CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL NOUMÉA

ILS FONT L'ACTU
Bientôt une cellule de gestion des lits
08

DOSSIER
CHN : ouverture imminente de Koné
15

QUALITÉ
Comptes Qualité : revue de détail, la suite
20

DANS LES MURS
La gestion plein-vide : efficacité prouvée !
24

L'Ouvre Boîte

JUILLET - SEPTEMBRE 2018

N° 72

LE JOURNAL INTERNE DU CHT

MISSION DE CHIRURGIE CARDIAQUE : SUCCÈS DE LA PREMIÈRE ÉDITION !

MOUVEMENTS DU PERSONNEL

FONCTIONNAIRES

ENTRÉES

Nomination
AWE Tina (AS)
BOUYE Giulia (sage-femme)
MIRAMOND Déborah (chef de service)

Intégration
BALTHAZARD Sandra Émilie (IDE)
BRETESCHE Adeline (technicienne labo)
CASTILLON Mickaël (AS)
JEAN Claudia (technicienne labo)
LAMARQUE Vanessa (IDE)
LEGER Linda (IDE)
MANSUY Valentin (technicien labo)
MENDIETA Emmanuelle (IBODE)
SOEPARNO Amélie (technicienne labo)

Mutations
BIGARD Brigitte (IDE)
GLEN Emmanuelle (IDE)
LALIE Louise (cadre de santé)

SORTIES

Retraite
MAILLARD-SIDOU Mireille (assistante sociale)
WANANIJE Emile (AMA)

Mutations
DUPONT Laura (ISG)

Départ
MAMMERI Enzo (AS)

AGENTS CONTRACTUELS

ENTRÉES

DESMET Lucile (IDE)
HUMUNI Alice (AMA)

SORTIES

COISY Emmanuelle (kinésithérapeute)
PAPROCKI Nathalie (AMA)

IL NOUS REJOINT...

ANTOINE BEAUMONT
33 ANS
médecin urgentiste
Arrivé le 1er mai 2018
au service des Urgences adultes

Son parcours
- Externat à Nîmes.
- Internat à Montpellier.
- Dernière expérience professionnelle : les Urgences de Mayotte.

« J'ai choisi cette spécialité pour sa polyvalence sur le plan médical. C'est un domaine dans lequel on ne s'ennuie jamais. Il y a beaucoup d'action et il faut être très réactif. »

Pourquoi le CHT ?
« J'étais déjà venu l'année dernière en Nouvelle-Calédonie et cela m'avait plu. J'aimerais aussi acquérir plus d'expériences professionnelles. »

Un petit mot pour vos collègues ?
« Je remercie tout le personnel qui a été très gentil et accueillant à mon arrivée. »

Vos hobbies / activités du week-end ?
« Salsa, plage, plongée... »

L'Ouvre Boîte
Directeur de la publication : Dominique Cheveau
Création maquette, rédaction & réalisation : Agence On En Parle ! 23 23 80
Impression : Artypo, *sur papier à base de 30% minimum de papier recyclé, 26 26 11*
Crédit photos : On En Parle, CHT, Théo Rouby, Delphine Mayeur, CHN, Association du CHT, Pierre Panchon

SOMMAIRE

09
Mission IMM : du cœur à l'ouvrage

08
ILS FONT L'ACTU
> Audit RPS, retour sur une démarche inédite
> Ouverture prochaine d'une cellule de gestion des lits
> Mission de chirurgie cardiaque, une première réussie
> L'ECMO, demain au Médipôle ?
> Vers une réforme du système de santé

15
DOSSIER
> Le CHN, petit frère du Nord

LE MOT DU DIRECTEUR

Igas, réforme et dynamisme hospitalier...

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas), à la demande du gouvernement, vient donc, après étude, de proposer les réformes nécessaires pour rendre plus efficient le système de protection sociale. Face aux déficits des comptes sociaux, aux besoins grandissants de la population en termes de soins, face à une gouvernance de la protection sociale difficile, ces préconisations étaient attendues. Elles ont été validées par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et seront présentées prochainement au Congrès.
Le centre hospitalier représente 35 % des dépenses de santé de la Nouvelle-Calédonie. Il a un rôle moteur dans la prise en charge des patients. Il a bénéficié du soutien fort du gouvernement aussi bien en termes d'investissement que de fonctionnement. Il travaille dans un environnement complémentaire et concurrentiel avec le secteur libéral. Il sera donc impacté dans son fonctionnement par les projets de réforme.
L'autorité indépendante de régulation de l'offre de soins, mentionnée dans les préconisations de l'Igas, devrait organiser dans un mode participatif le rôle de l'établissement, au sein du tissu sanitaire. Cela signifiera pour nous la nécessité de formaliser encore plus le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens. Il sera de notre devoir d'analyser au plus près notre activité et d'en tirer des perspectives de développement ou d'ajustement de l'offre de soins en interne. Le pilotage médico-économique performant est encore plus une impérieuse nécessité.
La gestion par pôle, que j'appelle de mes vœux, est reprise dans les préconisations. Le pôle doit être une organisation au service des patients et des services de soins, il ne doit pas être vu comme une recherche de mutualisation des moyens. L'objectif est d'organiser une prise en charge coordonnée des patients, de faire travailler les services et les spécialités ensemble tout en gardant leurs spécificités. C'est d'abord une organisation de dialogue et de collaboration. Cette orientation n'est pas antinomique avec efficacité ou efficience, et par là-même avec une bonne gestion.

Si nous revenons sur notre quotidien du moment... L'établissement connaît avec deux services - la Pneumologie et la Cardiologie - des difficultés importantes, pas nécessairement de même nature. Avec les présidentes de la CME et du conseil d'administration, nous sommes extrêmement attentifs à la résolution des difficultés et nous mettons tout en œuvre pour apporter les solutions indispensables à la bonne prise en charge de nos patients.
Dans le même temps, ces dernières semaines, le service public hospitalier a su démontrer son engagement, son dynamisme, ses ambitions dans le respect de ses valeurs garantissant continuité du service public et égalité d'accès aux soins. La réponse hospitalière lors de l'interruption d'activité du secteur libéral a été reconnue et soulignée par le gouvernement.
De la même façon, la mission de chirurgie cardiaque, en partenariat avec l'Institut Montsouris, a été une réussite dont chacun des professionnels de santé hospitalière peut s'enorgueillir. Nous avons répondu aux besoins du patient, aux objectifs du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en créant une dynamique collective.
Dans la mesure de nos moyens financiers, nous continuerons dans cette direction.

Dominique Cheveau
Directeur du CHT

20
QUALITÉ
> Présentation de deux comptes Qualité

22
DANS LES MURS
> Devenir chef de service
> La recherche s'organise
> La pharmacie au cœur des services de soins
> CSM, l'efficacité au rendez-vous

ÉDITO

Ce fut une première et pour une première, ce fut une réussite humaine, médicale, collective et scientifique totale !

La mission test de chirurgie cardiaque, montée en partenariat avec le très réputé Institut mutualiste Montsouris de Paris, a permis d'organiser sur trois semaines, entre fin mai et début juin, la prise en charge de chirurgies cardiaques pour 30 patients calédoniens dont 22 pour des actes de chirurgie lourde, évitant ainsi des déplacements d'Évasan en Australie ou en Métropole.

Depuis vingt ans, la chirurgie cardiaque a connu des avancées considérables et se pratique maintenant de manière courante avec des résultats fiables et reproductibles.
Cette chirurgie, souvent lourde en raison de la taille des incisions des voies d'abord, de l'utilisation de la CEC (circulation extracorporelle) et de l'obligation d'arrêter le cœur en le protégeant dans de la glace afin d'en assurer sa « réparation », reste une agression physiologique importante pour le patient.

Plusieurs innovations technologiques récentes portant notamment sur les instruments, la robotique et les techniques de la circulation extracorporelle ont permis, pendant trois semaines, de pratiquer certaines de ces opérations par des méthodes vidéoscopiques, et donc de moindre agressivité thérapeutique.

Que ce soit sur les artères coronaires pour des procédures de revascularisation par pontage ou sur les valves aortiques et/ou mitrales pour des changements valvulaires, les patients concernés ont pu bénéficier, chez eux en Nouvelle-Calédonie, près de leurs familles et de leurs proches, de toute l'expertise de l'équipe médicale et paramédicale de l'IMM, qui a travaillé main dans la main et dans une grande confraternité, avec les équipes homologues du Médipole.

Largement reprise par les médias calédoniens qui ont salué ce succès médical, cette mission test fera date et référence dans la prise en charge des pathologies cardiaques lourdes.
Notre journal interne ne pouvait que se réjouir de valoriser, lui aussi, à travers son édito et l'article qui lui est consacré, cet évènement médical et cette innovation organisationnelle.

Des hommes et des femmes, passionnés par leurs métiers hospitaliers et soucieux au quotidien d'être utiles à leurs prochains, ont posé en ce mois de mai la première pierre d'un vaste chantier qui ne demande maintenant qu'à se développer et à s'organiser de manière pérenne... Toutes les énergies bienveillantes et toutes les bonnes volontés seront nécessaires afin d'écrire l'histoire.

Bonne lecture !

Marc-Christian Pla

ACCIDENTS DU TRAVAIL

AT[1] de janvier à mai 2018, cumul à fin mai

132 AT

Dont : AES[2] **37 AT**
TMS[3] **35 AT**
(dont 26 lombalgies)

AT / SERVICE MENSUEL

Bloc Opératoire CHT Médipôle : **3 AT**
Imagerie Médicale : **3 AT**
Service Palier Approvisionnement : **2 AT**
SMPU / Cohorting : **2 AT**

AT de janvier à mai 2017, cumul à fin mai

146 AT

*Dont : AES[2] **36 AT***
*TMS[3] **42 AT***
(dont 29 lombalgies)

*Neurologie/Diabétologie : **3 AT***
*Bloc Opératoire : **2 AT***
*Pneumologie/HDS de Pneumologie : **2 AT***
*Réanimation polyvalente : **2 AT***
*SMPU/Cohorting : **2 AT***

[1]AT : accidents du travail, [2]AES : accidents d'exposition au sang, [3]TMS : troubles musculosquelettiques

2018	Nbre de déclarations	Dont EIG	Dont EP
Janvier	181	5	19
Février	190	3	11
Mars	203	19	18
Avril	174	5	13
Mai	**180**	**11**	**24**

LES BONNES PRATIQUES INFORMATIQUES

ATTENTION AUX CAMPAGNES D'EXTORSION !

Le phishing (ou hameçonnage) reste l'une des méthodes les plus faciles et les plus rapides d'extorsion d'informations personnelles. Chaque campagne est différente, ciblant souvent des renseignements personnels ou des informations financières. Le plus souvent, tout commence par la réception dans votre boîte mail d'un message similaire à un véritable message de site connu comme votre banque, des sites d'annonces, ... Les couleurs, le logo, la mise en forme, tout est identique. L'objectif est de vous faire peur pour vous inciter à cliquer sur le bouton !

Comment reconnaître une tentative d'hameçonnage ?

Malheureusement, il n'y a pas qu'une seule technique qui fonctionnerait dans toutes les situations. Il est, par conséquent, difficile de détecter un email d'hameçonnage. Cependant il existe des indices qui permettent d'éveiller les soupçons.

- **Le message comporte un lien bizarre :** lorsque vous passez votre souris au-dessus du lien, vous devriez voir l'adresse réelle du lien. Si l'adresse du lien hypertexte est différente de l'adresse qui est affichée en clair, alors il y a une forte probabilité que le message soit frauduleux ou malveillant.
- **Les liens contiennent un nom de domaine trompeur** par exemple xxx.gouv.nc est obligatoirement un site du gouvernement mais gouv.xxx.nc n'en est pas un (le bon domaine est juste à gauche du pays).
- **Le mail contient des fautes** d'orthographe ou de grammaire.
- **Le message vous demande des informations personnelles.**
- **L'offre contenue dans le mail est trop belle pour être vraie.**
- **Vous n'avez rien demandé.**
- **On vous demande d'envoyer de l'argent** pour payer des frais.
- **Le message vous adresse des menaces irréalistes :** par exemple, *« Si vous ne cliquez pas, un huissier sera envoyé. »*
- **Le mail semble émaner d'un service public** (impôts, sécurité sociale, ...).
- **Il y a quelque chose qui vous semble suspect.**

Si vous avez un doute sur un message qui vous demande de vous connecter à votre compte, il est préférable de ne pas suivre le lien du mail, mais de lancer un navigateur et de saisir vous-même l'adresse du site que vous connaissez au préalable.

UN ENVIRONNEMENT LUDIQUE ET STIMULANT POUR LES TOUT-PETITS

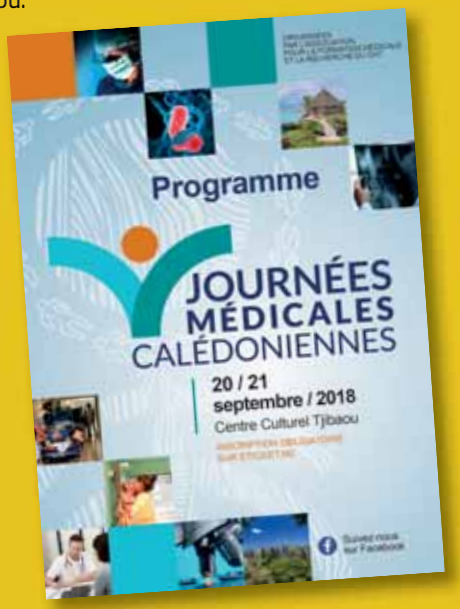
Un tapis d'éveil a été réalisé à la demande du service de Pédiatrie pour les enfants de moins de deux ans ayant besoin d'une stimulation visuelle et tactile. C'est l'association Les Mamans roses qui a fait le lien avec l'atelier de couture des épouses de militaires du territoire, chargées de sa confection. Valérie Llabres, puéricultrice cadre de santé, les a rencontrées pour préciser la demande, notamment sur les couleurs, les textures, les accessoires et sa dimension. Le 31 mai dernier, en présence de la chef de service, le Dr Isabelle Missotte, et la cadre supérieure, Gina Carpentier, le tapis (3 x 3 m) a été remis au service. Il a été utilisé pour la première fois lundi 18 juin par la kinésithérapeute pour deux petites jumelles hospitalisées en pédiatrie dans la même chambre. Pour des raisons de sécurité, le tapis ne doit être utilisé qu'en présence d'un professionnel : IDE, AS, kinésithérapeute, éducatrice, ergothérapeute... Il sera lavé, selon un protocole validé, grâce à la machine à laver du service de Néonatalogie.

LE PROJET DE FILIÈRE GÉRIATRIE EST LANCÉ

Valentine Eurisouké et Christopher Gygès, membres du gouvernement en charge de la santé, ont missionné le centre hospitalier spécialisé Albert-Bousquet pour structurer une filière gériatrie à l'échelle du territoire. Le directeur du CHS a désigné Valérie Albert-Dunais, médecin gériatre au CHS (à gauche sur la photo), et Pascale de Greslan, chargée de mission, pour mener ce projet. Alors que le système de santé calédonien connaît une réorganisation majeure depuis le transfert du CHT à Dumbéa, l'ouverture du pôle sanitaire de Koné et, bientôt, de la clinique Île Nou-Magnin à Nouville, la nécessité de cette structuration s'est imposée. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant une polypathologie dans un parcours patient territorial cohérent et sécurisé, partagé par tous les professionnels, mais également de prévenir la dépendance. L'ouverture prochaine au CHT d'une unité gériatrique de court séjour est un élément important de cette réorganisation. Une première esquisse du projet devait être soumise au gouvernement courant juin pour validation et démarrage officiel des premiers travaux.

JOURNÉES MÉDICALES CALÉDONIENNES, LE PROGRAMME SE PRÉCISE

Organisées par l'association pour la formation médicale et la recherche du CHT, les JMC se dérouleront les 20 et 21 septembre prochain, au centre culturel Tjibaou.



Jeudi 20 septembre, 19h
salle Sisia
Soirée d'ouverture

Vendredi 21 septembre, 7h
Salle Sisia
7h30 : Psychiatrie
10h00 : Périnatalité
12h00 : Pause repas
13h30 : L'avenir de la greffe rénale en Nouvelle-Calédonie
14h00 : Médecine traditionnelle
16h30 : Arboviroses / Zoonoses
17h30 : Infections sexuellement transmissibles

Salle Eman
7h30 : Cardiologie
10h00 : Hématologie / Oncologie
12h00 : Pause repas
14h00 : Médecine interne / Infectiologie
16h30 : Éducation thérapeutique
17h15 : Neurologie / Traumatisme crânien

Salle Ateliers
7h30 : Retours pratiques d'expériences
10h00 : Sexologie
11h00 : Ateliers
12h00 : Pause repas
14h00 : Ateliers

PROGRAMMATION CULTURELLE ET ARTISTIQUE DE JUILLET

© Pierre Panchon

Le groupe Vocal, pour VOix CALédoniennes, se produira au Médipôle avec les danseurs de RéSurreCtion Crew.

- **Tous les mardis à 16 h, à l'espace Cinévasion :** projection d'un dessin animé pour les enfants. Avec *Garfield*, le film le 3 juillet, *Les pingouins de Madagascar* le 10, *Turbo* le 17, *Bee Movie - Drôle d'abeille* le 24 et *Garfield en vacances* le 31. Séance exceptionnelle samedi 7 juillet à 16 h avec *Pas si monstres*, un programme de sept films d'animation en partenariat avec le Festival du cinéma de La Foa.
- **Mercredi 18 juillet à 18 h, dans le grand hall :** *D'1 rive à l'eau-tre*, avec des extraits du spectacle mêlant danse hip-hop de RéSurreCtion Crew et musique baroque du groupe Vocal.
- **Jeudi 19 juillet à 16 h, à l'espace Cinévasion :** *Naha Shi*, de Sabine Jobert (Anûû-rû Âboro productions). Arrivé d'Okinawa en 1912 pour travailler dans les mines de nickel, Zenziro Uichi voit son destin basculer en décembre 1941, lors de l'entrée du Japon dans la Seconde Guerre mondiale...
- **Jeudi 25 juillet à 18 h, à l'espace Cinévasion :** *Danses et Parkours*, un spectacle original mené tambour battant par des danseurs acrobatiques.

Le grand hall accueille une nouvelle exposition de toiles et photographies, *Chants de la terre*. L'artiste Anne-Marie Vanlerberghe propose des œuvres évoquant la nature et dont la couleur dominante, le bleu, à la fois couleur de l'océan et du ciel, revêt un caractère poétique. À l'Interpôle sont toujours exposées les photographies réalisées entre 1929 et 1935 par les peintres Paul et Roland Mascart, issues de la collection Mascart-Gnini et conservées à la médiathèque du centre culturel Tjibaou.

AIDE ALIMENTAIRE POUR LES PARENTS EN DIFFICULTÉ

À la demande du service Pédiatrie, Le Lions Club Nouméa Nautile a offert une aide alimentaire pour les mamans ou papas démunis pendant l'hospitalisation de leur enfant. Grâce à ses actions caritatives et des dons, et avec la participation de Newrest et de Géant Dumbéa, ce sont 35 tickets repas et 35 bons d'achat (alimentation uniquement) qui ont été remis à l'assistante sociale du service et à l'encadrement.

FÊTE DE LA MUSIQUE

Jazz, chant choral, angklung indonésien... Il y en a eu pour tous les goûts ! Des agents du CHT se sont même produits sur scène, comme Pascal Hmuine (service informatique) ou Nicole Grochain (documentaliste) et son groupe de jazz Flying Peanuts.

MISSION RPS AU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE

Le directeur général, par lettre du 27 décembre 2017, a confié à quatre personnes, un médecin de la CVH, un membre du CHSCT, un représentant de la DRH et une psychologue externe, la mission d'observation, d'analyse, d'entretien avec toutes les personnes intéressées et de rédaction d'un rapport factuel sur les difficultés relationnelles et/ou organisationnelles existant au service d'ophtalmologie.
Cette démarche novatrice d'écoute et de recherche de résolution des problèmes internes vise à trouver des réponses aux attentes des agents, en s'engageant durablement dans la lutte contre les risques psychosociaux (RPS) dans les relations de travail au quotidien.
Sur le plan de l'organisation, la mission a nécessité un investissement important et a mobilisé les quatre personnes de manière intense. Un ensemble représentatif des corps de métiers du service d'ophtalmologie a été entendu. Les quatre personnes ont disposé d'une liberté d'action durant toute la mission. Elles ont mené les entretiens dans un objectif

- de recherche des facteurs de RPS et d'analyse des conditions de travail, ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et psychologique du personnel ;
- d'évaluation de l'implication de l'organisation du travail afin d'en tirer les enseignements qui s'imposent ;
- de recherches des mesures d'action et de prévention permettant l'élimination des risques et des contraintes.

Sur le plan des résultats, le personnel du service d'ophtalmologie a une très grande attente quant aux actions qui seront mises en place. La mission s'est terminée avec une restitution orale faite au directeur général le 18 mai dernier. Le rapport lui sera rendu fin juin.
Le directeur général a fixé un calendrier de restitution des résultats de cette mission à l'ensemble du personnel concerné, médical, paramédical et administratif.

BIENTÔT UNE CELLULE DE GESTION DES LITS

Dans le cadre de la politique globale autour du « parcours patient », une cellule de gestion des lits doit ouvrir prochainement.

Une cellule de gestion des lits devrait être mise en place dans les mois à venir, après le recrutement (en cours) des deux agents qui y seront affectés.
Dans un premier temps, elle commencera par orienter les patients arrivant via les urgences, avant d'élargir sa gestion centralisée des flux de patients aux autres services.
Mais Cathy Sebat, chef du projet, le rappelle : *« Pour que cette structure fonctionne, il faut l'adhésion et la participation de tous. »*
Dans cette optique de consensus, la CGA (commission de gestion des admissions) va préparer la mise en place de ce nouvel outil en établissant des règles de gestion de séjour et en définissant les procédures qui régiront le fonctionnement de la cellule. Le tout sera ensuite validé par les instances. Comme le précise Joëlle Ballande, qui suit également le projet, *« la cellule ne peut être opérationnelle que si les règles institutionnelles sont définies et validées par la communauté médicale ».*

MISSION IMM : DU CŒUR À L'OUVRAGE

Diminuer les Évasan et améliorer le bien-être du patient… la mission de chirurgie cardiaque s'inscrit dans la lignée du plan Do Kamo. Sa première édition sur le territoire, du 28 mai au 11 juin, s'est composée de quinze membres de l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) de Paris. Une mission test dont le succès espéré devrait donner naissance à une collaboration au long cours…

Dr Benjamin Bonnet, cardiologue

Comme le rappelle le Dr Benjamin Bonnet, cardiologue interventionnel au Médipôle, la récente mission de chirurgie cardiaque est *« le fruit d'une réflexion entamée il y a cinq ans »* devant mener à la mise en œuvre d'un partenariat avec un établissement susceptible d'intervenir régulièrement en Nouvelle-Calédonie.

PRISE EN CHARGE LOCALE, PROXIMITÉ ET FORMATION

Les principaux objectifs à atteindre sont au nombre de trois :

- **diminuer considérablement le nombre d'Évasan** vers l'Australie ou la Métropole pour les pathologies concernées. Les Évasan sont actuellement au nombre de 300 par

TAVI : UN ACTE INTERVENTIONNEL EN PLEIN BOOM !

Le remplacement percutané d'une valve aortique, couramment nommé TAVI selon l'acronyme anglais en vigueur[1], est un traitement du rétrécissement aortique serré chez l'adulte. Le TAVI évite une intervention à thorax ouvert nécessitant une circulation extracorporelle.
Mise au point au début des années 2000 par des équipes françaises au CHU de Rouen, cette méthode connaît depuis un véritable engouement après avoir dû franchir le cap d'un certain scepticisme à ses débuts. L'intervention a désormais été pratiquée sur près de 350 000 patients, dans 65 pays. Un succès, pour le moins !

[1] *Transcatheter aortic valve implantation*

an environ, chirurgie cardiaque (250) et cardiologie interventionnelle (50) cumulées ;

- **donner de la proximité à ces interventions** avec tous les bénéfices directs et indirects que cela suppose pour les patients et leur famille, dont le simple fait d'être pris en charge exclusivement en français ;

- **permettre des transferts de compétences** entre l'équipe en mission et celles du Médipôle.

Pour cette première mission test, que le Dr Bonnet espère raisonnablement voir convertie en une convention au long cours, ce sont donc 15 spécialistes de l'IMM qui ont investi les locaux du CHT, avec à leur tête le Dr Mathieu Debauchez, chirurgien cardiaque. Pour ce dernier, cette mission est loin d'être une première. Lui et son staff ont une réelle expertise dans le domaine avec des interventions en Afghanistan, en Asie du Sud-Est ou encore en Algérie.

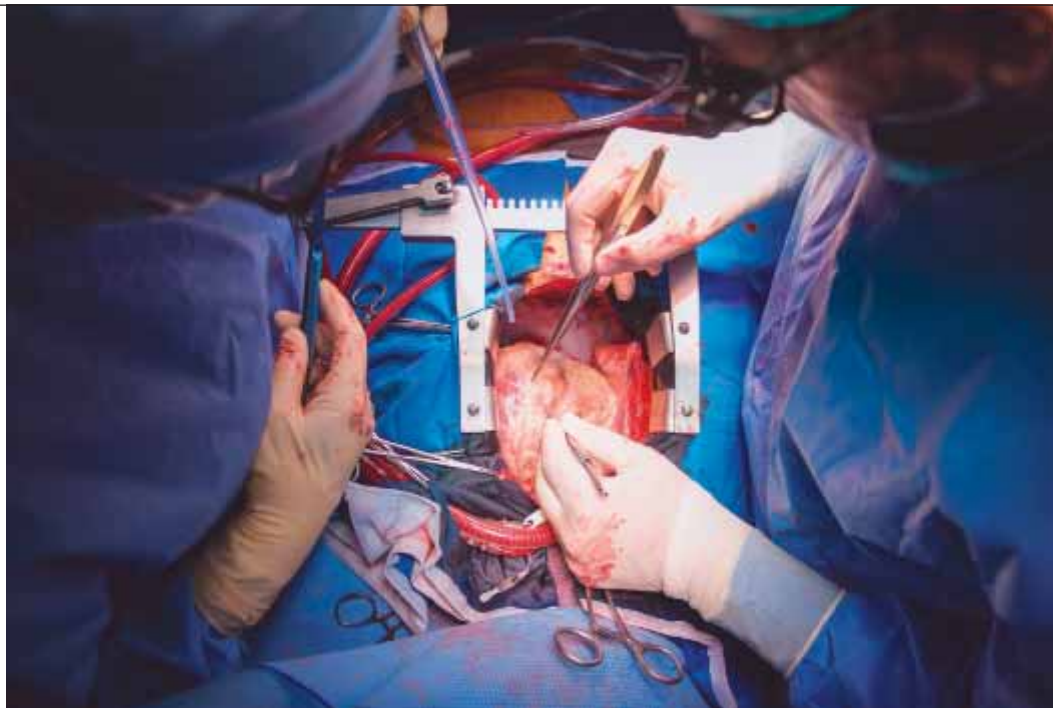
UNE TRENTAINE D'INTERVENTIONS PROGRAMMÉES

Durant leur période de présence, les membres de l'IMM, en collaboration avec des membres du CHT, ont réalisé 30 interventions de chirurgie cardiaque avec un taux de mortalité hors urgence à 0 %, parmi lesquelles 8 actes de cardiologie interventionnelle structurelle, dont six TAVI (remplacement percutané de valve aortique, *voir encadré*), une FAP (fermeture d'auricule percutanée) et une FOP (fermeture de foramen ovale perméable percutanée). Les indications ont été prises à la suite de décisions collégiales multidisciplinaires pour des patients dont l'état général a été jugé trop précaire pour subir un acte de chirurgie cardiaque classique.
Une intense organisation préalable aura été nécessaire pour planifier l'ensemble de ces interventions. Toutefois, si la récurrence prévue pour ces missions est validée (trois à quatre semaines tous les trois mois environ), les patients pourront accéder à des programmes équivalents à ceux de la Métropole, avec 8 à 10 semaines d'attente environ. Quant aux cas urgents, ils continueront, bien entendu, à bénéficier des protocoles d'Évasan en place. De manière générale, le Dr Bonnet estime cependant que, telles qu'elles sont envisagées, « *ces missions devraient permettre de couvrir environ 40 % des besoins annuels* ».

OBJECTIF : COUVRIR ENVIRON 40 % DES BESOINS ANNUELS

En cas de continuation, le nombre d'intervenants extérieurs affectés à ces missions devrait logiquement diminuer au fur et à mesure que de nouvelles compétences auront été acquises par les équipes du CHT concernées. Toutefois, et afin de respecter le cadre légal, il sera toujours nécessaire de bénéficier d'une équipe de chirurgie cardiaque disponible et en "couverture" pour réaliser un certain nombre d'actes en cardiologie

interventionnelle. Et ce au cas où d'éventuelles complications impliqueraient un passage impératif au bloc…
Et puisqu'il est question de complications, que les patients se rassurent : ils ne seront pas livrés à eux-mêmes une fois les actes chirurgicaux effectués ! Il est en effet prévu qu'un des chirurgiens de l'IMM demeure sur place une semaine de plus afin d'être présent en cas de complications précoces. Quant aux complications tardives, elle sont également au cœur du processus avec un transfert de compétences prévu entre l'IMM et le service de chirurgie thoracique et vasculaire des Dr Guégan et Rouer.
Et s'il fallait une preuve que les équipes de l'IMM comme celles du Médipôle ont confiance dans le fait de pouvoir collaborer à long terme, soulignons que l'IMM a choisi de laisser sur place la console de circulation extracorporelle qui a voyagé depuis Paris. Un réel gage pour un partenariat restant à inscrire au cœur des programmes du Médipôle !



INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS

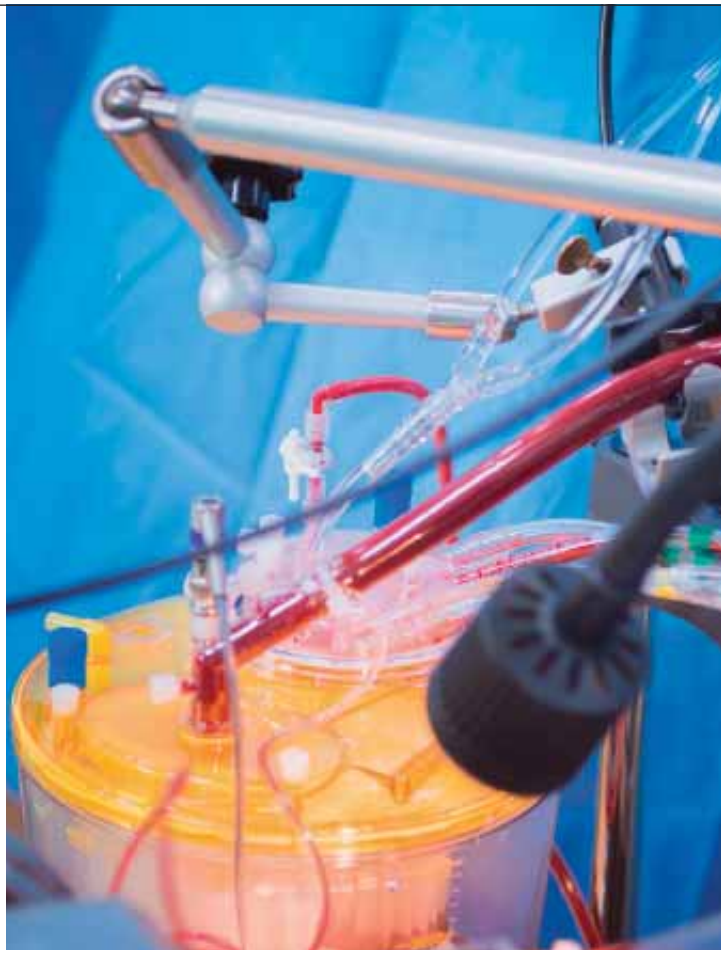
Cet établissement privé parisien pluridisciplinaire est le fruit d'une fusion, en 1999, entre l'hôpital international de l'université de Paris et la clinique de la porte de Choisy. De taille moyenne (475 lits), il développe principalement des activités lourdes ou complexes à dominante chirurgicale dans la plupart des domaines pathologiques, sauf la neurochirurgie et l'ORL.

Au sein de l'établissement, le pôle de pathologies cardiaques est particulièrement actif avec notamment près de 350 TAVI réalisés annuellement.

28 MAI AU 11 JUIN : 15 JOURS / 15 PERSONNES

- **2 CHIRURGIENS** CARDIAQUES
- **1 MÉDECIN** RÉANIMATEUR
- **4 INFIRMIÈRES** EN RÉANIMATION
- **1 ANESTHÉSISTE** EN CHIRURGIE
- **1 INFIRMIÈRE** ANESTHÉSISTE
- **2 INFIRMIÈRES** DE BLOC OPÉRATOIRE
- **1 CARDIOLOGUE** INTERVENTIONNEL
- **2 INFIRMIÈRES** EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
- **1 POMPISTE** EN CHARGE DE L'OXYGÉNATION

CŒUR, POUMONS : SUIVEZ LA DÉVIATION !



Si la technique de circuit d'oxygénation extracorporelle ou ECMO est déjà ancienne, elle est actuellement en pleine évolution et se présente comme un élément incontournable de tout établissement tourné vers « l'hôpital de demain »...

Mathieu Série, médecin au service de Réanimation du Médipôle, est convaincu que l'ECMO[1] est amenée à jouer un rôle majeur dans le service où il évolue, comme c'est déjà le cas en chirurgie cardiaque.
Cette technique, dont les indications ne cessent de se diversifier, permet d'offrir une assistance à la fois cardiaque et respiratoire à des patients dont le cœur et/ou les poumons ne sont plus en mesure d'assurer correctement leurs fonctions respectives.

SAUVER DES VIES...

Le service de Réanimation du Médipôle espère pouvoir bientôt disposer d'une telle machine (comme c'est le cas à Tahiti, par exemple) dont l'utilité est profondément soulignée par Mathieu Série : « *Un tel équipement permettrait tout simplement de sauver des vies.* »
Un vrai cri du cœur, sans mauvais jeu de mots...
La dengue, la leptospirose et bien d'autres pathologies peuvent s'accompagner de défaillances cardiaques aiguës qui, dans certains cas, peuvent entraîner le décès du patient. L'ECMO est alors parfaitement adaptée pour remplacer provisoirement le cœur, ainsi mis au repos. Actuellement, ce dispositif étant absent au Médipôle, l'hôpital doit faire appel à des équipes médicales australiennes et recourir à des Évasan qui, au-delà de leur coût non négligeable, ne garantissent pas toujours la disponibilité des équipes.

UN DISPOSITIF POLYVALENT

L'ECMO trouverait également sa place en cas de SDRA[2], lesquels peuvent survenir à l'occasion d'épisodes de grippe, par exemple. Il s'agit alors de pallier la déficience des poumons atteints par ces infections. Là encore, en l'absence d'ECMO disponible au CHT, seul le recours aux Évasan permet de faire face aux urgences qui peuvent naître dans de telles circonstances.

Enfin, en sa qualité de coordinateur des dons d'organes au sein du Médipôle, Mathieu Série rappelle que l'ECMO est également amenée à jouer un rôle dans le cadre du prélèvement de reins, seuls organes prélevés localement. Cela concernerait des patients pour lesquels les traitements à l'œuvre prolongent la vie de façon artificielle sans espoir pour eux de récupération. La mise en œuvre d'un dispositif ECMO faciliterait alors le prélèvement si le défunt ne s'est pas opposé au don d'organes de son vivant.

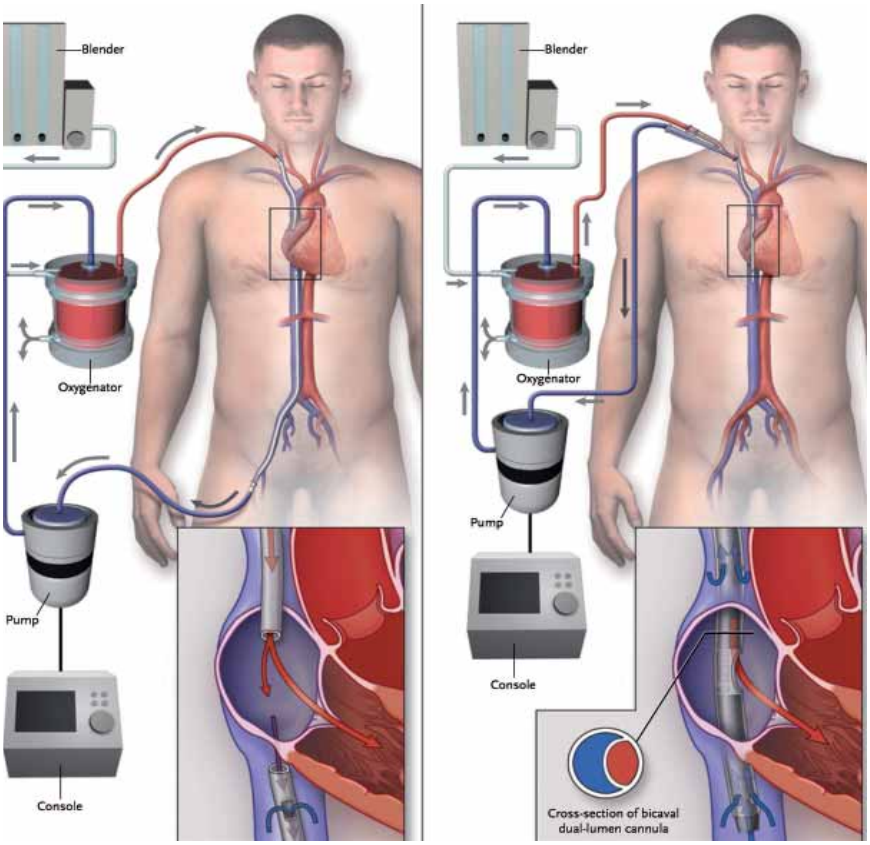
L'ECMO POUR LES NULS...

Cette technique de suppléance d'organes fonctionne en extrayant du sang désoxygéné du corps du patient, par des canules de gros diamètre, et en lui faisant traverser une membrane qui élimine le dioxyde de carbone avant de le réoxygéner. L'ECMO recrée ainsi artificiellement les échanges gazeux alvéolaires. Une fois réoxygéné, le sang est réinjecté dans la circulation sanguine corporelle.
Pour mémoire, si les premiers travaux remontent aux années 30, à Philadelphie (USA), c'est en 1953 qu'est utilisée pour la première fois une machine de ce type, lors d'une opération à cœur ouvert. Et il faudra attendre 1971 pour que soit couronnée de succès une opération incluant l'ensemble cardiopulmonaire.

BIENTÔT UNE MACHINE ECMO AU CHT ?

Autant d'exemples qui viennent souligner l'importance que revêt pour le CHT la capacité de se doter d'un tel matériel polyvalent. Quant à celle des équipes "Réa" du Médipôle à savoir utiliser de telles machines, Mathieu Série se veut très positif : *« Les équipes concernées ont la compétence requise. Qui plus est, nos collègues australiens sont bien évidemment d'accord pour accompagner une telle démarche en termes de formation. Des négociations ont été entreprises auprès d'un fabriquant et nous avons bon espoir qu'elles aboutissent, avec l'accord et le soutien de la direction et de la commission médicale d'établissement. »*

[1] *ECMO : Extra Corporeal Membrane Oxygenation*
[2] *SDRA : syndrome de détresse respiratoire aiguë*



Extracorporeal membrane oxygenation for ARDS in adults. The New England Journal of Medecine, 2011. Daniel Brodie, M.D. and Matthew Bacchetta, M.D.

RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ : LE RAPPORT DE L'IGAS

Face aux difficultés du système actuel de protection sociale et de santé, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de réaliser une mission d'appui-conseil. L'Igas a rendu publiques ses analyses et recommandations, organisées en 11 volets, pour un système efficace durant les 20 prochaines années. Ces préconisations ont depuis servi de base au récent projet de délibération-cadre du gouvernement.

Les membres de l'Igas en charge de l'étude ont présenté début juin au public leurs 35 recommandations, organisées en 11 grands volets. Pour eux, le système actuel est en bout de course. Il faudra appliquer l'intégralité de ces réformes, en s'appuyant sur les atouts du territoire tels que le plan Do Kamo et le haut niveau de l'offre de soins, pour mener à bien l'évolution profonde du système et la bonne gestion de la protection sociale pour les 20 ans à venir.

1 Compléter et consolider la stratégie

Les deux experts proposent des outils de mise en œuvre du plan Do Kamo à court terme (cinq ans).

2 Restructurer le financement de la protection sociale

L'Igas suggère de fixer de nouvelles règles concernant les recettes fiscales, celles du Ruamm (Régime unifié d'assurance maladie-maternité) et les subventions.

3 Réformer la Cafat

La caisse de protection sociale changerait de statut, de gouvernance et de rôle avec le transfert de certaines de ses compétences à l'autorité de régulation.

4 Créer une commission des comptes de la protection sociale

5 Établir un objectif calédonien d'évolution des dépenses de santé (Oceam)

Annuel et issu d'une concertation des acteurs, il serait déterminé en amont du vote des budgets des organismes de soins.

6 Crédibiliser la collecte et le traitement des données d'assurance maladie et de santé

L'Igas propose la mise en place d'un système d'information numérique en protection sociale et santé, via notamment l'utilisation d'un numéro unique, pour gérer les données de santé individuelles et collectives et les données d'activité du secteur.

7 Instituer une autorité indépendante de régulation du système de santé et d'assurance maladie (AIR)

Cette autorité serait en charge d'autoriser la création et le fonctionnement d'un établissement sanitaire ou médico-social, d'allouer les ressources aux établissements et acteurs, de déterminer avec les acteurs (par consensus) les tarifs et les prix des activités, actes et produits, d'évaluer et de contrôler les établissements et d'en nommer les directeurs.

8 Adapter l'offre de soins et de services de santé

Il s'agit d'évoluer vers une prise en charge plus globale et plus coordonnée du patient avec un regroupement des services en pôles d'activité, un décloisonnement des acteurs plus ouverts vers les patients, mais aussi vers les autres professionnels de santé, un renforcement de la position de la direction dans les décisions de recrutement.

9 Renforcer la Dass NC

La direction des Affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie deviendrait l'équivalent d'une administration centrale et serait en charge de piloter les politiques de santé publique.

10 Développer une démocratie sanitaire

L'Igas propose la mise en place de conférences provinciales de santé.

11 Supprimer l'ASS NC

L'Agence sanitaire et sociale verrait ses missions réparties entre la Dass et la Cafat.

Si cette réforme est adoptée par le Congrès de Nouvelle-Calédonie, sa mise en place devrait se faire au cours des deux prochaines années.

LE CHN, AU CŒUR D'UNE NOUVELLE OFFRE DE SOINS DANS LE NORD

Le Pôle sanitaire du Nord accueillera son premier patient le 1er août. Cette structure apporte une nouvelle dimension à l'offre de soins en province Nord et devient un partenaire indispensable du CHT dans l'ambition du pays de mettre en place un parcours de soin global et coordonné sur le territoire. Visite guidée avec Joachim Tutugoro, directeur du CHN, et Xavier Michel, chef de projet.

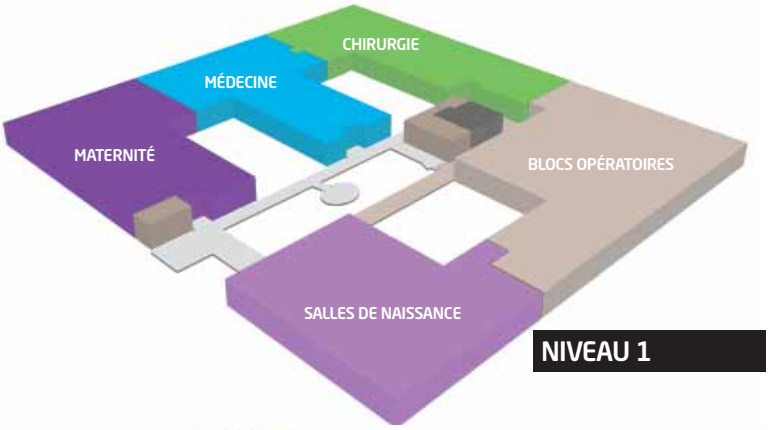
Le nouveau bâtiment, situé derrière les locaux de la province Nord, est accueillant. Baigné de lumière naturelle, alternant entre un blanc apaisant et des touches de couleurs gaies, l'établissement offre un espace à taille humaine, organisé autour de patios verdoyants. Des cartons sont au sol, le mobilier arrive petit à petit, du personnel s'active pour finir les derniers aménagements... Tout le monde s'affaire afin d'accueillir bientôt les premiers visiteurs.

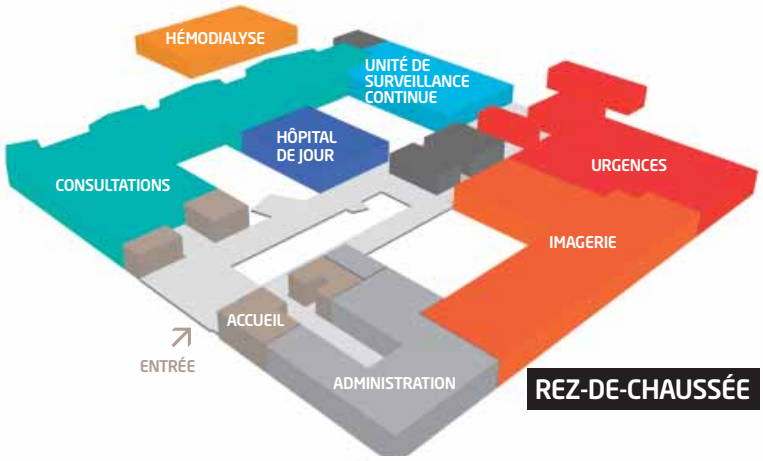
UNE OFFRE DE SOINS FORTE ET FACILEMENT ACCESSIBLE DANS LE NORD

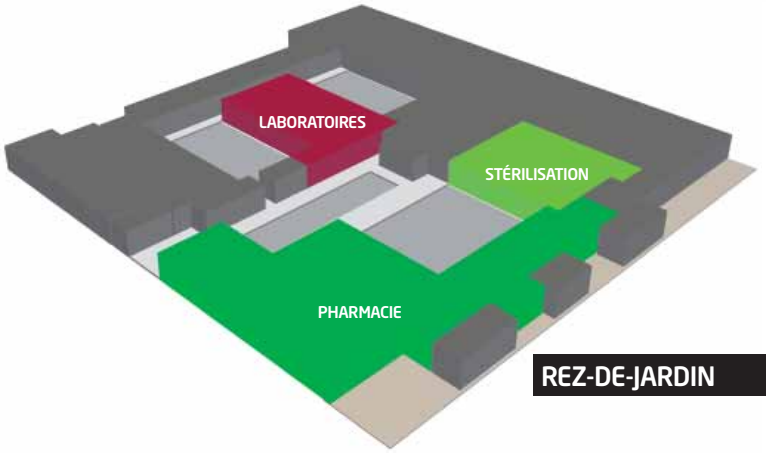
L'enjeu ? Contrebalancer l'offre médicale centralisée à Nouméa en offrant une alternative de proximité aux populations du Nord. La distance entre les deux établissements de Koumac et Poindimié, qui se parcourait en 2 h 30 de voiture, incitait en effet les patients de la côte Est à privilégier la capitale, tout aussi accessible. En 2001 déjà, le bloc opératoire de Poindimié avait été transféré à Koumac, se rapprochant ainsi du bassin de population VKP aux prémices du boom démographique.
La volonté forte d'installer une antenne Smur à Koné, nécessairement adossée à une base hospitalière comprenant Urgences et Plateau technique, a encouragé la création du nouvel hôpital. En positionnant le Pôle sanitaire à Koné, on assure ainsi une offre de soins forte et centrale sur la province, puisque située à l'intersection des grandes routes du Nord (RT1 et transversale RP2 Koné Tiwaka), au cœur de VKP, à seulement une heure de Poindimié, Koumac ou Bourail.

DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE

L'offre de soins est renforcée pour le Nord, notamment en chirurgie. L'équipe du CHN s'étoffe : le gynécologue et les deux chirurgiens déjà en place, qui réalisent des actes de chirurgie générale et traumatologique, vont accueillir deux chirurgiens orthopédiques. Le service bénéficiera également de quelques vacations, notamment en chirurgie stomatologique et ophtalmique.







UN SCANNER DANS LE NORD

Une nouveauté qui n'est pas des moindres : le CHN s'est doté d'un scanner ! Cette technologie phare permettra aux médecins d'obtenir rapidement une aide précieuse au diagnostic et évitera aux patients de nombreuses heures de route. L'achat a été réfléchi pour optimiser la prise en charge précoce des AVC (accidents cardiovasculaires), notamment ischémiques, offrant ainsi une réelle chance de rétablissement aux patients concernés en province Nord.

L'organisation des locaux vise à favoriser les accès rapides et à fluidifier le parcours patient. Les services sont disposés selon les connexions fonctionnelles qu'ils ont les uns avec les autres.

VISITE GUIDÉE

Pour une gestion efficace des flux de patients, l'accueil proposera immédiatement une orientation en consultation ou en hospitalisation. De plus, une entrée dédiée aux Urgences se trouve à l'opposé de l'entrée principale du bâtiment.

REZ-DE-CHAUSSÉE

› Les Consultations : un espace unique pour toutes les disciplines

L'aile, située sur la gauche de l'entrée, présente une plateforme regroupant toutes les consultations, dans un lieu de soins unique. Cette organisation s'appuie sur la volonté de mutualiser les moyens et de faciliter le parcours de soins. En effet, c'est inédit, les patients de VKP bénéficieront d'un seul et unique lieu de soins. Ainsi, en plus des spécialités qui assurent d'ordinaire des consultations en milieu hospitalier (chirurgie, anesthésie, gynécologie-obstétrique, médecine, etc.), on trouvera dans cet espace des disciplines nouvelles : antenne du CHS polyvalente, avec une prise en charge possible des enfants, cabinet dentaire et assistante sociale de la province Nord, activité de prévention de l'ASS...

› L'Hémodialyse

L'Atir, Association pour la prévention et le traitement de l'insuffisance rénale, gèrera dans quelques mois, avec l'appui de l'hôpital et de l'U2NC (Unité de néphrologie de Nouvelle-Calédonie), les 10 postes d'hémodialyse, dont un lourd, dans un bâtiment indépendant à proximité du service de surveillance continue.

› L'Unité de surveillance continue

Le service accueillera cinq lits pour les patients dans un état critique, nécessitant une surveillance renforcée. L'unité pourra également servir, si nécessaire, d'intermédiaire avec les soins intensifs ou la réanimation de Nouméa. Elle est reliée aux Urgences, notamment via la salle de déchoquage.

› Les Urgences

Face à l'entrée exclusive des Urgences, se trouve l'hélisurface pour accueillir les transferts héliportés du Smur. L'accueil s'organise autour du poste d'IAO (infirmier d'accueil et d'orientation), entouré des entrées des patients valides et couchés. La partie prise en charge est constituée de quatre box de soins individuels, contigus au service d'Imagerie médicale.

› L'Imagerie médicale

Le matériel star du service est le scanner flambant neuf ! A côté, on retrouve, bien sûr, les autres examens de l'imagerie classique : radiologie conventionnelle, échographie, mammographie...

> L'Hôpital de jour

Le service accueillera par vacations la chirurgie ambulatoire et la chimiothérapie à travers cinq postes de soins. À noter, le traitement par chimiothérapie pourra dans la plupart des cas être préparé au Pôle sanitaire du Nord, permettant de prendre en charge localement de nouveaux types de chimio.

Enfin la partie administrative, installée à proximité de l'accueil, sera transférée pour partie depuis Koumac.

NIVEAU 1

L'étage accueille les espaces d'hospitalisation complète et le plateau technique.

> L'Hospitalisation

Le service de chirurgie sera polyvalent. Il proposera une vingtaine de lits, répartis en quatre chambres doubles et douze individuelles. La médecine s'organisera autour de huit chambres simples et six doubles. Quant à la maternité, elle sera constituée de douze lits, dont huit en chambres simples. Les chambres sont lumineuses et spacieuses. Certaines disposent d'un balcon, idéal pour agrandir la pièce et profiter de l'extérieur, équipé d'un paravent occultant et de volets roulants.

> Le Bloc obstétrique

À l'entrée du bloc, on trouve une salle d'admission-consultation pour un premier examen des femmes enceintes. La salle de pré-travail, qui dispose d'une baignoire de relaxation, est située à l'entrée du plateau technique obstétrical, constitué de deux grandes salles d'accouchement. Entre ces deux dernières, se trouve la salle de réanimation du nouveau-né, disposant de deux postes. Le bloc obstétrique jouxte le bloc opératoire, facilitant ainsi le transfert de patientes en cours de travail devant être césarisées en urgence.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les blocs opératoires et obstétricaux disposent de la lumière du jour, offrant un meilleur confort de travail pour les équipes et un repère temporel.

> Le Bloc opératoire

Le bloc est composé de quatre salles opératoires :

- Deux salles opératoires avec traitement d'air permettant notamment la pose de prothèses (ISO 5) dont une avec traitement anti-X pour l'utilisation d'un amplificateur de brillance (visualisation en temps réel d'images radiologiques, nécessaire à certaines interventions en orthopédie ou en chirurgie vasculaire).
- les deux autres salles (ISO 7) permettent la réalisation d'actes classiques de chirurgie générale, gynécologiques, obstétriques, endoscopiques...

La Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ou salle de réveil, est composée de six postes, où le patient retrouvera directement le lit de sa chambre.

REZ-DE-JARDIN

> La logistique

Le R-1 accueille toute la partie logistique et n'est pas accessible au public.
On y retrouve :

- la pharmacie, qui approvisionne déjà tous les sites du CHN,
- le laboratoire central (Koumac et Poindimié conserveront chacun une antenne de laboratoire pour les urgences, composé de petits automates),
- la stérilisation, comprenant deux chaînes de production indépendantes (pour éviter les blocages en cas de panne ou de maintenance),
- la technique (eau, électricité...),
- le magasin général,
- la distribution des vêtements et du linge,
- la partie restauration assurée en liaison froide (réception depuis un prestataire extérieur, puis reconditionnement selon les régimes des patients, mise en assiette, remise en température et livraison dans les services),
- la gestion des déchets.

De cette partie de l'hôpital partiront toutes les navettes : examens, linge, pharmacie... assurant les liaisons quotidiennes et le bon fonctionnement des sites de Koumac et Poindimié.

On y trouve également des bureaux pour les médecins (hors consultations), le personnel paramédical et les services qualité, hygiène, logistique, administratif etc.

L'HOSPITEL

En face de l'hôpital, se trouve la Maison d'accueil hospitalière, structure d'hébergement construite par la province Nord, qui proposera bientôt 20 lits. Ceux-ci s'adresseront par exemple aux familles des patients hospitalisés ou aux femmes enceintes approchant du terme et domiciliées trop loin (Pouebo, Hienghène, Belep...).

UNE NOUVELLE DIMENSION POUR LE CHN

CONSERVER LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ DE POINDIMIÉ ET KOUMAC

Au sein du CHN, aucun doute, les trois entités vont être conservées, tant en termes d'accueil des patients que de personnel. C'est l'organisation générale qui va évoluer, les différents services étant redéployés entre les trois établissements.

Bien entendu, grâce à sa position géographique, Koné accueillera les services centralisés : administration (excepté la comptabilité), pharmacie, laboratoire d'analyses biologiques… Les navettes d'approvisionnement partiront donc du Pôle sanitaire. Si la répartition de l'offre de soins est modifiée, l'équilibre sera maintenu, voire renforcé, car le maillage du territoire sera désormais plus dense. (*voir schéma*)

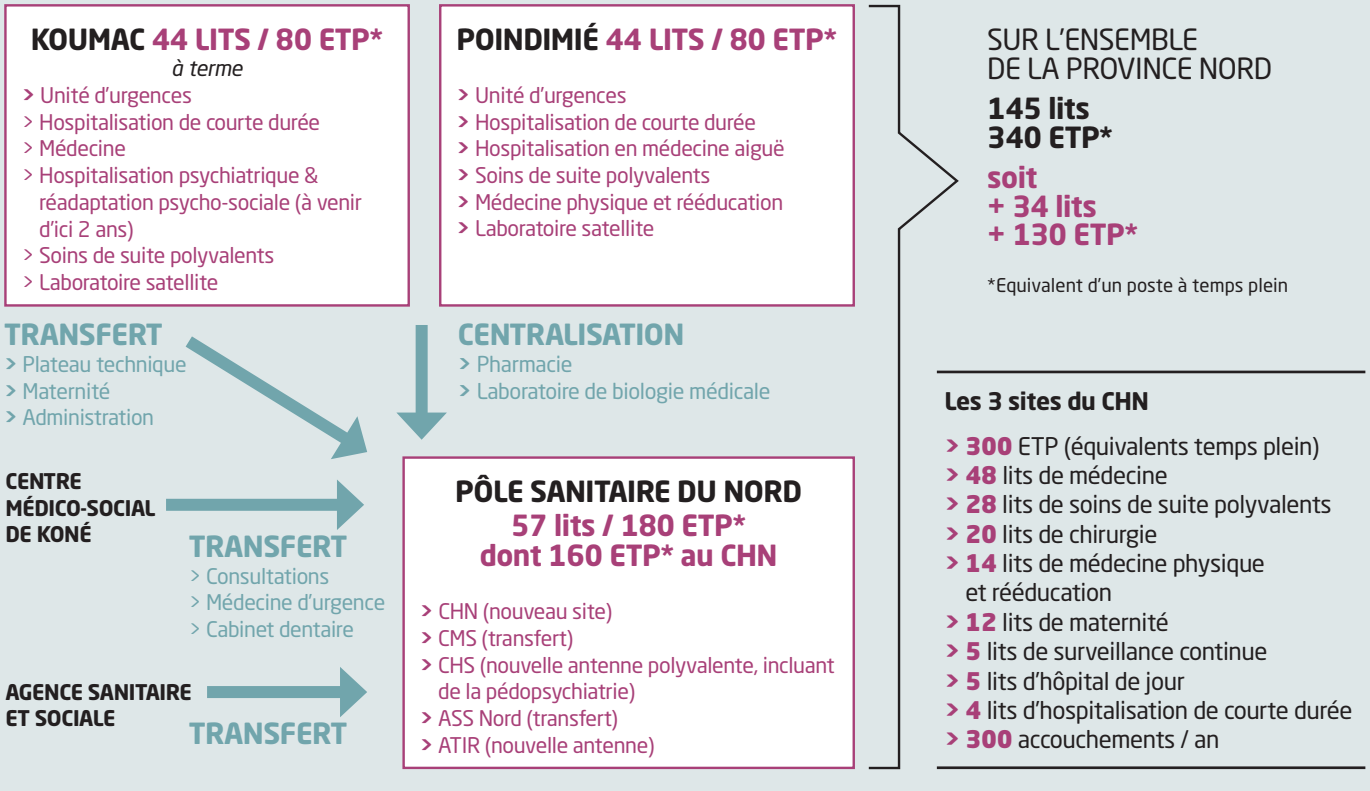
UNE INITIATIVE PORTEUSE D'EMPLOIS

Le nouvel établissement va apporter environ 130 emplois directs, ce qui n'est pas négligeable pour la zone VKP. D'autres emplois indirects seront naturellement créés, notamment via la sous-traitance : bio-nettoyage, restauration, blanchisserie, maintenance, entretien des espaces verts…

UNE OUVERTURE À PARTIR DU 1ER AOÛT

Le 1er juin, après sa réception par le gouvernement, le CHN s'est vu transférer l'exploitation et la responsabilité du bâtiment. La direction de l'hôpital doit désormais coordonner les derniers travaux, installations et aménagements, tels que la cuisine, la stérilisation et les dotations pharmaceutiques, ainsi que l'ensemble du matériel nécessaire à la prise en charge des patients. Si la date d'ouverture initiale a été décalée, comme c'est souvent le cas sur ce type de chantiers, l'accueil du personnel se fera bien à partir du 2 juillet, laissant un mois aux équipes pour se familiariser avec l'outil, les équipements et les organisations. Pas de réelle marche à blanc pour cette structure à taille humaine, donc, mais un mois de préparation.

« Pour nous, c'est un énorme avantage d'avoir pu suivre le chantier de construction du Médipôle il y a deux ans et bénéficier de cette expérience, assure le directeur. *Mais contrairement au CHT, nous ne réalisons pas un transfert de services de deux lieux à un autre. Il y a, certes, la migration de certaines spécialités, mais surtout la création de nouveaux services. Cela représente des contraintes particulières, notamment la préparation de l'ouverture avec seulement 25 % des effectifs futurs et la nécessité d'embaucher. Mais nous comptons sur les « anciens » pour insuffler, dès le commencement, l'esprit du CHN. »*



LA CONSTRUCTION DU PÔLE SANITAIRE DU NORD

Maître d'ouvrage : le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie / Icade

Terrain : cédé par la province Nord

Coût de la construction : 6,690 milliards XPF

Financement :
> ASS NC 56 %
> CHN 27 % (dont CHS 3 % et ASS 1,5 %)
> État : 13 %
> Province Nord 4 %

Livraison : juin 2018

Dimensions : 60 x 60 m, sur trois étages, soit 8 300 m² d'exploitation (10 % de la surface du Médipôle)

Bâtiment certifié « Haute Qualité Environnementale »

QUELS LIENS AVEC LE CHT ?

Le CHT est un peu le grand frère du CHN et lui apporte le soutien nécessaire au développement du nouvel hôpital.

> **Support technique :** le CHT apporte un soutien logistique, technique, informatique et administratif. Il est l'établissement de référence et à ce titre gère le système d'information pour les deux structures. Il apporte également ses compétences en matière de qualification : les deux hôpitaux travaillent ensemble sur les gaz médicaux du PSN, par exemple.

> **Politique de recrutement :** le CHT et le CHN ont préparé ensemble, en amont de l'ouverture, le recrutement du nouveau personnel pour Koné, notamment les mutations.

> **Organisation médicale :** tous les services de soins sont en lien avec le CHN. Érick Camus, chef du service gynécologie-obstétrique est le référent médical des organisations médicales conjointes.

BIO EXPRESS

JOACHIM TUTUGORO

Originaire de Ponérihouen, le directeur du CHN a un parcours atypique.

ASH en cuisine à ses débuts, il a réalisé toute sa carrière dans l'hospitalier, dont une quinzaine d'années en Métropole aux Hospices civils de Lyon, durant lesquelles il a passé les concours les uns après les autres. C'est ainsi qu'à son retour en 1996, il a pu accéder au poste de gestionnaire de site, lors de l'ouverture de l'hôpital de Poindimié. En 2000, il est devenu directeur adjoint du CHN et a pris ses fonctions actuelles en 2010. Il figure parmi les plus anciens de l'établissement.

XAVIER MICHEL

Le chef de projet pour la construction du Pôle sanitaire a connu deux vies professionnelles.

D'abord infirmier anesthésiste pendant 15 ans pour la Marine nationale, dont huit dans les sous-marins, il a quitté sa carrière militaire et rejoint la Nouvelle-Calédonie en 2010. Après un remplacement d'un an à l'hôpital de Koumac, il a continué son chemin, travaillé en Suisse, au Yémen, puis rejoint l'école des cadres de santé. C'est ainsi qu'en 2015, il est revenu au CHN en tant que cadre médico-technique et bloc opératoire. Depuis mi-2016, il s'occupe de la mise en place de l'organisation soignante et du parcours patient du nouvel établissement ainsi que de l'optimisation des interfaces locaux – soignants – matériel.

Intéressé par cette nouvelle structure ?
Rendez-vous sur **www.drhfpnc.gouv.nc**

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 déployées en trois vagues. Chacune est pilotée par un groupe de travail pluridisciplinaire, supervisé par le service Qualité, 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. Suite de notre présentation.

L'ENDOSCOPIE

L'endoscopie – exploration visuelle de cavités naturelles (poumons, estomac, colon...) – est identifiée par la Haute Autorité de santé dans la « Prise en charge des activités à risques ». Le compte Qualité endoscopie fait partie de la première vague de sept thématiques (sur 16 au total) lancée au CHT en juillet 2016 dans le cadre de la certification.
L'unité d'endoscopie digestive et bronchique, dirigée par le Dr Tristan Derycke, est constituée d'une petite équipe avec de fortes interactions, c'est donc tout le service qui est associé au groupe de travail du compte Qualité. Les pilotes en sont le Dr Derycke et la cadre de santé Florence Branchu, avec des réunions deux ou trois fois par an.

Un conseil d'endoscopie, élargi à toutes les disciplines impliquées (anesthésie, pharmacie, biomédical, hygiène, pneumologie...) et animé par le service Qualité, se réunit en outre chaque trimestre.

LES PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIÉS

Une cartographie des risques liés à l'endoscopie, bouclée en novembre 2017, a permis d'identifier les plus critiques. Les trois principaux sont :

- **le défaut de recueil du consentement éclairé[1] du patient ;**
- **l'indisponibilité du matériel** – les pannes ou la maintenance préventive nécessitant un envoi en Métropole et de longues immobilisations ;
- **le défaut de traçabilité,** tant de la prescription (bons d'examens insuffisamment renseignés) que du matériel.

Dr Tristan Derycke et Florence Branchu

LES PISTES D'ACTION

- **En matière de consentement du patient,** *« les pratiques ne sont pas homogènes sur l'ensemble de l'hôpital, relève Florence Branchu. Nous avons essayé, à notre niveau, d'instaurer un protocole à travers DxCare ».*
  Ainsi, l'entrée d'une prescription entraîne l'impression automatique des informations médicales relatives à la réalisation d'un acte et de la déclaration de consentement à faire signer par le patient.
- **Concernant les endoscopes,** pour éviter des délais de prise en charge allongés en cas de panne ou de maintenance, l'intervention d'un prestataire australien est à l'étude.
- **La traçabilité** est la préoccupation centrale de la prochaine certification, baptisée « Patient traceur ». La traçabilité du matériel (savoir quel endoscope a été utilisé sur quel patient) est essentielle en matière de risque infectieux. Le logiciel Tidoc a permis de sécuriser toute la chaîne.
  Concernant la prescription, le Dr Derycke souligne que l'arrivée au Médipôle, à travers la réorganisation des services, la sensibilisation et le travail sur des outils comme DxCare, a permis de diminuer notablement les cas d'absence de bons d'examen ou d'informations incomplètes.

[1] : le consentement éclairé implique que le patient bénéficie d'informations claires et adaptées à son degré de compréhension avant de signer sa déclaration de consentement.

L'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

L'imagerie interventionnelle, comme l'endoscopie, est identifiée par la Haute Autorité de santé comme une activité à risque. Il s'agit, pour un radiologue ayant reçu une formation spécifique, de réaliser des gestes invasifs, thérapeutiques, qui peuvent suppléer la chirurgie ou parfois être la seule alternative.

Le compte Qualité « Imagerie interventionnelle » est mis en œuvre au CHT depuis octobre 2017, en vue de la certification. Le groupe de travail est dirigé par le Dr Catherine Merzeau (pilote) et les Drs Benoît Vedel et Philippe Campana (copilotes), auxquels sont étroitement associés Jacques D'Ambra, correspondant Qualité-Hygiène du service, Sophie Dreux et Myriam Bénac, manipulatrices en électroradiologie médicale, Pascal Dussud, cadre supérieur de santé du secteur médico-technique, Florence Branchu, cadre du service d'endoscopie, et Chantal Tamohe, secrétaire.

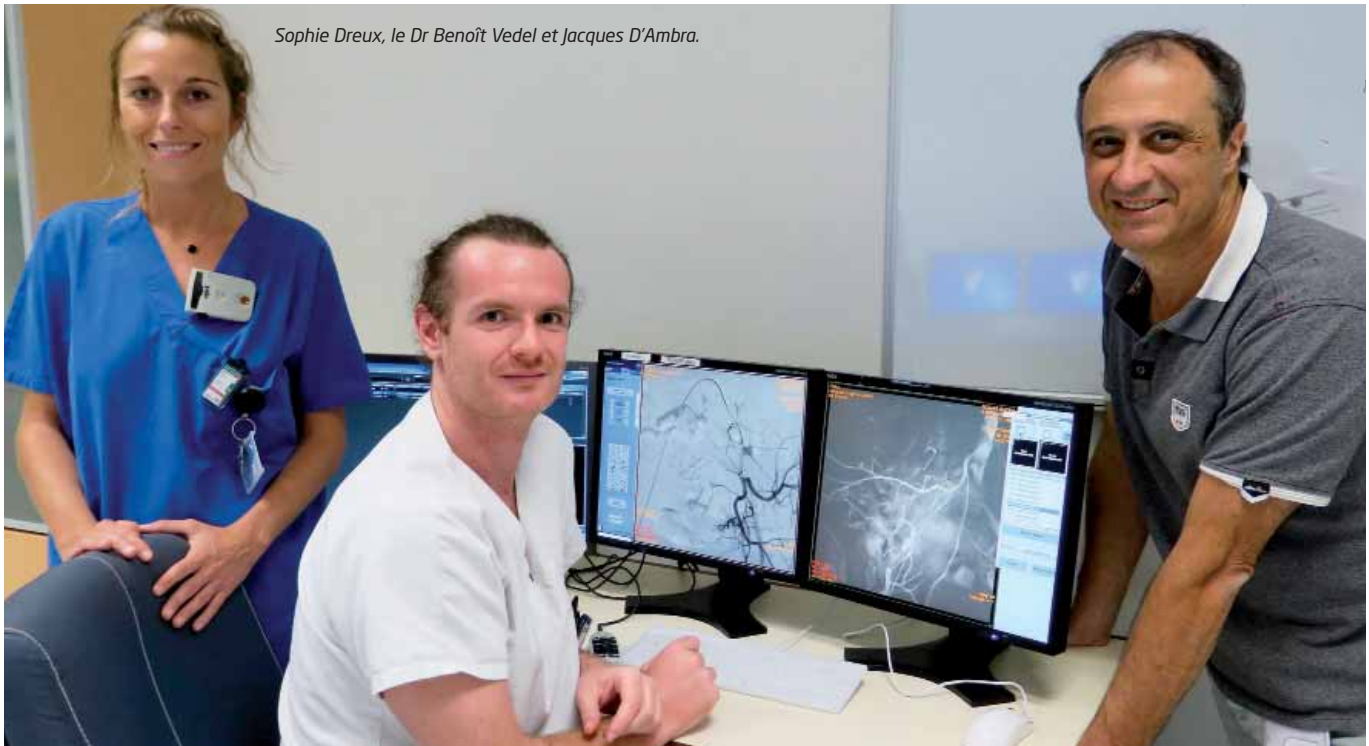
LES PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIÉS

Parmi les risques identifiés, on peut citer :

- **La surveillance du patient en attente couchée,** qui peut être déposé avant l'arrivée du personnel compétent ;
- **Accès RIS-PACS** (qui centralise les données administratives et les images internes du patient) non disponible au bloc opératoire ;
- **Absence de préparation du patient** avant intervention ;
- **Non optimisation des outils de traçabilité,** qui concernent à la fois les dispositifs médicaux implantables (DMI) et les fiches de suivi ;
- **Défaut de maintien des compétences** dans l'utilisation du matériel.

LES PISTES D'ACTION

- **L'affectation d'un aide-soignant dédié à la surveillance des patients** aux heures ouvrables a permis d'améliorer la sécurité du patient. La procédure de transfert a été mise à jour avec pour consigne de ne procéder à aucune dépose de patient sans en informer directement un personnel de l'imagerie.
- **Le risque lié à une impossibilité temporaire,** au bloc, de consulter les images et l'antériorité d'un dossier patient est en cours de résolution avec les services du bloc opératoire et la DSIB.
- **La préparation du patient** peut être déclenchée dans le plan de soin infirmier sur DxCare dès la date de l'examen fixée. Une attention particulière est aussi portée à la gestion des documents : mise à jour des fiches d'information, de préparation, de surveillance, de recueil du consentement.
- **Concernant la traçabilité,** la radiologie utilise nécessairement Xplore, qui ne communique pas avec DxCare. Une passerelle a été créée avec DxCare pour bénéficier de protocoles harmonisés, mais une double saisie reste nécessaire. Toutes les références du matériel utilisé sont désormais mentionnées dans les comptes rendus.
- **La mise à niveau du personnel** pourrait être contractualisée avec le fournisseur, permettant d'éviter une sous-utilisation du matériel dont les logiciels évolueraient plus vite que le rythme possible des formations.



Sophie Dreux, le Dr Benoît Vedel et Jacques D'Ambra.

LA NOMINATION DES CHEFS DE SERVICE

À la tête de chaque service, le médecin chef est responsable de son organisation générale et doit assurer son bon fonctionnement médical au sein du CHT. Véronique Brunner, responsable des Affaires médicales, revient sur la procédure de nomination.

Un médecin est nommé chef de service pour une durée de cinq ans sur décision du gouvernement de Nouvelle-Calédonie. Seul un praticien hospitalier peut postuler ce poste de haute responsabilité, puisque lors de sa candidature, outre son CV et une lettre de motivation, il doit aussi fournir un projet de service. Ce qui implique forcément une bonne connaissance de l'établissement. Courant 2017, plusieurs chefferies se sont libérées au Médipôle. Le CHT a demandé officiellement à la direction des Affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie (Dass) de publier les chefferies de service vacantes. Pour rappel, une chefferie se libère tous les cinq ans, mais aussi dans les cas de démission (poste ou chefferie) ou de départ à la retraite. Les médecins font alors acte de candidature : elles sont étudiées successivement par la CME et le conseil d'administration qui, chacun, émettent un avis. Puis, le gouvernement les nomme par arrêté. Dans les cas où aucune candidature n'a été présentée, la CME et le directeur de l'hôpital proposent la nomination d'un praticien hospitalier. L'arrêté du gouvernement le nomme chef de service à titre provisoire pour un an. L'appel à candidature est relancé au bout d'un an.

En mai dernier, quatre médecins ont été nommés par le gouvernement :

- **Le docteur Olivier Axler : service de Cardiologie ;**
- **Le docteur Emmanuel Couadau : service de Réanimation ;**
- **Le docteur Yves Ryckwaert : service d'Anesthésie ;**
- **Le docteur Erwan Choblet : service du laboratoire de Biologie médicale ;**

D'autres chefferies de service sont encore vacantes et en cours de recrutement.

Dr Erwan Choblet,
chef de service du laboratoire de Biologie médicale

Lorsque Yann Barguil, l'ancien chef de service avec qui j'ai travaillé pendant plusieurs années, m'a proposé de prendre cette fonction, je l'ai acceptée, car c'est une belle opportunité dans une carrière. Nous avons la chance d'avoir au laboratoire une équipe dynamique et très consciencieuse que je continuerai à défendre et à encourager. Je m'appuie aussi beaucoup sur les biologistes, responsables d'unité et sur les cadres en qui j'ai toute confiance. Ma plus grande satisfaction sera d'avoir un laboratoire compétent avec un personnel épanoui. Et nous continuerons d'entretenir de bonnes relations avec le personnel médical et paramédical du CHT, la présidente de la CME et la direction. "

Dr Emmanuel Couadau,
chef de service de Réanimation

Depuis la fin de mon internat, j'ai pu exercer dans différents services de réanimation, ce qui m'a permis d'acquérir une certaine polyvalence dans ce domaine. De plus, la diversité médicale que j'ai trouvée au sein du service de réanimation du CHT m'a motivé pour proposer des organisations permettant d'optimiser les prises en charge de patients avec les moyens humains et matériels qui nous sont alloués. L'arrivée au Médipôle, avec la modernité du plateau technique, a été particulièrement stimulante. Pour moi, le poste de chef de service implique un très fort investissement tant dans son aspect administratif que pour sa dimension humaine, riche et complexe. "

LA RECHERCHE S'ORGANISE

Le CHT n'est pas un centre hospitalier universitaire (CHU). Et pourtant, des missions d'enseignement et de recherche y sont assurées. Pour soutenir cette activité volontaire, une nouvelle organisation de la commission de recherche et enseignement se dessine.

L'enseignement et la recherche font partie des activités du CHT. Cette mission de formation des futurs professionnels médicaux et de recherche en sciences de la santé est dévolue en Métropole aux CHU, liés par convention à une université. *« En Nouvelle-Calédonie, le CHT est en quelque sorte obligé de faire office de CHU »*, pose le Dr Olivier Axler, chef des services de Cardiologie et Pneumologie et président de la commission de recherche et enseignement.

INTERNES ET ÉTUDIANTS

Le CHT se doit en effet de former des médecins : il accueille ainsi 25 internes, dont des Calédoniens qui sont prioritaires, et entre 30 et 50 étudiants en médecine, de la 4e à la 7e année, viennent y valider un stage. L'hôpital assure également l'enseignement postuniversitaire (EPU) pour les médecins de ville. *« Tous les médecins de l'hôpital sont susceptibles de faire de l'enseignement »*, résume le Dr Axler. Pour sa part, il dispense par exemple, en lien avec l'Université de la Nouvelle-Calédonie, les cours d'un diplôme universitaire (DU) de techniques ultrasonores en médecine d'urgence et réanimation.

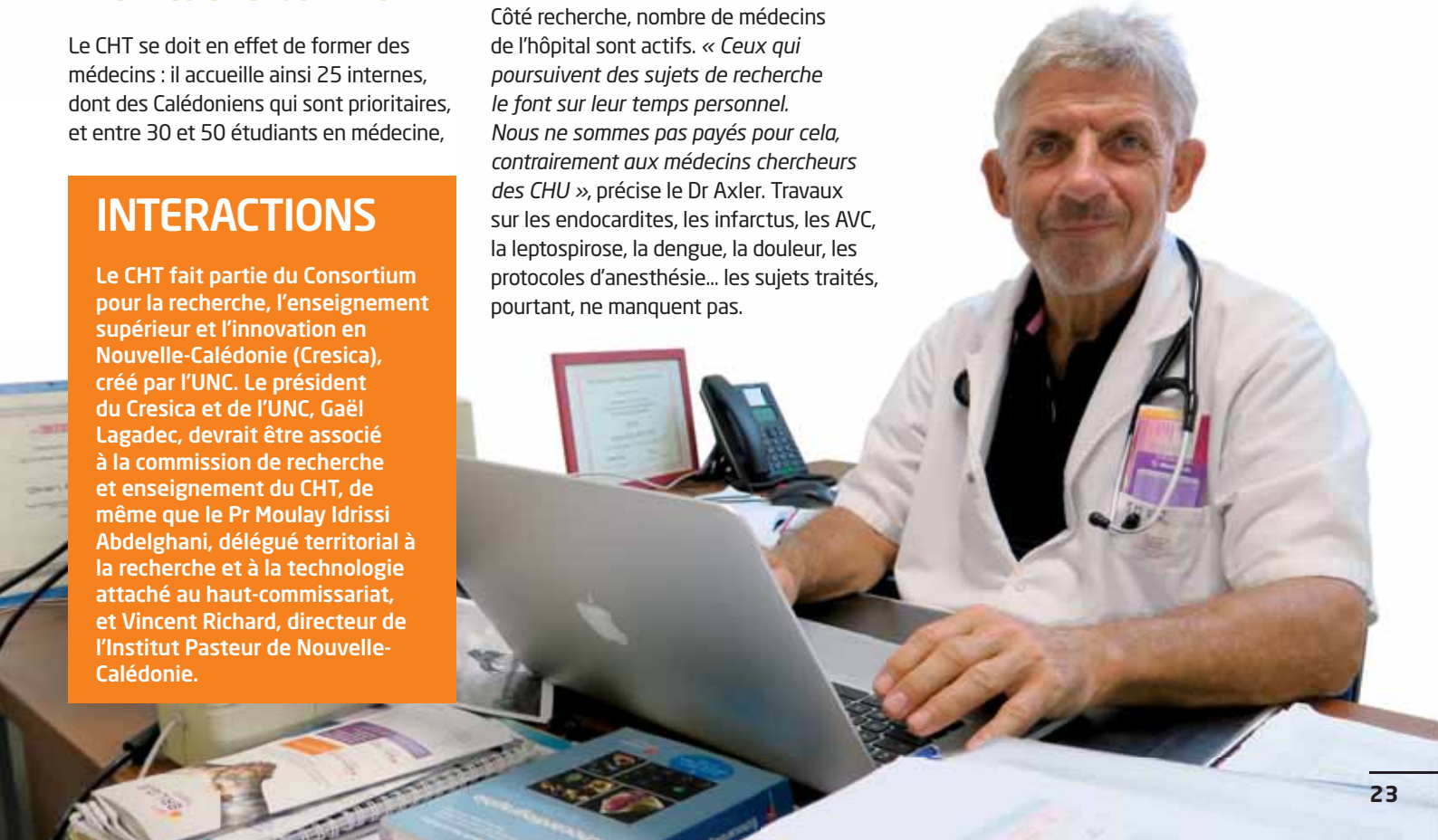
UN ASSISTANT DE RECHERCHE

Côté recherche, nombre de médecins de l'hôpital sont actifs. *« Ceux qui poursuivent des sujets de recherche le font sur leur temps personnel. Nous ne sommes pas payés pour cela, contrairement aux médecins chercheurs des CHU »*, précise le Dr Axler. Travaux sur les endocardites, les infarctus, les AVC, la leptospirose, la dengue, la douleur, les protocoles d'anesthésie… les sujets traités, pourtant, ne manquent pas.

C'est pourquoi, une nouvelle organisation de la commission de recherche et enseignement est prévue pour en consolider les bases. Le projet ? Que les membres de cette commission soient nommés par la commission médicale d'établissement (CME), que les sujets de recherche lui soient soumis, ainsi qu'au comité d'éthique. Surtout, un poste à temps partiel d'assistant de recherche clinique permettra d'appuyer les médecins volontaires dans le suivi et la qualité scientifique, technique et réglementaire de leurs projets. Des fonds de recherche pourraient être sollicités auprès de l'État.

INTERACTIONS

Le CHT fait partie du Consortium pour la recherche, l'enseignement supérieur et l'innovation en Nouvelle-Calédonie (Cresica), créé par l'UNC. Le président du Cresica et de l'UNC, Gaël Lagadec, devrait être associé à la commission de recherche et enseignement du CHT, de même que le Pr Moulay Idrissi Abdelghani, délégué territorial à la recherche et à la technologie attaché au haut-commissariat, et Vincent Richard, directeur de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie.



LA GESTION PLEIN-VIDE DES MÉDICAMENTS : UNE ORGANISATION QUI A FAIT SES PREUVES !

Depuis l'arrivée au Médipôle, la pharmacie a mis en place une nouvelle organisation pour la gestion des médicaments et du matériel. Huit préparateurs en pharmacie hospitalière sont désormais dédiés à la gestion plein-vide et travaillent en étroite collaboration avec la plupart des services hospitaliers. Explications avec Marie Leduc, pharmacienne au Logipôle.

À SAVOIR

L'éloignement géographique de la Nouvelle-Calédonie entraîne des délais de livraison de trois mois par bateau et d'une semaine par avion pour les urgences. La maîtrise des flux logistiques et des modalités d'approvisionnement est donc primordiale pour éviter les ruptures et les surstocks.

Née d'une volonté de la direction générale de recentrer le personnel soignant autour du malade et après un premier essai concluant en 2012, la gestion plein-vide a permis de transférer l'ensemble des fonctions logistiques pharmaceutiques vers les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH). Sur les 21 que compte la pharmacie, huit d'entre eux sont donc chargés d'approvisionner les services, de gérer les stocks et de passer les commandes.

UN SYSTÈME DE DOTATION CLAIREMENT DÉFINI

Chaque service de l'hôpital a sa propre dotation qui comprend du matériel consommable, des solutés, des antiseptiques, des médicaments et de la nutrition clinique. Pour être optimale, elle est calculée conjointement par le pharmacien, les préparateurs, les cadres, les infirmiers et les médecins. Le stock est alors évalué en fonction des besoins et des habitudes de prescription, pour deux fois une semaine. Les équipes médicales se servent dans la première case de médicaments : quand elle est vide, ils doivent placer une étiquette de commande avec un code-barres sur un tableau accessible au PPH, responsable de la prochaine commande. Et comme le souligne Marie Leduc, *« grâce à cette deuxième case, ils connaissent l'état du stock et peuvent tenir jusqu'à l'arrivée de la commande. Le but est que le service ne manque jamais de rien »*. Ce système de rotations, particulièrement efficace, a permis de supprimer quasiment tous les produits périmés.

UNE ORGANISATION EFFICIENTE

Référent de deux à cinq services pendant un an, le préparateur passe trois fois par semaine dans les services d'hospitalisation classique (chirurgie, médecine), quatre fois dans les services Pédiatrie, Néonatologie et Urgences et tous les jours au Bloc opératoire et en Réanimation. Si les flux sont forcément variables puisqu'il faut aussi prendre en compte les cas exceptionnels, comme les épidémies, la gestion plein-vide permet de lisser les pics par plusieurs livraisons dans la semaine. Les dotations

De gauche à droite, les préparatrices en pharmacie, Anne-Laure Angonin et Éliane Piépé, Marie Leduc, pharmacienne, et l'infirmière, Manuella Vayrac.

restent fixes et le contrôle du stock se fait lors des passages. Et en cas d'imprévu ou si l'écoulement a été plus rapide que prévu, l'infirmière appelle la pharmacie : une fiche dans le service précise le nom du préparateur référent, son téléphone, ses jours de passage, le jour de commande et le jour de livraison. Marie Leduc rappelle aussi qu'*« en cas d'urgence, leur demande est, bien entendu, prise en charge immédiatement »*.

LES AVANTAGES DE LA GESTION PLEIN-VIDE

Outre l'amélioration du circuit logistique, la pharmacienne explique que ce système a été également mis en place pour diminuer les coûts et dans le but de s'engager dans une démarche qualité pour éviter, entre autres, le gaspillage en privilégiant la dose unitaire. De plus, le rôle transversal du PPH et sa polyvalence lui donnent une bonne connaissance du circuit pharmaceutique : il peut échanger avec les soignants sans intermédiaire et répondre directement à leur problématique. Un premier bilan très satisfaisant met en avant une diminution d'environ 20 % en valeur des commandes et de 11 % en ligne de commande, ce qui signifie moins de déchets et de médicaments périmés. *« Et en plus, nous avons eu de très bons retours des services »*, conclut Marie Leduc.

En octobre 2017, un article sur Le plein-vide par des préparateurs dans les services, écrit par Marie Leduc et Valérie Guillemin, chef du service Pharmacie, a été publié dans la revue professionnelle *Techniques hospitalières*. Elles y présentaient la méthodologie, la gestion humaine du projet et un premier bilan.

TÉMOIGNAGES

Anne-Laure Angonin, préparatrice arrivée en juin 2014

« Je fais du plein-vide depuis un an maintenant. Le système est bien, car la coordination avec les services est très efficace. En plus, nous sommes en contact direct avec eux. Du coup, nous travaillons vraiment en interaction avec les cadres et le personnel soignant. On range leurs produits, on passe leurs commandes, mais nous sommes là aussi pour faire le relais sur la transmission des informations qui passent beaucoup mieux et nous pouvons répondre à leurs questions : je suis très satisfaite de cette organisation ! »

Éliane Piépé, préparatrice arrivée en 2012

« La relation avec les services est beaucoup mieux, car maintenant je connais les soignants. Avant, à Magenta, c'était par téléphone, donc on ne savait pas à qui on avait affaire et on était isolé. Aujourd'hui, on se voit et on peut échanger. C'est vraiment plus facile de travailler dans ces conditions. Et puis la gestion des médicaments est plus efficace car il y a moins de périmés, moins de gaspillage... Même les soignants en ont pris conscience et font attention maintenant ! »

Manuella Vayrac, IDE au service des Urgences

« La gestion plein-vide a demandé beaucoup de travail de préparation pour sa mise en place. Ce qui a surtout changé pour nous, c'est que nous travaillons en collaboration avec les préparateurs. Avant, nous devions nous débrouiller pour répondre au plus vite aux besoins des agents pour les soins, surtout dans un service comme les Urgences. Aujourd'hui, par le biais de cette nouvelle organisation, il y a plus de réactivité et plus d'efficacité au niveau de la logistique et de la maîtrise de nos stocks : c'est un vrai plus pour nous ! Nous faisons du bon travail ensemble : c'est très positif ! »

CSM : QUAND LA MUTUALISATION FAIT LA FORCE !

Près de neuf mois après sa mise en place, il est l'heure de dresser un premier bilan de l'activité du centre de support mutualisé (CSM) du Médipôle, tout en se projetant vers les enjeux qui l'attendent.

Pour Karine Fongue, chef du service Services et support, le bilan des neuf premiers mois est satisfaisant : *« Les retours des utilisateurs sont bons ; le support mutualisé répond à leurs attentes et nous espérons que l'enquête de satisfaction que nous allons mettre en œuvre viendra corroborer les avis positifs recueillis jusqu'alors. »*

De fait, il y a un avant et un après CSM ! Avant, près de 40 % des appels demeuraient sans réponse. Dorénavant, l'équipe du CSM, composée de six personnes effectuant des rotations permettant un fonctionnement 7j/7 de 6 h à 21 h, peut s'enorgueillir de traiter pratiquement toutes les demandes de support.

Comme le reconnaît volontiers Karine Fongue, la mise en place du planning de présence est un exercice délicat. Certes, les indicateurs statistiques dont elle dispose montrent que le nombre d'appels est largement plus important en semaine (90 % d'entre eux environ) que le week-end, mais les pics d'appel ne sont pas constants : *« Au début, le lundi matin constituait notre pic d'activité ! Dorénavant, celui-ci se déplace entre le lundi et le mercredi. Une variabilité dont nous cherchons à tenir compte pour composer l'effectif présent à tout moment. »* Exception faite des soirées, week-ends et jours fériés, le CSM comprend au minimum deux techniciens en poste, effectif régulièrement porté à quatre en matinée.

Outre ces efforts pour maintenir un effectif ad hoc et répondre ainsi aux sollicitations, le CSM poursuit sa progression. Deux agents du service ont ainsi été formés à la méthodologie ITIL, un standard en termes de gestion des incidents et des infrastructures informatiques. Quant à la mutualisation, elle devrait se poursuivre puisque le CHS et le CHN vont faire appel au CSM du Médipôle d'ici fin 2018.

LE CSM À VOTRE ÉCOUTE...

En moyenne[1], le centre de support mutualisé traite mensuellement près de 3 500 appels, répartis comme suit :

1 500 environ concernent l'informatique en général (ordinateur, téléphonie, imprimante, etc.) ;

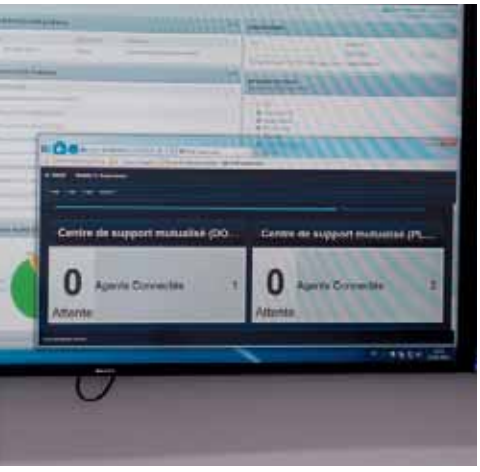
940 sont en lien avec le dossier patient informatisé (DPI) pour lequel les agents du CSM interviennent en HNO (heures non ouvrées) et en heures ouvrées en deuxième ligne, quand les référents DPI sont en surcharge ;

825 sont relatifs à la maintenance hospitalière (de la climatisation en panne au WC bouché, en passant par des éclairages défectueux) ;

200 environ concernent les terminaux multimédias (TMM) des patients. Dans ces cas-là, ce sont des infirmiers ou des cadres qui signalent les incidents et non les patients directement ;

35 demandes d'ambulance le week-end.

[1] données des mois de mars et avril 2018 confondus



ASSET PLUS... ET PLUS ENCORE !

Le CHT va très prochainement se doter d'un nouveau logiciel de GMAO (gestion de la maintenance assistée par ordinateur) qui permettra de fluidifier le circuit des demandes et de gestion des incidents, d'assurer un meilleur reporting et d'être plus autonome en termes de paramétrage "métier".

RAPPEL DES NUMÉROS POUR ACCÉDER AU CSM

Votre appel concerne :

- les terminaux multimédias patients **77 77**
- la maintenance hospitalière **88 88**
- le dossier patient informatisé **95 95**
- le biomédical **98 98**
- l'informatique **99 99**

LE 4 AOÛT : TOURNOI DE FOOT

Top départ pour les inscriptions au tournoi de foot mixte interservices !
Rappel : il aura lieu le samedi 4 août au stade Maurice Sotirio à la Vallée-du-Tir à partir de 8 h.
Inscriptions : 1 équipe par service, avant le mardi 31 juillet, par mail *association@cht.nc* ou à déposer au bureau.
Pas de dresscode : venez déguisés, colorés, maquillés, tout est permis ! Et n'oubliez pas que les filles marquent plus de points à chaque but...

LA SAISON DES BALEINES A COMMENCÉ

Avec l'Association du CHT, bénéficiez de tarifs spéciaux !
Départ de Prony ou Nouméa.
Tous les jours, jusqu'au 16 septembre.

NOUVEAUX PARTENAIRES

DMark (déstockage) et Biopac (produits d'hygiène et de nettoyage) ont rejoint les nombreux partenaires de l'association et vous font bénéficier d'avantages intéressants.

CAP VERS L'AVENTURE !

Brousse ou lagon ? Il y en a pour tous les goûts !

- Avec Open Sailing School 570, mettez les voiles ! *Sorties ou locations à la demi-journée ou journée*
- Avec Caledonia Off-Road Latitude, partez crapahuter en 4x4 ! *Circuits demi-journée / journée / extrême*

BRAVO !

Félicitations aux filles de l'équipe de Volley Compétitions Loisirs qui ont remporté la coupe d'ouverture le dimanche 3 juin à la salle Veyret de Rivière-Salée.
Les matchs allers ont lieu tous les samedis, venez les soutenir !

À VENIR

En préparation : des séances spéciales de cinéma, des petits déjeuners et peut être un vide-greniers, un voyage, une soirée de fin d'année...