- > l'organisation, en lien avec le corps médical, du planning : consultations, hospitalisations, examens, bloc...
- > le traitement des courriers, dossiers et documents (frappe, enregistrement, diffusion, archivage sur le DPI) ;
- > la mise à jour du dossier administratif dans le logiciel de facturation.



Avant de se lancer dans la formation professionnelle, Françoise Lavignolle-Laluque a été elle-même AMA pendant vingt ans au CHU de Bordeaux, puis coordinatrice et enfin responsable de la coordination. « La formation que je leur donne est en fait une sorte de boîte à outils qu'au final chacune alimente en fonction de sa propre expérience. En tant qu'ancienne AMA, j'ai pu constater

avec beaucoup de plaisir que leur travail était déjà très bien organisé et que toutes avaient à cœur d'aller de l'avant et de se perfectionner. Le bilan pour moi est très positif ! »



TÉMOIGNAGES



Valérie Badani, AMA en HDJ Médecine

« Pendant la formation, nous sentions que Françoise avait été AMA à cause de sa sensibilité et de sa compréhension devant nos interrogations : c'était important ! Nous avons aussi échangé sur nos expériences. Cela a été très ressourçant pour moi ! »



Nathalie Bull, AMA au service d'Hépatogastro-Entérologie

« En tant qu'AMA, nous sommes des sortes de petits chefs d'orchestre entre les patients, les médecins et la structure, et nous devons faire en sorte que tout se passe bien. Outre les piqûres de rappel, la formation nous a permis de nous interroger et de partager nos expériences... C'était très intéressant et instructif. »

“ Pour l'encadrement, cette formation des AMA était très importante. Vu la transversalité de leur métier indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital, il était nécessaire de clarifier leur positionnement aussi bien vis-à-vis du patient que du médecin ou de l'administration. ”

Déborah Miramond, chef du service Clientèle

LA FILIÈRE PATIENT DEBOUT : UN PROJET D'AVENIR POUR L'AMBULATOIRE

Approuvée par la Commission médicale d'établissement le 27 novembre, la filière Patient debout repositionne la place du patient dans sa prise en charge, tout en respectant son autonomie et sa dignité. Le Dr Philippe Campana, chef du projet, nous explique tout l'intérêt de la démarche...

Dans le fonctionnement classique d'un hôpital et en particulier du CHT, le patient était placé en position couchée dans son lit dès son arrivée en Chirurgie ambulatoire (UCA) : il y demeurait en attendant sa prise en charge et était ensuite transporté, toujours couché, au Bloc opératoire. « *Ce qui posait de gros problèmes pour ceux qui portent des appareils dentaires ou auditifs, des perruques ou des lunettes car, dès leur prise en charge, les soignants les préparent pour l'intervention et leur demandent de tout enlever. Ce qui les place dans une situation inconfortable* », souligne le docteur Campana. De plus, comme dans tout établissement public, des urgences peuvent intervenir à n'importe quel moment et prolonger ainsi les délais d'attente. Les praticiens du Médipôle se sont alors interrogés pour améliorer la prise en charge et ont retenu la filière Patient debout qui permet au patient d'aller en marchant de sa chambre jusqu'à la salle d'opération.

RESPECTER LA DIGNITÉ ET L'AUTONOMIE DU PATIENT

Grâce à cette démarche, le patient n'est plus passif, mais devient véritablement acteur de sa prise en charge. Accompagné par un soignant avec qui il peut dialoguer d'égal à égal, il se rend debout au bloc. En salle d'opération, il est à la même hauteur que toute

l'équipe médicale, et non plus en position de contrainte. Il est donc informé, peut échanger avec les soignants et demeure totalement conscient de son environnement jusqu'au moment de l'anesthésie. Et il peut conserver jusqu'au dernier moment ses appareillages... Le respect de sa dignité passe par toutes ces étapes. Cette nouvelle forme de prise en charge diminue aussi l'infantilisation ou la surmédicalisation du patient, liée surtout au brancardage couché. Enfin pour le rassurer et éviter des montées de stress, les soignants utilisent une communication positive, avec l'emploi de vocabulaire bienveillant et factuel. Ce qui entraîne une diminution des posologies de médicaments pour l'endormissement du patient ou lutter contre la douleur : au final, il se réveille plus facilement et va donc sortir plus rapidement. Le Dr Campana précise tout de même que « *Le patient doit être valide pour se déplacer seul et de façon autonome, ne doit pas avoir de handicap mental, ni trouble de la compréhension. La douleur est aussi prise en compte : si le patient souffre beaucoup, il est souvent préférable de le laisser dans son lit.* »

DES BÉNÉFICES POUR LES SOIGNANTS

Dorénavant, les équipes entretiennent des rapports plus humains et plus adultes avec le patient. L'aide-soignant, par exemple, passe d'une fonction de technicien qui assure les contrôles

Au Bloc, l'aide-soignant du Bloc prend le relais. Le patient se rend directement en salle opératoire si tout est prêt ; sinon il patiente quelques minutes en salle d'attente.



À l'appel du Bloc opératoire, le patient est accompagné par l'aide-soignant et peut dialoguer avec lui.



L'infirmier pose un cathéter. Par contre, il ne lui propose pas de médicament pour se détendre, des études américaines et européennes ayant démontré que le stress occasionné est moindre avec la filière Patient debout.

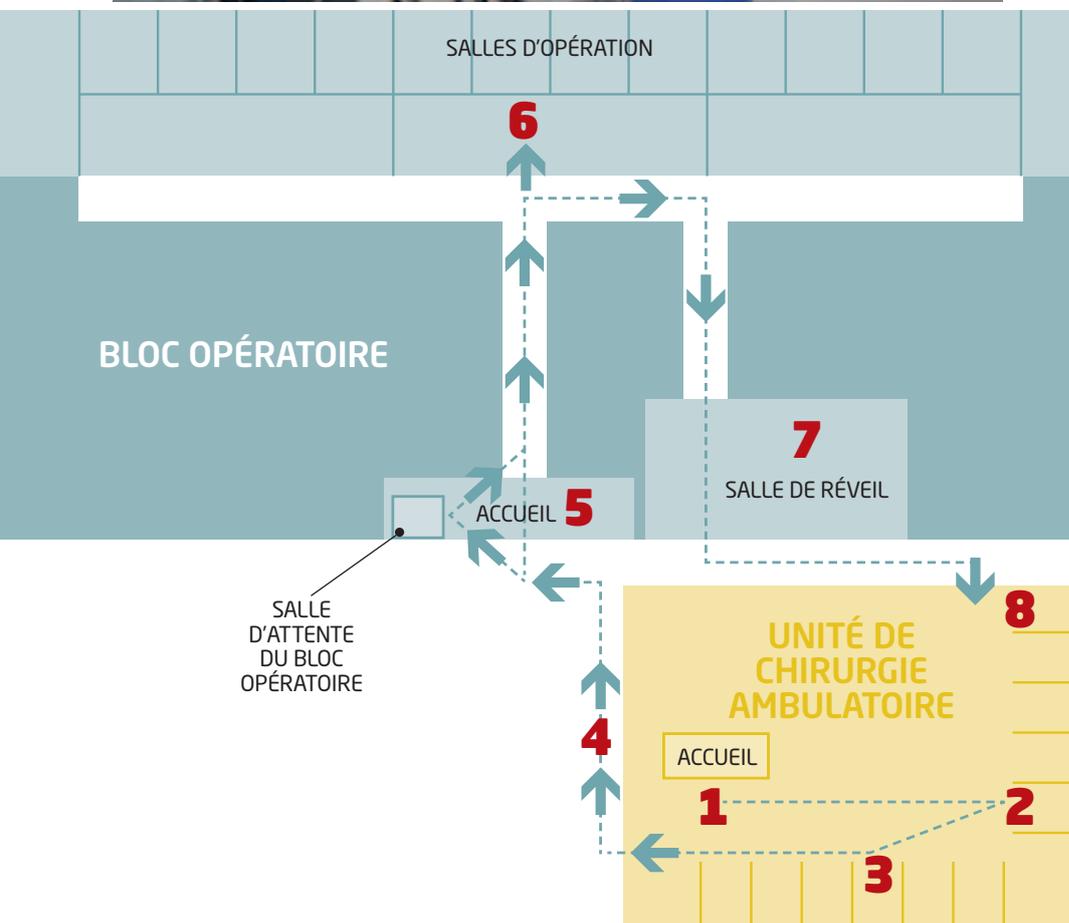


Une fois la salle d'opération prête, le patient accompagné y va debout : l'aide-soignant l'aide à s'installer sur la table et finalise la check-list (identité, opération, etc.). Le patient doit alors enlever tous ses appareillages qui sont placés dans des sachets étiquetés, puis en fonction de l'intervention, il bénéficie d'une anesthésie locorégionale ou générale.



LE CIRCUIT DU PATIENT DEBOUT

Le réveil se fait dans la salle d'opération, puis le patient est transféré vers la salle de réveil en position couchée pour son bien-être avec son inventaire.



8 C'est toujours couché que le patient est ramené à l'UCA, pour un meilleur confort : son premier lever doit être exécuté sous sécurité et surveillance. Le patient peut prendre tout le temps nécessaire pour passer du brancard à son lit : il est aidé par le brancardier et l'aide-soignant.

Le patient est pris en charge par les soignants. L'aide-soignant lui fournit une tenue spécifique à usage unique qui doit être à la fois confortable et respectueuse de son intimité, similaire aux tenues de bloc des soignants. Le patient se rend dans sa chambre où il reste libre de ses mouvements.



Le patient arrive à l'accueil de l'UCA où il confirme son choix de la filière Patient debout. Le chirurgien ou l'anesthésiste qu'il a rencontré pour la préparation de l'intervention l'a informé de la procédure. La plupart des patients consultés choisissent cette filière.



d'identité à l'accueil, participe à la signalisation et à la logistique du Bloc, au confort et à l'installation des patients, à celle d'un accompagnant qui va guider le patient et échanger avec lui. Les brancardiers, moins sollicités par le Bloc, peuvent consacrer plus de temps au reste de l'hôpital : moins de transferts de lit à lit, puisque le patient s'installe seul, donc à terme probablement moins de pathologies lombaires. Le métier des infirmiers est également revalorisé avec plus de gestes techniques en UCA. Résultat : les équipes sont plus efficaces, la prise en charge est simplifiée, l'activité est nettement plus fluide avec une forte réduction des temps d'attente.

DES AXES D'AMÉLIORATION ET DE DÉVELOPPEMENT

Pour le docteur Campana, « Il faut encore améliorer les conditions d'admission des patients : si la chirurgie ambulatoire déjà mise en place au Médipôle est plébiscitée par quasiment la totalité des patients qui en ont bénéficié, il nous reste quelques éléments à optimiser. » Pour ce faire, la procédure ayant été validée par la CME, la cellule Qualité va mener avec l'équipe projet un travail de fond sur la procédure en réalisant un audit destiné à la Direction. Il mettra en avant les points d'amélioration en termes de fonctionnement et de logistique : des tenues améliorées, des locaux plus confortables, notamment en isolant la salle d'attente du Bloc et en l'équipant d'un écran et d'un fond musical. « Nous sommes très positifs et optimistes sur la filière. D'ailleurs, à plus ou moins long terme, nous réfléchissons à l'étendre à d'autres services, d'autres types de chirurgie ou d'intervention, en particulier la pédiatrie : sous condition de faisabilité et d'acceptabilité, les parents pourraient être aux côtés de leur enfant jusqu'à la salle d'opération ! Toute l'équipe du Bloc s'est beaucoup investie dans ce projet, les excellents retours des patients ayant bénéficié de cette filière sont un véritablement encouragement à aller plus loin et à nous surpasser. »

L'ÉQUIPE PROJET

- > **Le Dr Philippe Campana**, praticien hospitalier département Anesthésie-Réanimation, chef de projet
- > **Françoise Beurier**, cadre de santé Bloc opératoire
- > **Marc Fermaut**, cadre de santé Bloc opératoire
- > **Corine Goeytes**, cadre de santé unité Chirurgie ambulatoire
- > **Le Dr Érica Mancel**, chirurgien et chef du service Ophtalmologie



“ La mise en place de la filière Patient debout en métropole est très récente : elle date de 2010. Parmi les établissements précurseurs, on peut citer les CHU de Lyon et Marseille. Au Médipôle, en intégrant la filière Patient debout dans nos procédures, nous pouvons nous considérer comme à la pointe de la médecine moderne. Et puis, surtout, la quasi-totalité des patients consultés se sont déclarés très satisfaits ! ”

Le Dr Campana

LE PUBLIC CONCERNÉ

Dans un premier temps, seuls les patients en ambulatoire bénéficient de cette prise en charge. Pour les autres hospitalisés, même s'ils sont valides, la distance à parcourir pour se rendre au Bloc opératoire est plus longue, la procédure Patient debout ne leur est donc pas proposée pour l'instant. En revanche, certains patients se présentant aux Urgences, devant bénéficier d'une opération immédiate, peuvent être orientés vers l'UCA et bénéficier de la filière. Il s'agit essentiellement de pathologies pour lesquelles le patient ne nécessite pas de perfusion, ni de surveillance hospitalière, et s'il est raccompagné chez lui, habite dans le grand Nouméa et n'est pas seul à son domicile.

COMPTES QUALITÉ : REVUE DE DÉTAIL

Les comptes Qualité sont une nouvelle façon de s'auto-évaluer pour renforcer la sécurité des patients et des professionnels de santé. Dans le cadre de la certification du CHT, ils visent à pérenniser les engagements de l'établissement et se déclinent en seize thématiques, supervisées par la cellule Qualité. Chacune est pilotée par un groupe de travail pluridisciplinaire, qui doit : identifier et analyser les risques, proposer des actions visant à mieux maîtriser les plus critiques, et veiller à l'efficacité de ces mesures. Ce numéro vous propose la présentation de trois premiers comptes Qualité.



LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

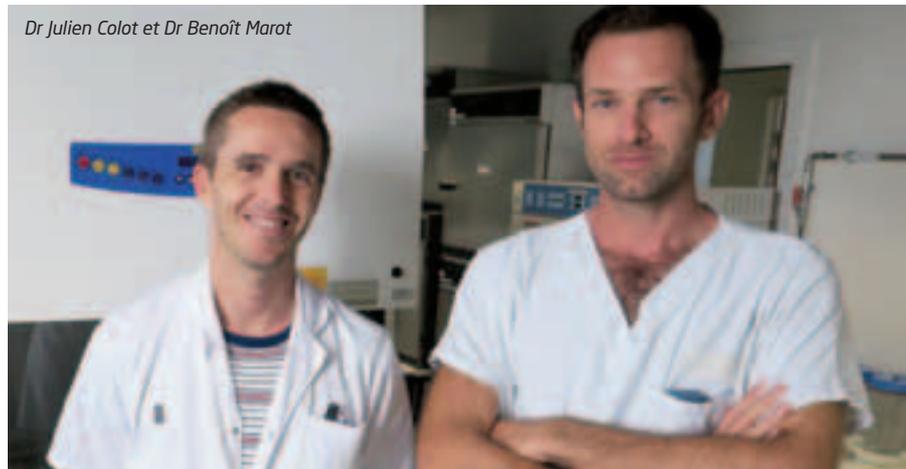
Le compte Qualité « Gestion du risque infectieux » fait partie de la première vague de sept thématiques* lancée au CHT en juillet 2016 dans le cadre de la certification.

Le groupe de travail attaché à cette thématique est constitué du Dr Benoît Marot (pilote), anesthésiste-réanimateur et président du CLIN, Comité de lutte contre les infections nosocomiales, du Dr Julien Colot (copilote), biologiste bactériologiste, du Dr Blandine Placet, pharmacienne hygiéniste, et d'Anne Ledu, cadre supérieure. D'autres praticiens ou cadres sont associés sur certains risques. Les réunions sont trimestrielles. Très denses au lancement pour identifier les objectifs et différents points d'action, elles s'insèrent depuis environ un an dans les réunions trimestrielles du CLIN, sous la forme d'un suivi.

LES PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIÉS

Comme dans chaque thématique, une « cartographie des risques », relevant pour chacun une échelle de gravité et de fréquence, a permis de cerner les plus critiques et les moins bien maîtrisés. Dans le cas du risque infectieux, les principaux sont :

- > les antibiothérapies non adaptées ;
- > la prévention et la surveillance des AES, accidents d'exposition au sang ;
- > les infections de sites opératoires (ISO) ;
- > la sécurité environnementale



Dr Julien Colot et Dr Benoît Marot

(l'environnement du soin : propreté et qualité de l'air).

Pour travailler sur chacun de ces risques (la liste n'est pas exhaustive), des objectifs ont été définis, associés à des actions d'amélioration et des indicateurs de suivi.

LES ACTIONS MISES EN PLACE

À titre d'exemple, citons quelques-unes des mesures prises ou en cours.

> **Antibiotiques (ATB).** Les antibiothérapies non adaptées sont une préoccupation majeure. « *La Nouvelle-Calédonie connaît une grosse résistance aux antibiotiques, plus qu'en métropole*, relève le Dr Marot. *La situation évolue très vite, en cinq ans, la résistance s'est aggravée.* » Ce risque concerne l'ensemble des praticiens hospitaliers. Un guide de l'antibiothérapie a donc été créé et diffusé auprès des médecins territoriaux. L'évaluation de la consommation des ATB se fait désormais

par service et non plus par secteur, avec un relevé annuel. Objectif en cours : la prescription nominative des ATB à risques - un groupe de travail spécifique s'y consacre.

> **AES.** Les objectifs sont atteints : remplacement de la Biseptine par du Dakin, protocole de pose et de manipulation des aiguilles de Huber et optimisation de la gestion des déchets coupants. Le suivi est assuré par l'analyse des feuilles d'événements indésirables et un rapport annuel.

> **ISO.** Un groupe de travail spécifique a été formé et un recueil trimestriel des ISO a été réalisé. La présentation des résultats est en cours.

> **Sécurité environnementale.** Un technicien a été recruté pour effectuer les prélèvements d'eau, d'air, de surfaces et des dispositifs médicaux. Du matériel permettant le comptage des particules est acquis et les professionnels y sont formés.

* Les six autres sont : la prise en charge médicamenteuse du patient, la prise en charge de la douleur, la prise en charge du patient en fin de vie, les droits des patients, l'endoscopie, la salle de naissance.



LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

Le compte Qualité « prise en charge médicamenteuse du patient », comme celui dédié à la gestion du risque infectieux, est en place au CHT depuis juillet 2016.

Le groupe de travail constitué autour de cette thématique est composé du Dr Caroline Fijalkowski (pilote), pharmacienne, de Pierre Pomarat (copilote), cadre de la pharmacie, de deux infirmières, Marlène Fouillot et Emmanuelle Czarninski, et de Pascal Dussud, cadre supérieur médicoteknique. Pour le Dr Fijalkowski, « Il est très intéressant d'échanger avec des infirmières, qui dispensent les médicaments au quotidien et nous font prendre conscience de certaines problématiques. » Seul regret, l'absence d'un prescripteur médecin.

La phase d'installation au Logipôle a nécessité une longue coupure dans les réunions, qui ont repris il y a quelques mois à un rythme toutefois moins soutenu, les travaux étant bien avancés.

LES PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIÉS

Le circuit du médicament est soumis à un certain nombre de risques, dont certains ont été identifiés comme les plus importants. Parmi eux, citons :



- > la préparation de l'alimentation parentérale pour les bébés prématurés, réalisée auparavant par les infirmiers dans le service de néonatalogie ;
 - > le système de gestion et de stockage des médicaments ;
 - > la prescription chez le sujet âgé, souvent polymédicamenté, donc particulièrement vulnérable ;
 - > le broyage des médicaments ou l'ouverture des gélules en cas de troubles de la déglutition.
- Chacun de ces risques a fait l'objet d'actions correctives, déjà en place ou en cours.

LES ACTIONS MISES EN PLACE

- > **Alimentation parentérale.** Les préparateurs sont désormais chargés de la préparation des poches, à l'intérieur d'un isolateur (enceinte stérile) dans une salle spécifique du Logipôle.
- > **Gestion des médicaments.** Un nouveau système de rangement uniformisé, baptisé « plein-vide », a été mis en place. Testé dès 2015 dans deux services, et généralisé au Médipôle, il

consiste en l'instauration de dotations de médicaments automatisées ; un système d'étiquettes à scanner permet de gérer ces dotations, évitant rupture et gaspillage grâce à une rotation maîtrisée des stocks. Il s'agit aussi de « rendre du temps infirmier », précise le Dr Fijalkowski.

> **Sujets âgés.** L'absence d'une politique de prescription spécifique avait été pointée lors de la précédente certification. Un groupe de réflexion a donc été constitué, conduit par un médecin et une pharmacienne, qui travaille à un guide d'aide à la prescription. Une unité de gériatrie doit par ailleurs ouvrir.

> **Broyage des médicaments.** Écraser un comprimé ou ouvrir une gélule, c'est risquer d'en modifier le principe actif. Un document est désormais accessible sur le système d'information Qualité YES, qui liste les gélules et les médicaments dont on peut modifier la forme pharmaceutique. Quand l'écrasement est possible, les broyeurs Silent Knight offrent en outre de meilleures conditions d'hygiène.



À RETENIR

Après le déploiement en deux étapes (juillet 2016 et juillet 2017) des quatorze premiers comptes Qualité*, la troisième et dernière étape concernera, en avril 2018, la gestion du système d'information et le management de la qualité et des risques. Prochaine visite de certification (V2014) : juin 2019.

* Retrouvez-les dans L'Ouvre boîte n° 68.

→ LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Le compte Qualité « prise en charge de la douleur » a lui aussi été lancé au CHT en juillet 2016. Le groupe de travail dédié à cette thématique est piloté par le Dr Luc Brun, algologue, président du CLUD (Comité de lutte contre la douleur), et Virginie Dalant, infirmière ressource douleur. Y sont associés Nathalie Chevalier, cadre supérieure de santé, Laurence Gracia, infirmière ressource douleur, Maëlle Deniaud, psychologue de l'Unité douleur, Céline Mériadec, cadre sage-femme, et d'autres soignants motivés par le projet. Sont également investis les correspondants douleur de chaque service, ainsi que les services support comme le Biomed, la pharmacie, le service informatique ou la cellule formation du Médipôle. Ce compte Qualité s'exprime ainsi bien au-delà des réunions trimestrielles d'étape : « Il se base essentiellement sur la mise en relief

des problématiques de terrain, la réalité quotidienne des acteurs de santé au sein de leurs services », insiste Virginie Dalant.

LES PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIÉS

En matière de prise en charge de la douleur, comme pour les autres thématiques, il s'agit de recenser les nombreux risques, de les coter sur un niveau de criticité, d'identifier les causes et, par une réflexion commune, d'apporter des solutions. Pour Virginie Dalant, le grand intérêt du compte Qualité réside dans l'analyse des pratiques, elle le compare à « une moissonneuse-batteuse qui récolte l'ensemble des problématiques, les décortique et les trie ». Exemples des risques soulevés et traités :

- > insuffisance de matériel, notamment des PCA ;
- > insuffisance d'évaluation de la douleur

chez les patients non communicants ;

- > insuffisance de l'utilisation des techniques non médicamenteuses ;
- > récurrence de la douleur intense à domicile ;
- > insuffisance de l'anticipation des soins douloureux.

LES ACTIONS MISES EN PLACE

- > **PCA.** Le parc était insuffisant, une grosse commande a été passée, des formations assurées, un suivi réalisé.
- > **Patient non communicant.** Le constat d'une difficulté à évaluer la douleur des personnes ne pouvant pas s'exprimer a amené à s'interroger sur les outils (échelles d'évaluation) à disposition sur l'Intranet de l'Unité douleur et à réinformer les équipes.
- > **Techniques non médicamenteuses.** La musicothérapie a fait l'objet en septembre d'une intense campagne d'information et de formations, Music Care étant désormais accessible sur tous les TMM*. L'hypnose est aussi développée grâce à de nombreux agents formés.
- > **Douleur intense à domicile.** Un projet de suivi des polytraumatisés est en cours afin de les répertorier à la source (en réanimation) et de mettre en place un suivi téléphonique avec une évaluation régulière de la douleur, pour limiter l'apparition de douleur chronique.
- > **Soins douloureux.** Des formations au gaz MEOPA ont permis une meilleure prise en charge anticipée.



Dr Luc Brun et Virginie Dalant

“ Cet outil de pilotage permet d'identifier en temps réel les difficultés du terrain (analyse des fiches d'événements indésirables) et de mettre en place des actions correctives décidées collégialement. ”

Virginie Dalant, infirmière ressource douleur.

➔ À SUIVRE...

Le prochain numéro de *L'Ouvre boîte* présentera les trois comptes Qualité suivants : la salle de naissance, l'identification du patient à toutes les étapes, les droits des patients. Les numéros suivants déclineront les dix autres thématiques.



CSM : UN SUPPORT TECHNIQUE À VOTRE ÉCOUTE

Depuis sa mise en œuvre, début octobre, le Centre de Support Mutualisé (CSM) du Médipôle permet une meilleure résolution de l'ensemble des problématiques techniques dont il assure la prise en charge.

Comme le souligne Frédéric Dosch, directeur des systèmes d'information et du biomédical, « Avant la mise en place du CSM, 40 % des appels demeuraient sans réponse du fait d'un manque de mutualisation des moyens. Depuis, ce taux a considérablement diminué puisque nous traitons désormais quasiment tous les appels. »

En pleine charge, dès début 2018, le CSM comptera six agents spécialement formés à la prise d'appels, à l'accueil téléphonique et aux procédures à mettre en œuvre en aval de ceux-ci. Un système d'astreinte permettra alors d'assurer un service 7 jours sur 7, de 6 h à 22 h (contre 7 h à 21 h à l'heure actuelle). Qui plus est, cet effort de mutualisation ne se réduira pas au Médipôle. Le CHS et le CHN devraient en effet accéder aux fonctionnalités de ce centre support à compter de mi-2018.

DU W.-C. BOUCHÉ À L'IMPRIMANTE EN DYSFONCTIONNEMENT...

Dès réception d'un appel, les agents ont pour objectif de qualifier le problème dans les meilleurs délais. Selon sa nature, celui-ci pourra être traité directement ou faire l'objet d'une redirection vers l'équipe de maintenance concernée, après ouverture d'un ticket d'intervention. Qu'il s'agisse d'un problème d'imprimante, d'une chaise cassée, d'un W.-C. bouché, d'une climatisation non fonctionnelle, tous les appels aboutiront au CSM. Le traitement des problèmes s'effectuera alors en fonction de leur gravité et des ressources disponibles. L'objectif étant d'intervenir de manière raisonnée dans le meilleur délai possible. Grâce au CSM, le temps d'intervention est néanmoins considérablement réduit,

ASSET PLUS : un logiciel métier spécialisé

Dans le cadre de sa montée en charge, le CSM va peu à peu intégrer un nouveau logiciel GMAO (Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur). Développé exclusivement par General Electric pour le milieu hospitalier, celui-ci intègre à la fois maintenance préventive et maintenance curative. Après des tests début 2018, une première version opérationnelle devrait entrer en fonction au second semestre.

et ce pour des raisons simples : pas d'appel perdu, une gestion rationnelle des files d'attente, un suivi des tickets ouverts, une industrialisation progressive des procédures. En cours de rédaction, avec le concours des agents du CSM, ces procédures, dites de levée de doute, permettront de mieux qualifier les problèmes (description, localisation, criticité, contact...) et ainsi d'en assurer une meilleure gestion.

LES NUMÉROS D'APPEL POUR ACCÉDER AU CSM

- > Souci informatique
99 99
- > Maintenance hospitalière
88 88
- > Terminaux multimédias patients
77 77
(en service en 2018)

RECONNAISSANCE VOCALE : ILS EN PARLENT !

En cours de déploiement depuis quelques mois, la dernière version du logiciel de reconnaissance vocale Dragon Medical « bluffe » la grande majorité de ses premiers utilisateurs et leur fait « gagner un temps fou » !

Difficile d'être plus enthousiaste que ne l'est Jean-Baptiste Guillaume, ophtalmologue, et utilisateur depuis peu du logiciel de reconnaissance vocale déployé par la DSI du Médipôle : « Pour moi qui tape à deux doigts, ce logiciel est formidable. Il me fait gagner un temps fou ! Qui plus est, le fait de verbaliser mes comptes-rendus devant le patient s'avère autant positif pour eux que pour moi. »

Pari gagné donc auprès de ce praticien ainsi qu'auprès de la majorité de ceux qui ont accès à cette nouvelle version du logiciel édité par Nuance, un des leaders mondiaux en la matière.

UN APPRENTISSAGE POSSIBLE EN 30 MINUTES !

Qu'il est loin le temps où les logiciels de ce type requéraient un apprentissage fastidieux. Oubliées les cinquante pages qu'il convenait de lire pour que le logiciel se familiarise avec le profil de son utilisateur !

Désormais, après une installation simple et rapide, la prise en main de la solution est immédiate ou peu s'en faut, comme le souligne Shirley Gervolino, coresponsable de son déploiement en relation avec les équipes de la DSI : « Une demi-heure à peine suffit pour qu'un praticien, même peu aguerri techniquement, soit à l'aise avec cet outil ; c'est vraiment bluffant ! » Un avis partagé par Frédéric Dosch, directeur des systèmes d'information, qui insiste sur « la formidable capacité

du logiciel à analyser le langage technique et à continuer à apprendre celui-ci au fil des utilisations ». Au-delà de son ergonomie naturelle, soulignée par les praticiens, le logiciel a, en effet, une capacité d'auto-apprentissage importante dès lors que les utilisateurs choisissent de réaliser les corrections via les commandes vocales, plutôt qu'en utilisant le clavier.

D'ailleurs, s'il existe un axe d'amélioration, il est sans doute là. Pour accélérer l'usage de ce logiciel, une légère formation complémentaire quant à la bonne pratique des commandes vocales serait la bienvenue. Non sans humour, on se permettra d'écrire que des voix se sont (chaleureusement) fait entendre pour solliciter cette démarche !

QUID DES PROCHAINS DÉPLOIEMENTS ?

Si vous voulez en savoir plus sur le calendrier prévisionnel de déploiement, merci de prendre contact avec le service informatique, par courriel, à l'adresse suivante : services.support@cht.nc



UN DÉVELOPPEMENT TECHNIQUE HAUT DE GAMME

L'éditeur américain Nuance a mis en place des moyens importants pour décliner son logiciel Dragon Medical. Pour l'édition française, un partenariat avec l'hôpital Saint-Joseph à Paris a ainsi permis d'utiliser sept mille documents médicaux préalablement « anonymisés ». Un préalable indispensable pour « digérer » la vaste et spécifique palette de vocabulaire propre au milieu médical...





Le Comité d'éthique s'est réuni jeudi 7 décembre.

➤ QUI PEUT SAISIR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE ?

Dans son cadre d'action, il peut être saisi par :

- > le patient ou, en cas d'incompétence, la personne de confiance désignée,
- > tout le personnel du CHT,
- > le médecin traitant d'un patient pris en charge au CHT.

Pour rappel, ses avis sont uniquement consultatifs : chacun reste libre de sa décision.

RESPECT ET DIGNITÉ

Le Comité d'éthique du CHT, dont le cadre d'action se situe au niveau du Médipôle, est un groupe de discussion et de réflexion autonome, créé par les instances. Sa présidente, le docteur Érica Mancel, nous explique son rôle et son fonctionnement en tant qu'instance consultative.

Mise en place au CHT depuis 1995, l'instance voit sa composition de vingt-et-un membres basée sur le pluralisme et la pluridisciplinarité : médecins, cadres de santé, paramédicaux, membres de la société civile et un représentant du Comité d'éthique de la Nouvelle-Calédonie. Comme les autres instances de l'établissement, la plupart de ses membres ont été renouvelés cette année pour un mandat de trois ans. « Cette arrivée de "sang neuf" va donner une nouvelle impulsion à ce comité, explique le docteur Mancel. Il réfléchit et travaille essentiellement à l'aide de valeurs telles que l'égalité d'accès aux soins pour

tous les patients, la justice, l'analyse des bénéfices et des risques... » Sa mission principale est de proposer des réponses aux questions éthiques des professionnels de santé dans l'exercice de leur activité, dans un contexte de soins garantissant le respect de la dignité humaine.

UNE INSTANCE CONSULTATIVE

Le Comité siège en séance de travail à peu près tous les deux mois. Lorsque l'urgence de la situation l'exige ou à la demande de sa présidente, il peut se réunir dans le cadre de séances extraordinaires.

« Nous pouvons être consultés pour des cas cliniques complexes qui sont très

longs à analyser et à traiter. Il est alors important pour nous de rencontrer toutes les parties, d'écouter et d'échanger avec tous les acteurs, de prendre en compte chaque point de vue toujours dans une optique de pluralisme... » En 2017, le Comité a travaillé sur la charte des droits des enfants hospitalisés, la charte des devoirs du patient et sur plusieurs études en cours dans l'hôpital. Les projets de l'année à venir sont la charte des personnes âgées hospitalisées, une réunion ouverte à tout le personnel du CHT (comme fait il y a plus d'un an) et la reprise d'un rapprochement avec le Comité d'éthique de la Nouvelle-Calédonie pour une approche globale de l'éthique sur le territoire.

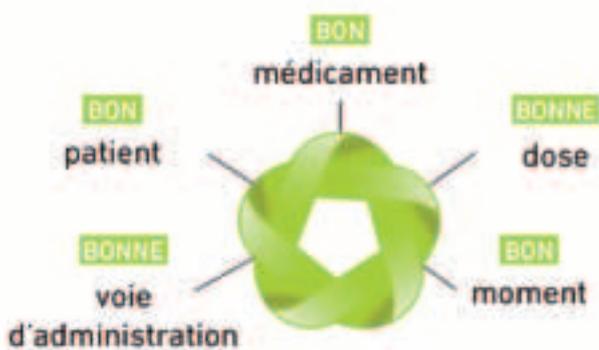
➤ LES MISSIONS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

- > Faciliter et aider la décision des professionnels de santé qui ont à résoudre des questionnements d'ordre éthique à l'occasion de l'exercice de leur activité, notamment dans leurs rapports avec les patients et leur famille, en particulier pour les conduites diagnostiques ou thérapeutiques.
- > Donner un avis sur un problème éthique posé par le fonctionnement du CHT.
- > Sensibiliser et former à l'éthique les professionnels de santé.

MÉDICAMENTS

NEVER EVENTS, OU « CE QUI NE DOIT JAMAIS ARRIVER »

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament souhaite sécuriser les soins médicamenteux en prenant des mesures concernant douze points sensibles. Cette démarche permettrait de limiter certaines erreurs récurrentes, même si la vigilance de tous reste la clé contre les événements graves évitables.



La règle des « 5B », une réflexion indispensable avant chaque administration médicamenteuse.



L'affiche de l'ANSM concernant l'usage du chlorure de potassium injectable, diffusée en juin dans les services du CHT.

Selon l'enquête ENEIS* 2009, après les actes invasifs et les infections liées aux soins, les médicaments sont la troisième cause d'événements indésirables graves (EIG). Ils représentent 60 000 à 130 000 EIG par an, dont 15 000 à 60 000 sont évitables. Certains sont liés au produit : problème d'étiquetage ou de conditionnement notamment. D'autres sont liés aux pratiques ou à l'organisation du circuit des médicaments : erreur lors de la prescription ou de l'administration du médicament par exemple. Mais le plus souvent, différents facteurs s'intriquent pour conduire à l'événement indésirable. C'est ainsi, et afin de sécuriser le circuit du médicament, que l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a listé les « événements qui ne devraient jamais arriver » ou *Never Events*. Ce sont des événements indésirables graves évitables qui n'auraient pas dû survenir, si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre. Cette liste comprend douze *Never Events* :

> Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants

- > Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- > Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque
- > Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
- > Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- > Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie
- > Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)
- > Erreur d'administration d'insuline
- > Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie-réanimation au bloc opératoire
- > Erreur d'administration de gaz à usage médical
- > Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)
- > Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidose de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à

la maternité ou en pédiatrie. Pour éviter ces erreurs, différentes mesures doivent être mises en œuvre. L'ANSM rappelle les règles d'administration des médicaments à risque. Par exemple, elle a sensibilisé aux recommandations sur le bon usage du chlorure de potassium injectable dans une affiche, diffusée dans les services en juin. De la même manière, l'insuline, autre médicament à risque, a fait l'objet de plusieurs procédures, notamment celle concernant le bon usage des stylos et flacons d'insuline, qui sont disponibles sur le système de gestion documentaire YES. De façon plus générale pour une meilleure sécurisation des soins, la mise en pratique de la règle des « 5B », la Bonne voie d'administration sur le Bon patient du Bon médicament, à la Bonne dose au Bon moment, reste un facteur clé. De même, déclarer un événement indésirable par le biais des FEI constitue un signal d'alerte qui doit contribuer à l'amélioration des pratiques pour que cet événement ne survienne plus. Il appartient ainsi à chacun de rester vigilant.

Pour plus d'informations sur les *Never Events*, vous pouvez consulter le site de l'ANSM.

POINT D'ÉTAPE : LE PROJET DE PLAN DE PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU CHT

Après la nécessaire fixation du cadre des risques psychosociaux (RPS) à travers les différentes définitions, les cinq familles de facteurs de risques et leurs doubles conséquences, la DRH a proposé au comité de pilotage une politique de prévention autour de six engagements forts.

UNE VOLONTÉ D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels, la direction s'est engagée en 2015 à renforcer son rôle de préventeur de la santé et sécurité du personnel et avait communiqué sa volonté d'améliorer la qualité de vie au travail.

Après la réalisation de l'audit sur les RPS en 2016 et sa présentation aux différentes instances du CHT en 2017, le comité de pilotage qui a participé à la mission de cartographie des RPS suit désormais la mise en place de la politique de prévention.

« Pour comprendre le cheminement de mise en place du plan de prévention, il convient de souligner le caractère multiforme des RPS, lié aux nombreux facteurs et conséquences possibles dans l'organisation et sur les individus. Mais cela n'empêche ni de l'évaluer, ni de le mesurer, afin d'en apprécier l'évolution dans le temps », explique Alice Le Quentrec, responsable de la gestion des risques professionnels.

« Les risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. »

CINQ TYPES DE FACTEURS DE RISQUES

Le plan de prévention des RPS au CHT met en exergue cinq familles de facteurs sur lesquels la direction s'engage à agir par des actions préventives et correctives adaptées :

- > **les facteurs liés à l'organisation du travail** (qualité de l'organisation, intensité, complexité du travail, responsabilités avec peu d'autonomie, conflits de valeurs, travail isolé...);
- > **les facteurs liés à des dysfonctionnements et**

désagréments quotidiens (tenues de travail, badges, places de parking...) pouvant générer du stress ;

- > **les facteurs liés aux interactions sociales dans le travail pouvant être sources de conflits** (désaccords entre collègues ou avec la hiérarchie, violence interne, harcèlement...);
- > **les facteurs liés au contact avec le public** (agressions externes par les patients et leurs familles, usagers, etc.);
- > **les facteurs liés à la nature de l'activité professionnelle exercée, charges mentales et charges**

émotionnelles (face à des événements graves exceptionnels ou des interventions difficiles émotionnellement).

« Ces facteurs permettent de mieux connaître les causes des RPS pour comprendre les situations auxquelles nous pouvons être confrontés, détecter les dérives et agir en prévention. »



Sensibiliser pour développer une culture de prévention et libérer la parole.

La direction lance une campagne d'affichage, tant sur supports papier que sur les écrans du CHT. Ces affiches rappellent que certaines choses « tolérées » ne sont pas pour autant acceptables et des moyens sont à la disposition des agents pour alerter ou sortir de ces situations.



ZOOM SUR LA FORMATION AU CHT

La formation est une composante importante de la gestion des ressources humaines et des carrières. Le point sur la politique formation du CHT et le plan de formation 2018 en quelques infos-clés.

UN PLAN D'ENVERGURE

3 027 agents formés
82 255 heures de formation

RENFORCER LES FONDAMENTAUX ET PRÉPARER AUX NOUVELLES SPÉCIALITÉS

Les treize axes principaux de formation en 2018 :

- > Le renforcement du binôme médecin/cadre de santé
- > L'accompagnement des cadres et cadres supérieurs de santé (Groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles)
- > La validation des compétences critiques (retour aux fondamentaux / JFO)
- > La préparation des équipes aux activités d'oncologie
- > La préparation des équipes aux activités de gériatrie
- > La mise en place d'un centre de simulation
- > La reprise des formations aux gestes d'urgence
- > Le déploiement d'un parcours spécifique pour les agents de stérilisation
- > L'accompagnement du plan RPS
- > La prévention des risques infectieux
- > Les formations réglementaires
- > La formation promotionnelle
- > L'adaptation à l'emploi

DÉVELOPPER LES CARRIÈRES DES AGENTS

56 % du coût est consacré à la formation promotionnelle, visant l'obtention d'un titre, d'un diplôme ou d'une qualification par l'agent.
44 % du coût est consacré à la formation professionnelle continue, pour ajuster les compétences aux besoins liés à l'activité.

LE CHT ENGAGÉ

57 % du coût total pris en charge par le CHT
43 % du coût total s'inscrit dans la cotisation obligatoire à l'IFAP*

* IFAP : Institut de Formation à l'Administration Publique

« La formation du personnel est un facteur essentiel de la qualité de la prise en charge de nos patients et du bon fonctionnement de notre établissement. »

“ L'une des étapes pour engager cette démarche de lutte contre les RPS est d'ouvrir le dialogue en invitant le personnel à s'interroger sur le sujet, à détecter ce qui relève des RPS et à prendre conscience de ce qui est « normal » et de ce qui ne l'est pas. ”

DES CONSÉQUENCES À LA FOIS PROFESSIONNELLES ET SUR LA SANTÉ DES AGENTS

Il est également important de pouvoir identifier les dommages causés et plus précisément les signaux collectifs et individuels pouvant traduire l'existence des RPS. Deux conséquences ont été ciblées.

> Professionnelles : sur le travail et le fonctionnement du service

On peut noter un lien entre l'apparition de ces risques et l'absentéisme, le taux élevé de rotation du personnel, le non-respect des horaires ou des exigences de qualité, des problèmes de discipline, une baisse d'efficacité ou de concentration, un manque d'intérêt, des accidents de travail et des incidents, une dégradation du climat social et une souffrance au travail...

> Physiques et mentales : sur la santé de l'individu, du personnel

Les RPS ont des effets délétères sur la santé des travailleurs. Des liens existent entre facteurs de RPS et maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques ou pathologies mentales (dépression, anxiété). Les RPS se révèlent être un enjeu majeur en termes de santé publique.

SIX ENGAGEMENTS FORTS

Une fois ce périmètre des RPS défini, la DRH a proposé au comité de pilotage une politique de prévention autour de six engagements, comprenant chacun plusieurs actions.

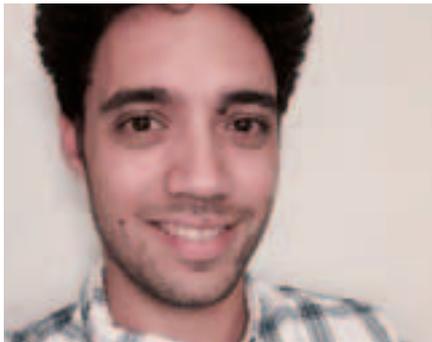
- n° 1 : agir contre les dysfonctionnements et désagréments quotidiens qui favorisent le stress au travail**
- n° 2 : former l'encadrement aux techniques managériales et aux RPS**
- n° 3 : sécuriser et accompagner les parcours professionnels**
- n° 4 : améliorer l'expertise de l'intervention**
- n° 5 : garantir la bonne intégration des agents dans les services**
- n° 6 : sensibiliser et communiquer sur la prévention des RPS.**

Ces six engagements devront ainsi permettre de structurer le plan de prévention des RPS au CHT.



Rappel
En cas de problème, tout agent a la possibilité d'alerter et de saisir sa hiérarchie ou la direction des ressources humaines, la médecine du travail et la psychologue du travail.

ILS NOUS REJOIGNENT...



BRUNO CREUGNET

30 ANS

assistant en Endocrinologie

Arrivé en novembre 2017 au service de Diabétologie-Endocrinologie-Maladies métaboliques

« Un coup de foudre pour cette spécialité après un stage d'externat. »

Son parcours

- > Externat à l'hôpital Cochin.
- > Internat au CHU de Reims.

Pourquoi le CHT ?

« En partant faire mes études en métropole, après ma première année à Nouméa, j'ai toujours su que je voulais rentrer. Après le choix de mon internat, j'ai d'ailleurs rencontré assez rapidement le docteur Lungo et l'administration en vue de mon retour. »

Vos objectifs

L'endocrinologie et la diabétologie sont primordiales en Nouvelle-Calédonie. Mes objectifs premiers sont la création d'une filière de soins « Pied diabétique », la reprise de l'éducation thérapeutique autour du diabète et de l'obésité au CHT et l'ouverture d'une consultation spécialisée en thyroïdologie et cancérologie thyroïdienne.

Un petit mot pour vos collègues ?

« J'ai plein de projets pour continuer

le développement de ma spécialité en Nouvelle-Calédonie, et j'ai hâte de collaborer avec l'ensemble des acteurs du CHT pour la santé des Calédoniens. »



BAPTISTE BOZON

28 ANS

chirurgien-dentiste

Arrivé en octobre 2017 au service de Stomatologie-ORL

« J'ai choisi cette spécialité par amour de la chirurgie, de la prise en charge des patients difficiles. C'est très polyvalent, puisqu'on reçoit les patients de tous les services. »

Son parcours

- > Faculté de Chirurgie dentaire de Paris Descartes.
- > Dernière expérience professionnelle au CHU Henri-Mondor.

Pourquoi le CHT ?

« Après ma première année de médecine, j'ai toujours voulu revenir en Nouvelle-Calédonie. Intégrer le CHT m'a permis d'associer le métier que j'aime au pays que j'aime. »

Un message pour l'équipe ?

« J'espère relever le défi avec succès et être à la hauteur des attentes. »



ENIO FURUDOÏ

29 ANS

assistant en Anesthésie-Réanimation

Arrivé en novembre 2017 en Anesthésie-Réanimation

« Externe, des médecins SMUR m'ont donné le goût de l'urgence vitale. On se battait pour prendre des gardes la nuit tellement l'ambiance était bonne ! Et ensuite j'ai adoré l'état d'esprit de physiologie appliquée en réanimation. »

Son parcours

- > Externat à l'hôpital Cochin.
- > internat au CHU de Bordeaux.
- > Dernière expérience professionnelle : assistant en Anesthésie-Réanimation en chirurgie digestive au CHU de Bordeaux.

Un petit mot pour vos collègues ?

« BANZAÏ ! »



HAYTHEM GUIGA

31 ANS

assistant en Médecine vasculaire

Arrivé en novembre 2017 en Médecine vasculaire

« Cette spécialité avec ses différentes orientations, que ce soit sur le plan des maladies inflammatoires, des urgences vasculaires (poussée d'HTA, AVC, AIT, Ischémie) ou de l'imagerie (écho-doppler, capillaro), m'intéresse énormément. »

Son parcours

- > Externat à la faculté de médecine Nancy-Brabois.
- > Internat à la faculté de médecine Aix-en-Provence-Marseille.
- > Dernière expérience professionnelle : assistant au CH Annecy-Genevois au service d'Exploration fonctionnelle vasculaire rattaché au service de Cardiologie.

Pourquoi le CHT ?

« L'envie d'une nouvelle expérience, de pouvoir découvrir et étudier une nouvelle patientèle, de pouvoir monter et élaborer un projet, et de découvrir aussi "le Caillou" ! »

Vos objectifs professionnels avec votre équipe

Réaliser et monter un service d'Exploration fonctionnelle vasculaire avec la création d'une consultation d'exploration écho-doppler, une consultation plaie et la gestion des différentes urgences vasculaires.

Un petit mot à faire passer ?

« N'hésitez pas à m'envoyer vos patients et à m'appeler ! »

CHLOÉ GOUTTENOIRE

33 ANS

assistante en Gynécologie obstétrique

Arrivée en octobre 2017 au service de Gynécologie obstétrique

« J'ai choisi cette spécialité variée pour son approche à la fois médicale et chirurgicale. »

Son parcours

- > Externat à la faculté de médecine Lyon.
- > Internat au CHU de Montpellier.
- > Dernière expérience professionnelle : remplacement en libéral dans différentes cliniques de Montpellier.

Pourquoi le CHT ?

« Outre le changement d'environnement, j'avais envie d'appréhender une autre manière de travailler. Et puis, j'ai envie de découvrir la Nouvelle-Calédonie et la culture kanak. »

Vos objectifs avec votre équipe

Travailler ensemble avec des points de vue différents sur la spécialité, du fait de nos appartenances à différentes écoles en métropole.

Un message pour vos collègues ?

« Je suis très contente de me retrouver dans cette équipe très sympathique ! »

MAXIME CANNUYER

30 ANS

assistant Hépatogastro-Entérologie

Arrivé en novembre 2017 en Hépatogastro-Entérologie

« Outre sa diversité, cette spécialité médicale offre la possibilité de gestes techniques avec ou sans anesthésie générale et de travailler aux urgences. »

Son parcours

- > Externat à la faculté de médecine de l'Université de Poitiers.
- > Internat au CHU de Brest.
- > Dernière expérience professionnelle : assistant au CHU de Brest.

Pourquoi le CHT ?

« Pour pouvoir exercer dans un cadre magnifique et dans un établissement qui permet d'avoir accès à un équipement de pointe. »

Vos objectifs avec votre équipe

Pouvoir assurer les demandes d'exams ou avis/consultations sur l'établissement et pouvoir apporter une expérience (certes limitée) et des techniques nouvelles.

Un petit mot pour vos collègues ?

« On m'a réservé un très bon accueil dans l'hôpital et j'espère que je pourrai rendre service quand les gens auront besoin de moi ! »



ILS ONT ÉGALEMENT INTÉGRÉ LE CHT CES DERNIERS MOIS :

Docteur Benoît Feuillie aux Urgences adultes

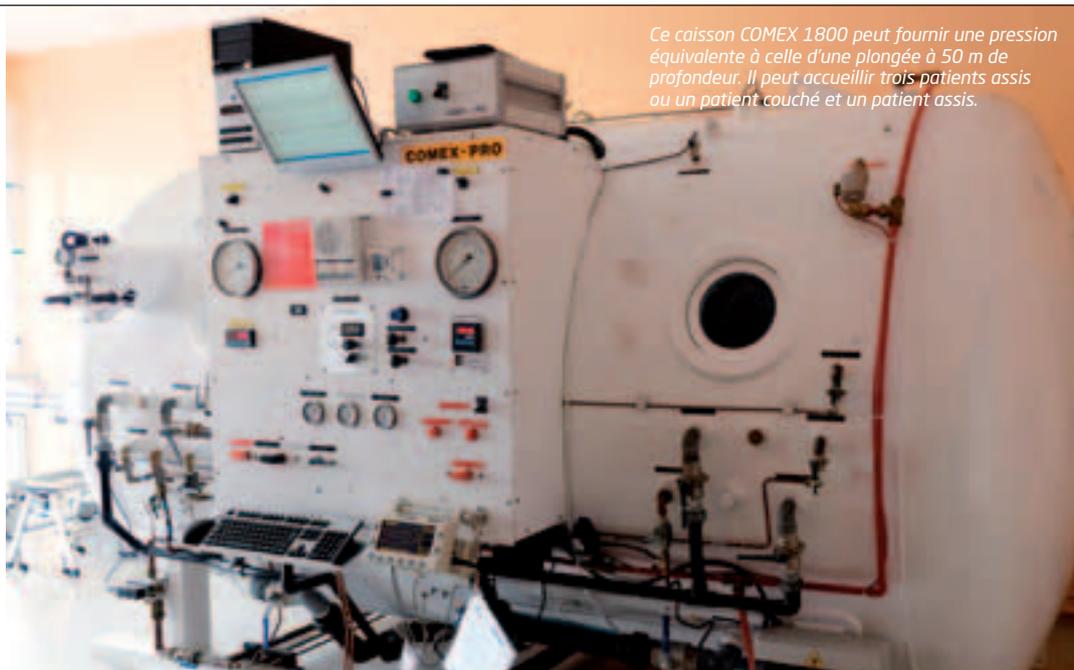
Docteur Marina Ogier en Pneumologie

Docteur Tanguy Libessart en Radiologie

Docteur Thomas Fauvet en Anesthésie Réanimation

Docteur Adeline Furudoï au Laboratoire d'anatomie cytologie pathologique

Docteur Marine Lasserre en Gynécologie obstétrique.



Ce caisson COMEX 1800 peut fournir une pression équivalente à celle d'une plongée à 50 m de profondeur. Il peut accueillir trois patients assis ou un patient couché et un patient assis.



PLONGÉE DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE HYPERBARE

Le saviez-vous ? Nouville Plaisance, à Nouméa, accueille l'unité de médecine hyperbare du territoire. Le point sur cette médecine méconnue mais néanmoins en plein essor, avec le docteur Hervé Le Coq Saint-Gilles, directeur médical de la structure.

Nouville Plaisance, ses hangars et ses commerces se consacrent à la navigation et la plongée. Et pourtant, au cœur de ce monde si particulier, se trouve un espace de soins médicaux. L'association de loi 1901 Sécurité Plongée possède en effet un caisson hyperbare pour traiter les accidents de plongée mais également pour d'autres pathologies. L'oxygénothérapie hyperbare (OHB), discipline encore peu connue, présente des résultats probants et vérifiés qui expliquent son développement actuel.

L'OHB EN CALÉDONIE

La médecine hyperbare sur le territoire s'organise depuis dix ans autour de trois partenaires : la SCADEM, le CHT et l'association Sécurité Plongée. Selon

une convention établie en 2007 et renouvelée en 2014, le premier assure la maintenance du matériel et prend en charge l'astreinte des infirmiers et techniciens, le second assure l'astreinte médicale et la fourniture du consommable médical et le dernier a en charge la gestion administrative et financière de l'unité. Au total, ce sont trente-six personnes qui assurent les soins hyperbares, avec une équipe de quatre intervenants d'astreinte 24h/24.

UNE DISCIPLINE EN PLEIN ESSOR

Depuis quelques années, la spécialité connaît un développement fulgurant. Pour notre unité calédonienne, l'activité est passée d'une centaine de séances par an jusqu'en 2012 à presque mille en 2016. L'activité s'est multipliée

par quatre en deux ans ! Pourtant, la localisation extrahospitalière et l'exiguïté de cette chambre hyperbare freinent le plein développement des soins.

DES SOINS TRANSVERSAUX

L'OHB consiste à administrer de l'oxygène pur à une pression supérieure à la pression atmosphérique dans une enceinte close.

L'effet « pression » va permettre de réduire le volume des bulles de gaz qui peuvent se former dans le sang et les tissus au cours des accidents de plongée (bulles d'azote) et des embolies gazeuses.

L'effet « oxygénation » favorise la régénération des tissus épithélial, conjonctif et osseux ainsi que la vascularisation de ces tissus. Il favorise la cicatrisation des plaies, notamment



Les commandes de la chambre hyperbare permettent de surveiller les constantes du patient et de paramétrer le niveau de pression ambiante et l'apport en oxygène.



L'ÉQUIPE EN CHIFFRES

8
superviseurs hyperbares

15
IDE/IADE

13
médecins
(4 ARE*, 9 urgentistes)

*ARE : Anesthésistes-Réanimateurs

sur terrain diabétique et artéritique tout en ayant un effet anti-infectieux. Parmi ses autres indications reconnues par consensus international, figurent certaines complications de la radiothérapie (nécrose osseuse mandibulaire, cystites, rectites...), les surdités brusques ou l'intoxication au monoxyde de carbone. La médecine hyperbare s'inscrit dans une prise en charge multidisciplinaire des patients, s'associant à la chirurgie ou aux autres thérapies pour favoriser leur guérison.

LE DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE

Les séances en urgence concernant les accidents de plongée ou les embolies gazeuses nécessitent des durées de compression et des pressions de traitement initialement élevées (équivalent d'une plongée à 30 mètres de profondeur). Concernant la prise en charge des pathologies « chroniques » (infections, retards de cicatrisation...), chaque séance est réalisée à une pression correspondant à une « profondeur » de 15 m et dure 85 minutes au total dont 15 de mise en pression et 15 en fin de séance pour ramener le patient à la pression

atmosphérique (ce qui équivaut à une remontée à la surface pour un plongeur). Si leur état de santé est préoccupant ou pour leur première séance, les patients peuvent être accompagnés d'un infirmier formé à l'hyperbarie, voire d'un médecin. Selon les pathologies, le patient peut suivre une dizaine comme une soixantaine de séances, à un rythme d'une ou deux séances par jour, parfois même le week-end. Les effets des séances sont d'ailleurs cumulatifs.

LES LIMITES DU DISPOSITIF ACTUEL

En 2016, l'unité a suivi cinquante-huit patients en 945 séances. Et pourtant, le dispositif actuel limite le recours à la médecine hyperbare. En effet, du fait de la localisation extrahospitalière de ce caisson, certains malades parmi les plus graves ne peuvent accéder à ce type de traitement dans des conditions de sécurité acceptables. Par ailleurs, l'exiguïté du sas d'entrée de cette chambre hyperbare et de son brancard interne s'opposent également à la prise en charge des grands obèses, alors que c'est dans cette catégorie de population que l'on recense un grand nombre de pathologies infectieuses,

telles les cellulites, susceptibles de bénéficier d'un traitement hyperbare.

LE PROJET DE CELLULE HYPERBARE HOSPITALIÈRE

La création d'une véritable unité de Médecine hyperbare est envisagée au sein même du Médipôle (les locaux sont déjà en place) et laisse espérer le docteur Le Coq Saint-Gilles : « Il est souhaité l'installation de deux chambres hyperbares répondant aux exigences hospitalières : un caisson pour le traitement des maladies chroniques et un autre, dédié aux urgences avec un pupitre de surveillance commun aux deux caissons. Le premier pourrait accueillir jusqu'à huit patients assis avec un large sas d'entrée. Le service bénéficierait d'une salle d'examen (notamment pour une participation au suivi des plaies) et d'un espace consultation (prétraitement OHB et aptitude à la plongée). L'accès à l'OHB serait facilité, notamment pour les patients les plus graves, du fait de la situation de cette unité à proximité immédiate du secteur des Soins critiques... » Le projet doit être étudié par le Comité d'Organisation Sanitaire et Sociale, mais l'on peut déjà assurer que la médecine hyperbare a devant elle un bel avenir en Nouvelle-Calédonie.



NOUVEL ÉLAN POUR LA RECHERCHE CALÉDONIENNE

Les différentes structures de recherche du territoire, dont le CHT, mènent ensemble, sous l'égide du CRESICA, une politique volontariste de développement. Un pas en avant qui a su éveiller l'intérêt général.

**1 : Metexpo, achevée en 2017, est une étude de bio-surveillance portant sur les niveaux d'imprégnation et déterminants de l'exposition humaine aux métaux.*

LE SECTEUR DE LA RECHERCHE BOUGE !

Depuis 2011, les différentes entités de recherche en Nouvelle-Calédonie ont décidé de se rapprocher et ont créé le CRESICA en 2014 pour piloter leur réflexion commune de recherche, qui s'articule autour du capital naturel du territoire, de l'amélioration de la santé en Calédonie et de son évolution. En effet, le consortium de Coopération pour la Recherche, l'Enseignement Supérieur et l'Innovation en Nouvelle-Calédonie coordonne l'activité en favorisant les échanges entre les acteurs et veille à la cohérence des projets avec sa feuille de route. Outil fédérateur, il a aussi pour ambition de faire le lien avec les politiques publiques territoriales et de valoriser la recherche calédonienne au niveau international.

...ET L'ACTUALITÉ LE CONFIRME.

Le Congrès scientifique qui s'est déroulé à Lifou en octobre dernier a rassemblé en trois jours une soixantaine de scientifiques mais également des élus et des acteurs économiques ou sociaux. L'objectif de ce séminaire consistait à faire un état des lieux de la recherche aux îles Loyauté mais également à définir des sujets prioritaires, tout en répondant à une volonté du monde politique de clarifier et renforcer ce secteur.

Nouveauté également au programme du CRESICA, la mise en place d'un axe prioritaire et partagé de recherche : « Au fil de l'eau ». Un audit mené par l'économiste Olivier Sudrie a, en effet, permis de faire le point sur la recherche calédonienne et de dégager un thème commun et nécessaire au territoire, celui de cette ressource indispensable qu'est l'eau. Le CHT, représenté par sa commission Recherche et notamment le docteur Yann Barguil, a ainsi proposé de travailler en collaboration avec Yves Letourneur (directeur de l'antenne UNC de l'École doctorale du Pacifique) sur un approfondissement de l'étude Metexpo¹, portant sur l'intoxication par la pollution et les métaux lourds dans l'eau.

Cet élan devrait se poursuivre bientôt par une rencontre avec le haut-commissaire pour présenter la recherche et l'innovation en Nouvelle-Calédonie et discuter des évolutions possibles. Parmi les exposés prévus durant cette séance : celui du CHT et de l'Institut Pasteur, présenté par le docteur Olivier Axler, président de la commission Recherche du CHT, et Vincent Richard, directeur de l'IPNC, portant sur les maladies transmissibles et non transmissibles sur le territoire.



Camille Burck

LA COLLECTION BANUELOS EN CHIFFRES

- > 100 poissons
- > 1 500 coquillages
- > 50 espèces de coraux
- > une dizaine de reptiles

HISTOIRES DE COLLECTION

En juillet dernier, Jean-François Burck, chef du service des applicatifs informatiques, a retrouvé une collection calédonienne égarée. Et c'est dans le plus grand musée d'histoire naturelle du monde que cette rencontre a eu lieu !



Camille Burck

Membre de la Société d'études historiques, Jean-François se passionne notamment pour la présence américaine en Nouvelle-Calédonie durant la Seconde Guerre mondiale. C'est en lisant un ouvrage consacré au général Patch, qui dirigea les forces US stationnées localement, qu'il découvre l'existence d'une collection offerte par M. Banuelos au général.

Si le nom de M. Banuelos, maire de La Foa de 1961 à 1971, est resté attaché au mythique Le Banu, il doit aussi sa célébrité à une collection personnelle de coquillages, poissons, coraux qui était alors exposée dans le restaurant. Lorsque Patch se présente au Banu comme client, le courant passe entre les deux hommes. Banuelos s'engage alors à offrir sa collection à Patch si la guerre sourit aux alliés. C'est ainsi

que la collection s'envole vers les USA. Après une exposition au Smithsonian Institution, à Washington, en juin 1943, on perd progressivement la trace de cette collection.

Trois quarts de siècle s'écouleront alors avant que Jean-François Burck, tel un Tintin des temps modernes, ne parte en « expédition » pour renouer les fils de cette histoire.

UNE VISITE HISTORIQUE AU SMITHSONIAN INSTITUTION...

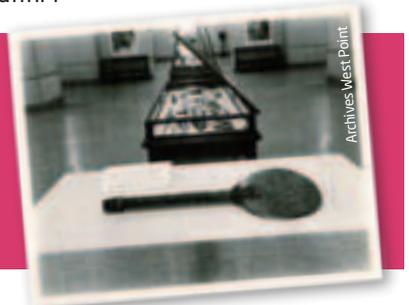
Ayant contacté le « Smith » sur les conseils du collectionneur Max Shekleton, Jean-François comprend l'ampleur de sa découverte quand il est reçu sur place par Lisa Palmer, chef de la division des Poissons : « *Dans mon imagination, il était question de quelques coquillages et je constate que la collection comprend des milliers de pièces !* »

Accueilli avec chaleur, Jean-François a le privilège d'être accrédité pour visiter l'ensemble des départements du « Smith », tant à Washington qu'au Maryland où se trouve le Support Center abritant notamment les réserves sensibles. Outre la collection Banuelos, il y admire une formidable hache ostensoir offerte à Patch par le grand chef Henri Naisseline, et dont personne n'avait connaissance !

De là à imaginer que la collection et la hache retrouvent le chemin de la Nouvelle-Calédonie le temps d'une exposition temporaire, c'est une autre affaire ! Les efforts de Jean-François ont toutefois été récompensés. Au nom de Patch sera désormais ajouté celui de Banuelos, quand il s'agira de désigner cette collection. Notre historien en herbe peut légitimement en tirer un motif de fierté même si sa modestie doit en souffrir !

BANUELOS N'A JAMAIS SU...

Lorsque sa collection quitte la Nouvelle-Calédonie, on peut imaginer que Patch s'engage à tenir informé M. Banuelos de son destin. Malheureusement, pris dans les tourments de ce conflit mondialisé, le général US meurt prématurément d'une pneumonie, en novembre 1945. Conservée dans les archives de l'académie militaire de West Point, sa correspondance inclut des photos de la collection.



Archives West Point



LE VILLAGE DE NOËL DE L'ASSO !

L'équipe de l'Association du CHT

L'Hippodrome Henri-Milliard à Nouméa s'est transformé en fête foraine le samedi 9 décembre pour l'arrivée du Père Noël. L'Association du CHT a organisé cette année sur ses fonds propres un village de Noël : châteaux gonflables, saut à l'élastique, balades en poney, spectacle de magie, maquillage, stand de pop-corn et de glace pilée, sans oublier Charly le Clown ! Un buffet était également offert aux enfants.



« Les Membres du Bureau de l'Association remercient tout particulièrement les parents et les enfants présents sur le site pour cette journée de partage. Joyeux Noël à tous. »