

News Letter

DE L'OUVRE BOÎTE
MARS 2015

LIVRET D'ACCUEIL 2015

La nouvelle édition (datée 2015) des livrets d'accueil destinés à nos patients est disponible depuis début janvier. Il est distribué à chaque patient, et à ses éventuels proches l'accompagnant, lors du passage au bureau des Entrées. Il est aussi mis à disposition dans les chambres sur les tables de chevet.

Une nouveauté cette année : ce livret a été ou sera présenté par l'encadrement à l'ensemble des personnels pendant les réunions de service. Il sera aussi distribué tout au long de l'année aux nouveaux personnels rejoignant le CHT.



Le livret d'accueil est un maillon important des différentes étapes de la prise en charge du patient rejoignant notre établissement. Merci à tous donc de porter votre attention à sa présence auprès du patient.

Cette nouvelle édition comporte des pages supplémentaires consacrées en particulier aux droits des patients, aux formulaires détachables de directives anticipées ou de désignation de la personne de confiance, au questionnaire de sortie ou encore au futur de notre hôpital sur le Médipôle de Koutio.

EN ROUTE
VERS LE
MÉDIPÔLE

M -21

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2016 - 2020

La rédaction du projet médical, volet clé de notre projet d'établissement, couvrant notre première phase de présence au Médipôle, doit impérativement être terminée avant la fin mars. Un séminaire médical sera organisé le 27 mars, impliquant tous les chefs de services médicaux. Le Dr Kathy Sebat est chargée de l'animer avec le président de la commission médicale d'établissement, le Dr Jean-Michel Lévêque.

EN ROUTE VERS KOUTIO

Un compte à rebours fait son apparition en haut de cette newsletter. Il marque le nombre de mois restant avant l'entrée du premier patient sur le site de Koutio. Une façon claire de symboliser qu'après des années de travail de préparation (tant par nos ingénieurs sur le plan technique que par les groupes de travail SOIHM) nous sommes entrés dans la dernière ligne droite.

UN PILOTAGE ATTENTIF

Un comité de direction élargi se réunit désormais un vendredi sur deux, ainsi qu'une réunion des chefs des services administratifs et techniques et cadres supérieurs, pour préparer le plan d'action des deux prochaines années, mettre en cohérence les projets à court terme (plan



d'action contre la saturation en lits) et l'ouverture en tant que telle du Médipôle. La direction présentera également un plan de charge aux instances de mars et à l'ensemble de l'encadrement.

Lire aussi les pages Koutio de cette NL 32 - p. 2 à 4.

LES AT*

Bilan 2014

344 AT

dont 94 AES
dont 57 douleurs membres supérieurs (cervicales, épaules, cou, poignets,...)
dont 52 lombalgies
dont 43 chocs, heurt
dont 19 accidents du trajet

Services les plus touchés en 2014

43 AT
AU/SMUR/SAMU
(effectif 106)

20 AT
Gynéco/GRE/BOP3
(effectif 58)

18 AT
Pneumo
(effectif 54)
et en Neuro
(effectif 41)

16 AT
Pédiatrie
(effectif 70)

KOUTIO AVEC VOUS

SUR L'AGENDA

En ce début d'année, la cellule SOIHM est plus que jamais sur la brèche. Outre la réorganisation des différents groupes de travail et la définition du programme SOIHM 2015, elle travaille sur l'organisation du futur pôle logistique (Logipôle), sur la façon dont y sera agencé le stockage, sur ses modes de fonctionnement, et étudie les propositions pour faire suite à l'appel d'offres relatif au transport automatique (les fameuses tortues) lancé l'an dernier.

Parallèlement, elle poursuit les visites de chantier. Chaque vendredi après-midi, un ou deux groupes, en fonction du périmètre à couvrir, sont conviés à découvrir le site du futur hôpital. « *Notre ambition, précise Jérôme Desmottes, c'est que les membres de tous les groupes de travail puissent s'y rendre d'ici au mois de juillet. L'attente est énorme ; l'appropriation des nouveaux locaux à travers cette visite constitue une étape essentielle* ».

UNE STRATÉGIE POUR LE DÉMÉNAGEMENT

« *La préparation du déménagement vers Koutio va nous occuper une bonne partie de l'année* », prédit Jérôme Desmottes.

Un appel d'offres sera lancé prochainement. Il se décline en deux étapes distinctes.

- > La première correspond à la stratégie et à l'organisation du déménagement. Une phase d'études dans laquelle plusieurs sociétés métropolitaines se sont spécialisées et qui revêt une importance cruciale dans la mesure où il faudra transférer un hôpital en activité.
- > La seconde concerne le déménagement purement physique. Un mois et demi de transports et de va-et-vient pour un an et demi environ de préparation.

ADAPTER L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Deux groupes de travail consacrés à l'organisation de l'administration au Médipôle viennent d'être lancés par la cellule SOIHM.

Le déménagement vers Koutio, l'architecture du Médipôle et l'évolution des technologies vont modifier en profondeur les processus administratifs et décisionnels de l'hôpital. Tout cela nécessite donc une relecture complète des modes de fonctionnement existants et une adaptation de l'organisation administrative actuelle.

Deux groupes de travail dédiés à cette thématique ont ainsi été récemment lancés. L'un le 20 janvier, le second mi-février.

Leur mission : redéfinir les modes de fonctionnement en utilisant la méthodologie SOIHM.

Leur fil rouge : se projeter dans les nouveaux locaux, sans se laisser influencer par les processus actuels. Composés de dix à quinze personnes chacun, les deux groupes réunissent l'ensemble des chefs de service, auxquels on a adjoint les experts processus de chaque service (achats, facturation...). « *Nous avons rédigé une charte qui donne le périmètre du projet et encadre la démarche* », explique Jérôme Desmottes. Une fois les processus réécrits et l'analyse livrée, il s'agira de réfléchir aux nouvelles organisations administratives à mettre en place –

toutes les directions sont concernées : juridique, RH, Finances... – et, pour la direction générale, de décider de l'affectation des bureaux sur le futur site. « *Ces groupes de travail très proactifs devraient se révéler, à terme, très structurants* », espère M. Desmottes. Pour les animer, deux relais ont été désignés : Florence Pecout, ancienne cadre pharmacie, aujourd'hui membre de la cellule SOIHM, et Marc Fermat, cadre de santé à Gaston-Bourret. Deux profils pas du tout administratifs, selon le principe qui a désormais fait ses preuves.

MISSION D'ÉVALUATION À PAPEETE

Les membres du comité technique paritaire du CHT se sont rendus à Tahiti du 24 au 28 novembre. Pour visiter le centre hospitalier du Taaone et rencontrer leurs homologues polynésiens. Une mission* précieuse, deux ans avant l'ouverture du Médipôle.

Ce partage d'expérience était destiné à « faire du parangonnage » (autrement dit, s'inspirer du meilleur), résume Dominique Cheveau, directeur général du CHT. Les partenaires sociaux calédoniens avaient effectué un gros travail préparatoire et soumis un cahier des charges à leurs collègues polynésiens, qui a servi de base à des discussions approfondies, par groupes et durant une semaine. Les thématiques : gestion des ressources humaines, organisations médicale et paramédicale, salaires, montée en puissance, gestion énergétique... Pour les six représentants du personnel du CHT, l'objectif était double : connaître la stratégie de déménagement, en 2010, du centre hospitalier de Polynésie française de Mamao vers le centre hospitalier du Taaone à Pirae, et se familiariser avec les organisations mises en place au sein de la nouvelle structure, gigantesque par rapport à l'ancienne. Des retours d'expériences, positives ou négatives, ont été mis en exergue. Dans la première catégorie, la sous-traitance de la planification et de la gestion du déménagement à une entreprise spécialisée en logistique, « un travail qui a permis un déménagement fluide »,

observe Eddy Agnès (FO). « Ils ont aussi insisté sur l'absolue nécessité de cadrer toute la signalétique du nouvel établissement, de manière à se repérer très vite, pour une meilleure sécurité des patients, car cela n'a pas bien fonctionné au Taaone. »

IMPLICATION ET COMMUNICATION

De son côté, Patrick Piochaud (CFE-CGC) a retenu « l'énorme implication de l'ensemble des agents et l'enthousiasme avec lequel tous les acteurs de l'hôpital ont participé au déménagement ». Sentiment également éprouvé par Nathalie Simon (USTKE) pour qui « la réussite du déménagement est aussi due à une préparation psychologique et physique du personnel, aux nombreuses visites sur site et à une grande campagne de communication dans les médias afin de sensibiliser le personnel et la population, et les inciter à s'approprier le nouveau site ». Nathalie Simon a également ressenti une sorte de « déshumanisation » liée à la taille du nouvel hôpital. « Il faudra travailler là-dessus pour ne pas perdre l'esprit d'équipe qui anime la communauté soignante. »



* Y participaient : Eddy Agnès, FO ; Patrick Piochaud et Gilles Tessier, CFE-CGC ; Nathalie Simon, USTKE ; Vanessa Pen, Fédération des fonctionnaires ; Daniel Zikon, Soenc Santé ; Dominique Cheveau, directeur général du CHT ; Jacqueline Bernut, présidente du conseil d'administration ; Dr Jean-Michel Lévêque, président de la CME ; Marie-Claire Kabar, coresponsable du Projet Koutio ; Dr Michel Bellec, médecin-inspecteur de la DAAS.

TESTER DE NOUVELLES ORGANISATIONS

Tout le monde en est persuadé : la réussite du transfert à Koutio passe par l'implication du personnel dans le processus. Pour l'heure, selon Eddy Agnès, « il existe une part d'inertie liée à la peur du changement ». Cette visite, au cours de laquelle des relations très fortes se sont nouées entre personnes parlant le même langage, a fini de convaincre les partenaires sociaux de saisir l'opportunité du déménagement pour mettre en place de nouvelles organisations. « Mais il serait dangereux de les enclencher de manière irréversible sans les avoir expérimentées au préalable au CHT. »





KOUTIO À LA CITÉ DES SCIENCES

Jérôme Desmottes, responsable du Projet Koutio, a participé les 8 et 9 décembre derniers à Paris aux 16^{es} Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé (JIQHS).

Chaque année, ce congrès regroupe sur deux jours à la Cité des Sciences et de l'Industrie plusieurs centaines de spécialistes pluriprofessionnels du monde hospitalier : praticiens, responsables qualité, ingénieurs, soignants... Marie-Claire Kabat et Jérôme Desmottes avaient préparé deux communications orales que Jérôme a présentées devant une salle comble. La première concernait la méthode des « cinq bonnes habitudes » déployée depuis fin 2012 à Gaston-Bourret (avec une belle réussite en Gastro-Entérologie) puis sur Magenta en 2014 (une trentaine de chantiers). Avec ses cinq principes – éliminer ce qui ne sert pas, ranger, nettoyer, pérenniser, faire respecter les règles –, cette méthode très pédagogique vise à améliorer l'environnement du poste de travail. Et elle est d'autant plus intéressante qu'à l'heure du déménagement, fin 2016, les trois premières bonnes habitudes auront été intégrées. « *Au regard des nombreuses questions qui ont suivi mon intervention, je me suis rendu compte que, dans ce domaine, nous faisons plutôt figure de précurseurs, pour avoir mis en place l'an dernier une démarche assez structurée.* »

LE CHT PRÉCURSEUR EN FRANCE

La seconde communication se rapportait à la méthode SOIHM, comme initiée et expérimentée avec succès au CHT : mise en place des groupes de travail Koutio, formation des relais, sensibilisation, étroit partenariat avec la direction... « *Très peu d'hôpitaux en France ont lancé ce type de démarche. Il faut dire qu'elle vient du monde de l'industrie, et qu'au départ de multiples réticences se manifestent dans un milieu où il est question de patients, pas de rendements.* »

Jérôme Desmottes a également assisté à des ateliers comme celui animé par des confrères belges venus exposer leurs méthodes destinées à mener à bien et suivre des petits projets d'amélioration. Il a même picoré quelques idées, à l'image des « chemins cliniques » étudiés par les Hospices civils de Lyon. L'axe de travail tourne autour de l'idée que plus le parcours patient est standardisé (prédéfini de la durée de la visite, des analyses nécessaires...), plus le personnel médical sera armé pour gérer l'imprévu, la vraie urgence. Autant d'échanges que la Calédonie,



« LEAN HOSPITALIER »

« *Ces journées ont également permis de rencontrer des collègues d'établissements en pointe dans le domaine de la qualité et du management, de tisser des liens et de s'intégrer dans un réseau d'hôpitaux francophones qui commencent à travailler ensemble sur des démarches proches du SOIHM.* » Le congrès a ainsi offert au CHT une réelle opportunité de participer à la mise en place d'une « École française du Lean hospitalier » une méthode visant à la fois à la meilleure prise en charge de patients et à l'optimisation des moyens.

invitée pour la première fois porte de la Villette, peut aujourd'hui se vanter d'enrichir. Le congrès de la Fédération hospitalière de France - branche Pacifique Sud, le 20 avril à Nouméa devrait fournir l'occasion de poursuivre les retours d'expériences.

ÉLECTIONS

Voici le rappel des résultats des élections des délégués des personnels des 8 et 22 janvier derniers.

COLLÈGE OUVRIERS/ EMPLOYÉS :

> VOIX :

SYNDICATS	TITULAIRES	SUPPLÉANTS
UT CFE CGC		
Nombre de voix	21	23
Nombre de sièges	0	0
USTKE		
Nombre de voix	97	97
Nombre de sièges	3	3
FORCE OUVRIÈRE		
Nombre de voix	99	100
Nombre de sièges	3	3
SOENC SANTÉ		
Nombre de voix	18	16
Nombre de sièges	0	0
FÉDÉRATION DES FONCTIONNAIRES		
Nombre de voix	11	10
Nombre de sièges	0	0

> ÉLUS :

1	Philippe FANALUPE	Jennifer PHAM
2	Laurette WIWANE	Visesio TUIGANA
3	Jean- Pierre WATHE	Daniel KAKUE
4	Louise IXEKO	Cyprien ATHALE
5	Sylvie CHOZYNSKI	Jamie JULIA
6	Pierre- Vincent ISSAMATRO	Georges PASSIL

COLLÈGE CADRES ET AGENTS DE MAÎTRISE

> VOIX :

SYNDICATS	TITULAIRES	SUPPLÉANTS
UT CFE CGC		
Nombre de voix	46	44
Nombre de sièges	2	2
FORCE OUVRIÈRE		
Nombre de voix	5	7
Nombre de sièges	0	0
SOENC SANTÉ		
Nombre de voix	1	2
Nombre de sièges	0	0
FÉDÉRATION DES FONCTIONNAIRES		
Nombre de voix	9	8
Nombre de sièges	0	0

> ÉLUS :

1	Patrick PIOCHAUD	Alain MANDRY
2	Gilles TESSIER	Mireille BON

BRÈVES

BLOC

Le conseil de bloc unifié vient ce vendredi 6 février de valider la nouvelle charte de bloc opératoire qui sera présentée aux instances de mars.

PARAMÉDICAUX

Ce 5 février, la direction et les partenaires sociaux ont signé un protocole d'accord permettant d'appliquer aux CDI les nouvelles dispositions concernant les paramédicaux. Les demandes de reclassement doivent parvenir à la direction des Ressources humaines avant le 30 avril.

MISSIONS MÉDICALES À VENIR

> Internes :

Pr GAY CHU Bordeaux
(mission d'enseignement)
du 05 au 12/03/2015

> Chirurgie et DAR :

Pr MIDY chirurgien du CHU de Bordeaux
et Pr BELOUCIF Sadek anesthésiste du
CHU d'Avicenne
du 22 au 28/04/2015

TABLEAU DE BORD FEI*

SUIVI DES DÉCLARATIONS AU CHT-NOUMÉA

2014	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	2015	Janv.
Nombre de déclarations	101	81	102	141	92	126	128	130	142	191	134	154		117
Dont EIG	3	10	9	3	7	3	6	8	14	14	4	7		6
Dont EP	9	20	7	25	14	20	15	31	30	59	37	27		26



LOI LEONETTI

MIEUX CONNAÎTRE LA LOI LEONETTI

LIMITATION ET ARRÊT DES SOINS EN RÉANIMATION

La réanimation est une discipline récente. Depuis ses débuts dans les années 1950, les progrès ont été considérables. Mais en parallèle, de nouveaux problèmes sont survenus : que faire de patients certes maintenus en vie, mais artificiellement et sans espoir de sevrage ?



L'absence totale de cadre légal rendait les pratiques opaques, les cas d'euthanasie active n'étaient pas rares et la presse médicale francophone... n'abordait pas le sujet.

Une publication du Dr E. Ferrand dans le Lancet de 2001 jetait un pavé dans la mare. Elle avait le mérite de démontrer que les arrêts de soins étaient largement pratiqués en France, que les équipes de réanimation se réunissaient, argumentaient et parfois consignaient dans le dossier médical leurs décisions et les modalités pratiques.

L'APPORT DE LA LOI

La loi Leonetti a eu, entre autres, le mérite de donner un cadre légal permettant d'encadrer et justifier les pratiques de fin de vie en réanimation. Elle a défini :

- > **L'obstination déraisonnable** comme étant l'instauration ou la poursuite d'une stratégie à visée curative inutile et non justifiée (au regard du pronostic, en termes de survie et de qualité de vie). Ce terme a remplacé celui d'acharnement thérapeutique. L'obstination déraisonnable est désormais assimilée à une mauvaise pratique et condamnable par la loi.
- > **La limitation des traitements** consistant en la non-optimisation, la prévision d'une non-optimisation ou la non-instauration d'un ou de plusieurs

traitements. C'est-à-dire laisser le processus physiologique se dérouler, sans intervention technique ou médicamenteuse jugée sans bénéfice pour le patient.

- > **L'arrêt des traitements** consistant en l'interruption d'un ou de plusieurs traitements, y compris des techniques de suppléance d'organe. C'est-à-dire laisser mourir un patient en fin de vie. Il est fondamental de comprendre que la décision de limiter ou d'arrêter des traitements n'est **en aucun cas un arrêt ou un abandon des soins**. L'accent est mis sur l'hygiène, le confort et la prise en charge de la douleur. C'est en pratique une réorientation de la stratégie de soins vers une stratégie palliative. Il faut également noter qu'une décision de limitation ou d'arrêt des traitements peut toujours être reconsidérée, voire annulée, en cas d'arguments nouveaux susceptibles de modifier la réflexion.

UN CONSENSUS

La **prise de décision** résulte d'un consensus de l'équipe médicale et paramédicale de réanimation, des correspondants (chirurgiens, médecins traitants spécialistes et généralistes). Elle découle de l'absence d'opposition nette ou de doute sérieux émis par un ou plusieurs intervenants. Les arguments concernent la qualité de vie avant l'admission, les antécédents, l'âge,

des soins jugés futiles, la qualité de vie future attendue, les volontés du patient (conversation avec le patient, avec la personne de confiance, l'entourage ou l'existence de directives anticipées). Une fiche est remplie et intégrée au dossier.

La **famille** est alors informée par un ou plusieurs médecins en présence des paramédicaux prenant en charge le patient. L'information doit être claire et loyale, idéalement le plus précoce possible et renouvelée régulièrement. En aucun cas, on ne doit attribuer de rôle décisionnel à la famille. Le but est d'amener la famille à comprendre puis accepter la décision. Tout doit être **noté dans le dossier du patient**. Une décision d'arrêt des traitements est accompagnée en parallèle d'une prise en charge prioritaire de la douleur physique et morale du patient avec pour objectif un **confort maximal**. Enfin, la présence des proches est autorisée sans contraintes d'horaires. La proposition de recourir à toute assistance (religieuse, spirituelle, psychologique) doit être faite au malade et ses proches.

Décider une limitation ou un arrêt des traitements n'est jamais neutre pour une équipe. La mort est encore très souvent vécue comme un échec. Mais la médecine *« c'est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours »* : malgré les progrès techniques considérables, cet adage d'Ambroise Paré (1510-1590) reste d'actualité.